

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS (CECH) CAMPUS SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS
PÚBLICOS (PPGGOSP)

GISELE CATARINA BICALETTO DE SOUZA

**PLANO DE COMUNICAÇÃO EXTERNA PARA UMA
UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE: o caso da Unidade
Saúde Escola da UFSCar**

SÃO CARLOS – SP
2020

GISELE CATARINA BICALETTO DE SOUZA

**PLANO DE COMUNICAÇÃO EXTERNA PARA UMA UNIDADE PÚBLICA DE
SAÚDE: o caso da Unidade Saúde Escola da UFSCar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos (PPGGOSP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Linha de Pesquisa: Gestão de Organizações Públicas

Orientador: Prof. Dr. Mauro Rocha Côrtes




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Gisela Catarina Bicalotto de Souza, realizada em 13/07/2020.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Mauro Rocha Cortes (UFSCar)


Prof. Dra. Carolin Ketha Kuba Bonfiss (UnidomBocico)


Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.
O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Aos meus filhos, Gabriel e Paola, pela inspiração constante e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a melhor palavra para começar a falar dessa jornada. Sem o apoio de tantas pessoas, nas mais variadas formas, jamais eu teria chegado ao final desse trabalho. Inicialmente, agradeço a Deus pela vida e disposição, às vezes abalada, para seguir na construção desse projeto. Agradeço ao meu marido, Silvio, pelo amor, apoio e encorajamento permanentes; aos meus filhos, Gabriel e Paola, ainda tão pequenos, que compreenderam a ausência da mamãe e que me inspiram diariamente a ser melhor. À minha mãe, Osmarina, aos meus irmãos, Eduardo e Fernando, e outros familiares pelo reconhecimento e motivação. Ao meu pai, Francisco, que não está entre nós, pela força e exemplo sempre vivos. Amor infinito a vocês.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Mauro Rocha Côrtes, pelo apoio, confiança e por me abrir espaços para novas reflexões e abordagens. Agradecimento a amigos e pessoas especiais – Júlio César, Flávio Mesquita, Fernanda Ciccilini, Juliana Menegussi, Stela Martins, Rafaela de Souza, aos amigos e docentes da turma 2018 do PPGGOSP – e tantos outros que me ajudaram desde o começo, quando esse projeto ainda nem tinha forma definida. Vocês foram e continuam sendo essenciais. Aos professores desta banca Profa. Dra. Caroline Petian e Prof. Dr. Bernardino Alves Souto, pela contribuição imensurável à esta pesquisa.

Gratidão integral à equipe da USE, dirigida pelas Profas. Dras. Nelci Adriana Cicuto Ferreira Rocha e Martistela Adler, e em especial, ao Acolhimento, à Administração, Secretaria Executiva e Gerenciamento de Dados, por acreditarem no meu trabalho e não medirem esforços para fornecimento de informações. Gratidão também à Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos por autorizar a realização desse trabalho; a tanto conhecimento e informação fornecidos pelo Departamento de Regulação da Secretaria; e a todos os profissionais de saúde que colaboraram de forma crucial para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço também o diretor da Coordenadoria de Comunicação Social (CCS) da UFSCar, João Eduardo Justi, pela compreensão e apoio durante esse trabalho, e tantas outras pessoas que contribuíram com informação e ideias que facilitaram o caminho até aqui – Blaranis Pauletto, Matheus Mazini Ramos, Eduardo Morgante, Denise Gualtieri, Mariana Ignatios, Patrícia Magdalena e Andrea Palhano de Jesus.

Esse trabalho foi extenso, com esforço e dedicação incalculáveis, mas o apoio e confiança de todos é que o tornaram possível. Gratidão! Essa também foi a melhor palavra para terminar essa jornada.

RESUMO

O presente trabalho apresenta um plano de comunicação externa para a Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A proposição do plano foi feita a partir de análise do campo de ação estratégica em que a USE está inserida – a rede pública de saúde do Município de São Carlos, em São Paulo -, da identificação dos seus atores e da compreensão de suas relações. O referencial teórico apresenta os principais autores da teoria de campo – Bourdieu, DiMaggio, Powell e Fligstein – e, também conceitos da comunicação, da sua relação com a saúde e sobre plano de comunicação. A metodologia do trabalho envolve uma pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, desenvolvida por meio de Estudo de Caso Único, Revisão Bibliográfica Sistemática, Análise de Conteúdo, e entrevistas com diferentes atores que compõem o campo de atuação da USE. O plano de comunicação propõe ações e produtos que podem ser aplicados pela USE com o objetivo de consolidar sua relação com as unidades da rede de São Carlos, melhorar a comunicação entre elas e, posteriormente, obter recursos mais densos para a Unidade.

Palavras-chave: Teoria de Campo. Campo de ação estratégica. Redes. Redes de Atenção à Saúde. Comunicação. Comunicação em Saúde. Plano de Comunicação.

ABSTRACT

This work presents an external communication plan for the Health School Unit (USE) of the Federal University of São Carlos (UFSCar). The plan's proposition was based on an analysis of the strategic field of action in which USE is inserted - the public health network of the Municipality of São Carlos, in São Paulo, and the identification of its actors, and the understanding of their relationships . The theoretical framework presents the main authors of the field theory - Bourdieu, DiMaggio and Fligstein - and also concepts of communication, its relationship with health and the communication plan. The methodology of the work involves a descriptive, exploratory, qualitative research, developed through a Single Case Study, Systematic Bibliographic Review, Content Analysis, and interviews with different actors that make up the USE field. The communication plan proposes actions and products that can be applied by USE in order to consolidate its relationship with the units in the São Carlos network, improve communication between them and, subsequently, obtain more dense resources for the Unit.

Keywords: Field Theory. Strategic field of action. Networks. Health Care Networks. Communication. Health Communication. Communication Plan.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diferentes estruturas organizacionais das redes.....	31
Figura 2 – Mudanças de sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção à Saúde (poliárquico)	34
Figura 3 – Organograma USE-UFSCar	54
Figura 4 – Exemplo de release sobre a USE enviado à imprensa	60
Figura 5 – Exemplo de texto sobre a USE publicado no Portal da UFSCar.....	61
Figura 6 – Exemplo de Inforede enviado à comunidade UFSCar	61
Figura 7 – Exemplo de post no Facebook da UFSCar	62
Figura 8 – Exemplo de Agenda de Eventos do Portal da UFSCar	63
Figura 9– Exemplo de Clipping enviado à comunidade UFSCar	64
Figura 10 – Interface da página principal do site da USE.....	65
Figura 11 – Interface da página inicial do Facebook da USE	65
Figura 12 – Fluxos de referência a contra-referência entre USE e equipamentos da rede pública de saúde de São Carlos	72
Quadro 1 – Diretrizes do HumanizaSUS.....	38
Quadro 2 – Relação dos equipamentos da rede pública de saúde de São Carlos.....	67
Quadro 3 – Relação de entrevistados e temáticas referentes.....	81
Mapa 1 – Distância entre USE e demais unidades do perímetro urbano de São Carlos .	76
Mapa 2 – Distância entre USE e distritos e municípios da microrregião de São Carlos .	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de encaminhamentos das unidades para a USE	56
Tabela 2 – Histórico da equipe USE (2016-2019)	57
Tabela 3 – Relação do percentual de encaminhamentos para a USE por unidade	73
Tabela 4 – Distância entre a USE e os equipamentos de saúde de São Carlos	75
Tabela 5 – Distância entre USE e as unidades de distritos e cidades da microrregião de São Carlos.....	77
Tabela 6 – Busca na base Scielo	78
Tabela 7 – Busca na base Web of Science	79
Tabela 8 – Busca na base Publimed	79
Tabela 9 – Busca na base LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde).....	79
Tabela 10 – Busca na base Google Acadêmico.....	79
Tabela 11 – Resultado quantitativo da Revisão Bibliográfica.....	79

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AME – Ambulatório Médico de Especialidades
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária à Saúde
CAIC – Centro de Atendimento de Infecções Crônicas
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CCS – Coordenadoria de Comunicação Social
CEME – Centro Municipal de Especialidades
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos
CID – Código Internacional de Doenças
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CoPEX – Comissão de Pesquisa e Extensão
CoUSE – Conselho Gestor da USE
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DeAS – Departamento de Atenção à Saúde
DRS – Departamento Regional de Saúde
DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPS – Educação Permanente em Saúde
FAI.UFSCar – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Universidade Federal de São Carlos
FPO – Ficha de Programação Orçamentária
HU – Hospital Universitário
IFES – Instituição Federal de Ensino Superior
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto de Previdência Social
LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações não governamentais
PCR – Parada Cardiorrespiratória
PE – Planejamento Estratégico
PMS – Prefeitura Municipal de São Carlos
PNH – Política Nacional de Humanização
PNS – Programa Nacional de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RBS – Revisão Bibliográfica Sistemática
SACI – Sistema de Apoio à Comunicação Integrada
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAF – Strategic Action Field
SAIBE – Serviço de Acompanhamento e Intervenção Neonatal Precoce em Bebê de Alto Risco
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SerGD – Serviço de Gerenciamento de Dados
SISREG – Sistema de Regulação do Ministério da Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPDI – Secretaria Geral de Planejamento e Desenvolvimento Institucionais
SUS – Sistema Único de Saúde
TAs – Técnico-administrativos
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO – Terapia Ocupacional
UBSs – Unidades Básicas de Saúde
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
UIG – Unidade Interna de Governança
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USE – Unidade Saúde Escola
USFs – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TEMA DE PESQUISA	15
1.2 OBJETIVO GERAL	15
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 JUSTIFICATIVA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 TEORIA DE CAMPO	17
2.1.1 O campo em Pierre Bourdieu – campo de poder e luta	18
2.1.2 O campo em Paul DiMaggio – isomorfismo institucional	19
2.1.3 O campo em Neil Fligstein – campo de ação estratégica	21
2.1.4 Uma introdução à estratégia	25
2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	27
2.3 UMA BREVE INTRODUÇÃO À IDEIA DE REDES	30
2.3.1 Redes de Atenção à Saúde (RASs).....	32
2.3.2 Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB)	36
2.3.3 Uma breve análise da relação entre APS e a média complexidade	38
2.4 COMUNICAÇÃO	40
2.4.1 Comunicação organizacional.....	42
2.4.2 Plano de Comunicação	44
2.4.3 Comunicação em Saúde	46
2.4.4 Como a saúde vira notícia?.....	51
3 CONHECENDO O CAMPO DA USE-UFSCar	53
3.1 USE-UFSCar	53
3.1.1 Estrutura de Comunicação da USE-UFSCar	59
3.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DE SÃO CARLOS	66
3.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)	69
3.4 INTERAÇÃO DA USE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SÃO CARLOS	71
4 MÉTODO DE PESQUISA	78
4.1 ROTEIRO INICIAL DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	84
4.1.1 Gestão e Administração da USE	84
4.1.2 Acolhimento de USE.....	88
4.1.3 Secretaria Municipal de Saúde (SMS).....	89
4.1.4 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da SMS	92
4.1.5 Unidades que mais encaminham usuários para a USE.....	94
4.1.6 Unidades que menos encaminham pacientes para a USE	96
5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	98
5.1 CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA	98
5.1.1 Saúde em Rede	99
5.1.2 Atenção Básica	103
5.1.3 USE na rede.....	108
5.1.4 Relação da USE com as demais unidades da rede	112
5.2 COMUNICAÇÃO	116
5.2.1 Comunicação na USE-UFSCar	118
5.2.2 Fluxo de informação na rede de saúde pública de São Carlos	119

5.2.3 Canais de contato, produtos e ações de comunicação	122
5.3 CONCLUSÃO DA ANÁLISE	125
6 PLANO DE COMUNICAÇÃO EXTERNA PARA A USE-UFSCar	129
6.1 OBJETIVO GERAL	130
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	130
6.3 AÇÕES E PRODUTOS DE COMUNICAÇÃO PARA A USE-UFSCar	131
6.3.1 Agenda positiva	131
6.3.2 Atendimento à imprensa	133
6.3.3 USE na mídia	133
6.3.4 “Informe USE” e “Sua Saúde”	134
6.3.5 Site da USE	135
6.3.6 Plataforma com vagas da USE	136
6.3.7 Exposições	137
6.3.8 Boletim USE	138
6.3.9 Cartaz e folder do Acolhimento	139
6.3.10 Eventos para profissionais de saúde	139
6.3.11 Participação em reuniões das Atenção Básica	140
6.3.12 Relação com a UFSCar	141
6.3.13 Relatórios da USE para SMS/Regulação	142
6.4 IMPLANTAÇÃO DO PLANO	142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE A – Transcrição das Entrevistas	152

1 INTRODUÇÃO

A proposta dessa pesquisa reúne duas áreas de interesse – Comunicação e Saúde – compreendendo que a relação entre elas pode ser profícua para ambos os campos. Apesar de distantes, saúde e comunicação, assim como outras esferas da sociedade, estão no bojo das mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais do mundo contemporâneo, e, além disso, a comunicação tem um aspecto transversal que a aproxima de todas as outras áreas.

A Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) é um dos principais setores da Universidade em que a extensão à comunidade é praticada no dia a dia, alinhada com ações de ensino e pesquisa, formando a importante tríade que norteia as ações da Instituição – ensino, pesquisa e extensão. A descrição da USE será apresentada posteriormente, em sessão específica, e demonstrará todo o alcance da Unidade junto à população de São Carlos e região. Um dado importante é que a USE realiza, em média, mais de 21 mil atendimentos anuais, alcançando uma grande gama de pessoas da comunidade, de diversas faixas etárias e condições socioeconômicas, o que reforça seu papel de destaque na difusão de informações positivas sobre a UFSCar, e que são relevantes para a área da saúde de São Carlos.

Considerando a importante atuação da USE na rede de atenção à saúde na cidade de São Carlos, e, também, no cenário da UFSCar, a proposta da pesquisa foi apresentar um plano de comunicação externa alinhado à estrutura da USE-UFSCar. Esse plano tem ações e produtos de comunicação que podem auxiliar a gestão da Unidade a consolidar sua atuação de excelência junto os demais atores da rede pública de saúde de São Carlos, possibilitando, também, ao menos em tese, conquista futura de recursos mais significativos.

Toda a análise sobre o contexto de atuação da USE e de suas necessidades foi feita a partir do conceito de campo de ação estratégica que, conforme Fligstein (2007), pode ser indicado como uma ordem social local que se refere a situações nas quais grupos organizados de atores desenvolvem suas ações, com base em regras e recursos existentes na estrutura do campo, compartilhando interesses semelhantes, ou não. Considerando também as contribuições que a área de comunicação oferece para a construção da imagem das organizações, como aponta Costa (2015), e aspectos tradicionais do jornalismo das assessorias de comunicação, como transmissão de informações e elaboração de produtos direcionados a todos os públicos atingidos pela organização, acredita-se que a proposição de um plano de comunicação para a USE contribua para que a Unidade estabeleça canais de comunicação qualificados com o seu público externo dentro do seu campo de atuação (usuários, familiares de usuários, comunidade,

profissionais de saúde de outras unidades que estabelecem referência e contra-referência com a USE, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, Conselho Municipal de Saúde de São Carlos e Prefeitura Municipal de São Carlos); amplie a divulgação das ações da Unidade na mídia local; fortaleça seu papel assistencial junto à comunidade de São Carlos, reforçando sua legitimidade e a manutenção de uma imagem positiva da Unidade perante à sociedade e à própria Universidade; além de ser uma ferramenta importante para a gestão da Unidade na elaboração de estratégias de aproximação com setores e públicos de interesse.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa envolve a Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS), Estudo de Caso Único e Análise de Conteúdo. Trata-se de um estudo de caso da USE-UFSCar, em que foram feitas e gravadas entrevistas com a gestão, administração e acolhimento da Unidade, com representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Carlos e do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da SMS, e responsáveis pelas unidades de saúde que mais e que menos encaminham seus pacientes para a USE, a partir de levantamento de dados na própria Unidade. As entrevistas foram transcritas e passaram por processo de análise de conteúdo das respostas com base na divisão temática da pesquisa a fim de reunir aspectos semelhantes das respostas que pudessem colaborar na compreensão da etapa final do estudo. As aprovações nos comitês e conselhos de pesquisa – Comitê de Ética da UFSCar, Comissão de Pesquisa e Extensão da USE e Secretaria Municipal de Educação – foram obtidas e uma pesquisa exploratória foi realizada junto à USE e à SMS.

A apresentação deste trabalho está dividida da seguinte forma: as subseções 1.1 a 1.4 apresentam o tema de pesquisa, objetivos (geral e específicos) e a justificativa. A seção 2 está destinada ao referencial teórico abordando questões relacionadas a teoria de campo, redes, comunicação e comunicação em saúde, e na seção 3 há uma apresentação sobre o objeto de pesquisa, a USE, e os principais atores que compõem seu campo da saúde pública de São Carlos. Nas seções posteriores, de 4 a 7, há informações sobre a metodologia de pesquisa, análise das entrevistas, plano de comunicação e considerações finais com algumas limitações e sugestões de pesquisas futuras.

1.1 TEMA DE PESQUISA

Plano de comunicação entre a USE e a rede pública de saúde de São Carlos.

1.2 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de comunicação externa da USE-UFSCar a partir da análise do campo de ação estratégica (saúde pública de São Carlos) em que a Unidade está inserida.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o campo de ação estratégica em que a USE está inserida;
- Levantar, junto à gestão da USE, as demandas da Unidade que se referem à comunicação com o público externo;
- Estabelecer as prioridades de comunicação externa da Unidade e avaliar ações de comunicação condizentes com a estrutura da USE;
- Conhecer, junto ao público externo da USE-UFSCar, os canais de comunicação mais utilizados para obtenção de informação sobre a Unidade;
- Levantar, a partir da bibliografia e de casos semelhantes, elementos da Comunicação Estratégica que poderão viabilizar a elaboração do plano de comunicação.

1.4 JUSTIFICATIVA

De acordo com Kunsch (2016), a comunicação exerce um poder notável no mundo contemporâneo e precisa ser considerada não somente uma ferramenta de divulgação ou transmissão de informações, mas sim, um processo social básico e um fenômeno presente na sociedade. Além disso, a autora aponta que a comunicação deve ser integrada e tem potencial estratégico para as organizações em seus diferentes patamares, contextos e áreas de atuação.

Somando o destaque da comunicação a uma outra abordagem que vem da Sociologia Econômica – a teoria dos campos -, compreende-se que as ações da comunicação podem ser estratégias importantes para que as organizações consigam construir e consolidar uma imagem positiva no seu campo de atuação, visando aumentar a taxa de sucesso na disputa de recursos

com outras organizações. Fligstein (2007) aponta que os campos - campos de ação estratégica - são arenas de disputa formadas por atores que agem conforme regras e recursos disponíveis, em que sujeitos com habilidades sociais conseguem se destacar, mantendo suas posições e conseguindo engajamento de outros atores.

Como será descrito em seção posterior, atualmente a USE integra o campo da saúde pública do Município de São Carlos junto com outros atores, em relação aos quais a Unidade busca consolidar sua atuação e legitimidade pleiteando, não necessariamente de forma direta, recursos que possam viabilizar e ampliar o atendimento oferecido à população e a própria melhoria da Unidade.

A partir de uma análise mais profunda do campo em que a USE está inserida, a presente pesquisa pretende elaborar um plano de comunicação externa que permita à Unidade a adoção de ações estratégicas que possam colaborar com a consolidação da sua imagem junto aos atores do campo, de forma a produzir, ao longo do tempo, desdobramentos positivos.

Na área da saúde, Sanches (2003, *apud* BARROSO, 2013), aponta que a comunicação é uma ferramenta estratégica para o sucesso de políticas de saúde pública, e nesse âmbito, a elaboração de plano de comunicação, como defende Costa (2015), será precedida de um planejamento que considera medidas estratégicas que ampliarão o efeito da comunicação pública desenvolvida. No caso desta pesquisa, foi definido que o plano de comunicação será para o público externo, considerando a busca por uma inserção mais estratégica no campo da saúde pública em São Carlos.

A proposta do presente trabalho também se justifica na necessidade do aprimoramento na comunicação apresentada no Planejamento Estratégico da USE, realizado em 2018. O documento prevê a ação “Ampliar a comunicação interna e externa da USE”: estratégias da rede interna de comunicação pelos meios de comunicação digital e impresso e atualização das ações realizadas na USE para a rede de saúde e SMS”. A partir do plano de comunicação proposto ao final da pesquisa, espera-se que esse canal com o público externo seja aprimorado.

A partir da análise da bibliografia e de casos semelhantes, nota-se um amplo espaço para estudos dessa natureza, principalmente no que se refere a unidades de saúde pública de média complexidade ambulatorial, como a USE, instaladas em universidades federais, que atuam dentro da tríade ensino-pesquisa-extensão. Entendemos que a realização desse estudo colabora para o campo da pesquisa na área a partir de uma abordagem que busca articular a Sociologia Econômica, a Gestão e a Comunicação Social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A proposta desse trabalho foi elaborar um plano de comunicação externa para a USE-UFSCar a partir de uma análise do campo da saúde pública do Município de São Carlos. Portanto, essa seção apresenta as principais teorias sobre Teoria de Campo, Redes, incluindo Redes de Atenção à Saúde (RAS), e Comunicação e de temas relacionados a elas que colaboraram para o desenvolvimento empírico e para a análise de dados da pesquisa.

2.1 TEORIA DE CAMPO

De acordo com Candido *et al.* (2017), o conceito de campo tem despertado o interesse em estudos organizacionais e tem sido usado por vários autores para enfatizar o caráter socialmente construído do que era chamado, anteriormente, de ambiente organizacional. Os autores apontam que o conceito foi apropriado de formas distintas por diversos autores, gerando um caráter polissêmico ao termo e mediando disputas teóricas, às vezes implícitas.

Fligstein (2007) afirma que, por muitos anos, houve um interesse crescente das Ciências Sociais em explicar como as instituições sociais, definidas como regras que reproduzem a interação social, surgem, se mantêm estáveis e depois se transformam. Nesse arcabouço, as teorias neoinstitucionalistas se concentram na construção de “ordens sociais locais, que poderiam ser chamadas de ‘campos’, ‘arenas’ ou ‘jogos’” (FLIGSTEIN, 2007, p. 73). Para o autor, essa teoria neoinstitucionalista trata de construções sociais que abordam a criação de instituições como o resultado da interação social entre atores se confrontando em campos ou arenas.

Candido *et al.* (2017) explica que, com origem na Física, a ideia de campo é relacional e não pode ser compreendida isoladamente, sendo útil para a compreensão das relações presentes nas estruturas sociais. Os autores apontam algumas características que tornaram as teorias de campo mais interessantes para as Ciências Sociais, especialmente para os cientistas envolvidos com essas estruturas. A primeira característica é um rompimento com o mecanicismo ao explicar que as mudanças de estado de alguns elementos referem-se às características do campo e da posição que o elemento ocupa nesse espaço. Outro aspecto é assumir que os efeitos do campo são sentidos apenas pelos indivíduos que estão em determinada esfera e que as características dos indivíduos ou das organizações que compõem o campo são importantes e podem desencadear processos de transformação.

Machado-da-Silva *et al.* (2010) apresenta seis perspectivas teóricas sobre campo, expondo seus principais autores, elementos-chave e descrição. Dentro do escopo desse trabalho, vamos apresentar três delas, cujos autores são os mais citados entre as teorias de campo. Um deles é Pierre Bourdieu que adota a perspectiva de campo como arena de poder e de conflito; os outros são Paul DiMaggio e Walter Powell, cuja perspectiva refere-se ao campo como a totalidade dos atores; e o último é Neil Fligstein que apresenta o campo como uma esfera institucional de interesses em disputa. Nas subseções seguintes as perspectivas de campo desses autores serão apresentadas.

2.1.1 O campo em Pierre Bourdieu – poder e luta

Um dos principais autores a aplicar a teoria de campo em estudos empíricos foi o sociólogo Pierre Bourdieu. Candido *et al.* (2017) apontam que para Bourdieu os campos são como espaços estruturados de posições cujas propriedades dependem exatamente das posições existentes e ocupadas nesses espaços. Esses campos são formados por agentes que possuem um conjunto de disposições que compõem seus valores e princípios e que regem a moral pela qual agem, e também pelas suas aptidões corporais ou modos de pensar e compreender uma realidade específica. Candido *et al.* (2017) e Spence *et al.* (2017) explicam que essas disposições são chamadas de *habitus* e são incorporadas à trajetória dos agentes desde o processo de socialização mais básico se relacionando às suas origens e aos espaços pelos quais já transitaram. “É com base nessas disposições que os agentes interpretam e atuam nos campos, desenvolvendo estratégias para reproduzi-los e transformá-los” (BOURDIEU, 1990).

Spence *et al.* (2017) infere que o *habitus* permite a um ator social compreender o mundo e representa a internalização de estruturas externas nesse indivíduo. Para esses autores, o *habitus* abre “uma porta para as estruturas sociais mais amplas e as ‘regras do jogo’ que organizam os campos” (SPENCE *et al.*, 2017, p. 214).

Machado-da-Silva *et al.* (2010) cita que, para Bourdieu, a questão central das relações entre os agentes nos campos sociais é o poder e sua reprodução. Os autores ainda expõem que, ao se pensar em campo, deve-se focar em poder, dominação e classe. Para eles, na perspectiva de Bourdieu, o campo mostra-se como o resultado das disputas de organizações pelo seu domínio, em uma dinâmica baseada na (re)alocação de recursos de poder dos atores e de sua posição relativa a outros atores.

Misoczky (2003) considera que a perspectiva de Bourdieu é mais influente na área de Sociologia Organizacional e destaca que o sociólogo coloca o poder como um capital dentro da

sua perspectiva de campo. Para a autora, o campo defendido por Bourdieu é um campo de forças estruturalmente determinado pelo estado das relações de poder entre os tipos de poder. É, portanto, um espaço de lutas de poder entre os detentores de diferentes tipos de poder. Misoczky (2003) também considera que, nessa perspectiva, campo pode ser visto como um espaço de jogo em que agentes e instituições que possuem o capital (Bourdieu define vários tipos de capital) suficiente para ocupar posições dominantes dentro de seus respectivos campos, confrontar os demais por meio de estratégias voltadas para preservar ou mudar as relações de dominação. Essa luta ocorre, na visão da autora, pela existência de interesses em jogo.

Por fim, a autora expõe que análise de campo envolve três momentos necessários e conectados, apontados por Bourdieu: o primeiro é analisar a posição do campo em relação ao campo de poder; o segundo é mapear as estruturas objetivas das relações entre as posições ocupadas pelos agentes ou instituições que competem pela legitimidade e autoridade em cada campo. Por fim, o terceiro momento envolve a análise do *habitus* dos agentes.

Dentre as contribuições de Bourdieu para a análise do campo destacam-se a possibilidade de desvendar mecanismos profundos produção e reprodução do poder; a ideia de que a história do campo se faz a partir da luta entre os concorrentes no seu interior; a possibilidade de identificar as posições relativas dos agentes por meio da visão do campo como espaços de poder; e a chance de verificar as estratégias dos agentes que compõem o campo e nele têm interesses em disputa, mobilizando capitais (diversos tipos) nesse embate.

2.1.2 O campo em Paul DiMaggio e Walter Powell – isomorfismo institucional

Outra perspectiva citada por Candido *et al.* (2017) é a de que o campo molda as práticas organizacionais a partir de padrões de condutas estabelecidos, como colocam DiMaggio e Powell (2007). Para eles, o campo organizacional é um conjunto de organizações que compartilham sistemas de significados comuns e que se integram de forma mais frequente entre si do que com outros atores de fora do campo, constituindo, assim, uma área reconhecida da vida institucional. Essas organizações são fornecedores-chave, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos similares.

DiMaggio e Powell (2007) chamam atenção que essa definição de campo organizacional direciona a análise não só para as empresas concorrentes ou para redes de organizações que interagem entre si, mas para a totalidade de atores. Com isso, essa ideia de campo capta a importância da conectividade e da equivalência estrutural. Para esses autores, os

campos existem à medida que são definidos institucionalmente, e esse processo de definição consiste em quatro estágios: aumento da amplitude de interação entre as organizações presentes no campo; necessidade de estruturas de dominação e padrões de coalização interorganizacional; crescimento do volume de informação que as organizações do campo têm que lidar; e o desenvolvimento de uma consciência mútua, entre os grupos de organizações, de que elas estão envolvidas em um ambiente comum. “Tão logo organizações díspares, no mesmo ramo de negócios, se estruturam num campo real [...], emergem forças poderosas, que as levam a se tornarem mais semelhantes umas às outras” (DIMAGGIO; POWELL, 2007, p. 119-120).

Para os autores o melhor conceito que compreende esse processo de homogeneização é o isomorfismo, que se constituiu como um processo restritivo que força uma unidade de uma população de organizações a se assemelhar às outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais. DiMaggio e Powell (2007) argumentam que o isomorfismo pode acontecer porque as “formas não ótimas são excluídas de uma população de organizações, ou porque os tomadores de decisão organizacionais aprendem respostas apropriadas e ajustam seu comportamento de acordo com elas” (DIMAGGIO; POWELL, 2007, p.121). Para Machado-da-Silva *et al.* (2010) esse isomorfismo também é fruto do reconhecimento mútuo entre as organizações que estão envolvidas em um empreendimento comum. Baêta *et al.* (2014) apontam que todos os processos isomórficos demonstram suas relações com o êxito e a própria sobrevivência. “Internalizar práticas legitimadas no campo organizacional contribui para a redução do fracasso, apresentando a organização como uma subunidade e não um sistema independente do ambiente organizacional”, (Baêta *et al.* 2014, p.5).

Para Candido *et al.* (2017), DiMaggio e Powell, assim como Bourdieu, apresentam a estrutura do campo como dinâmica e com fronteiras que só podem ser definidas pela pesquisa. Os autores também reforçam os quatro estágios do processo de homogeneização, relacionando-os à estruturação ou institucionalização dos campos. Consideram que nesse processo de estruturação, poderosas forças passam a atuar no campo restringindo a ação dos atores e reforçando a homogeneização.

Há três tipos de isomorfismo institucional (DIMAGGIO; POWELL, 2007; CANDIDO *et al.*, 2017; BAÊTA *et al.*, 2014): há o isomorfismo coercitivo, que ocorre quando algumas práticas impostas pelo Estado, ou outros atores externos, são colocadas como condições de sobrevivência das organizações; o segundo tipo é o mimético, que relaciona-se ao fato de uma organização imitar a outra que é vista como bem-sucedida; e o terceiro tipo de isomorfismo institucional é o normativo, que está relacionado a condutas profissionais reconhecidas como

adequadas, que também podem influenciar as práticas de uma organização. Em resumo, DiMaggio e Powell consideram que

As organizações não competem apenas pelos recursos e consumidores, mas por poder político e legitimação institucional, por ajustamento social, bem como econômico. O conceito de isomorfismo institucional constitui ferramenta útil para se entender a política e os rituais que permeiam grande parte da vida organizacional moderna. (DIMAGGIO; POWELL, 2007, p. 121)

Na análise da mudança institucional, que ocorre frequentemente em diferentes organizações, Cândido *et al.* (2017) e Tureta & Júlio (2016) abordam um conceito proposto por DiMaggio, chamado de empreendedorismo institucional – que “pode ser entendido como a ação realizada por atores que possuem seus próprios interesses em uma determinada instituição e mobilizam recursos para transformá-la ou criar uma nova” (TURETA; JÚLIO, 2016, p. 37). A contribuição de DiMaggio, a partir desse conceito, é dar ênfase ao papel da agência nos processos de mudança organizacional. Sander e Cunha (2013) referem-se à agência como a capacidade dos atores de fazer diferença. Nesse aspecto, Cândido *et al.* (2017) argumentam que outros autores também trabalham a questão do empreendedorismo institucional, usando o conceito de agência, e citam a análise de que as condições do campo propiciam a ação empreendedora e a forma como os atores, com suas posições e características, influenciam sua capacidade de agir no campo.

2.1.3 O campo em Neil Fligstein – campo de ação estratégica

Este é outro autor que também utiliza a teoria de campo em suas análises para explicar a emergência e a transformação dos campos. Segundo Cândido *et al.* (2017), essa abordagem foi formalizada mais recentemente e definida por Neil Fligstein e Doug McAdam como campos de ação estratégica (SAF – do Inglês *Strategic Action Field*). Para eles, os SAFs são como arenas socialmente construídas em que atores detêm recursos variados e buscam vantagens. Eles delimitam três aspectos fundamentais que são comuns a esses campos: o primeiro é o sentido de pertencimento (critérios mais subjetivos); o segundo refere-se às fronteiras do campo, que variam conforme a situação e os interesses em disputas. O terceiro aspecto está relacionado aos entendimentos que embasam a operação no campo, como “o que” está em jogo naquele espaço, “quem” são os atores incumbentes e desafiantes, “quais” são as regras do campo e “como” eles devem agir.

Para Canzler *et al.* (2017), a ideia de campo de ação estratégica é aplicada para capturar as estratégias dos atores envolvidos na criação de novas arenas (campos). Para os autores,

quando se estuda campos emergentes, esses não devem ser identificados com base em manifestações tangíveis de coalizões organizadas, mas baseadas na grande troca informacional e densidade de interação entre organizações e atores previamente diferentes.

No quadro exposto por Machado-da-Silva *et al.* (2010) sobre as diferentes perspectivas teóricas a respeito de campo organizacional, o SAF, refere-se a construções produzidas por organizações detentoras de poder, que, conforme seus interesses, influenciam regras de interação e dependência dentro do campo. Esses interesses, inclusive, são reflexos da posição dessas organizações na estrutura social construída. Essa perspectiva, de acordo com o autor, mostra o campo como uma esfera institucional de interesses em disputa. Os autores também avaliam que a perspectiva de SAF atribui relevância à noção de campo, tanto por reconhecer a dimensão relacional quanto pela associação com a ideia de poder. No entanto, a ênfase nos aspectos políticos é tratada como categoria distinta e o foco está nos aspectos mais ativos dos atores, nas suas capacidades e ações criativas relacionadas à atuação deles sobre a ordem do campo em busca de seus interesses.

Essa defesa dos interesses é fator preponderante para o movimento dos atores dentro do campo e propicia que, entre si, os atores levem em consideração uns aos outros em suas ações para se construir as regras dentro do espaço social (campo) ainda emergente. Canzler *et al.* (2017) considera que nesse processo de construção de uma nova arena, os atores mais qualificados são centrais para o surgimento de um novo campo, para criarem os espaços para troca e cooperação entre diferentes grupos sociais. Conforme Sander e Cunha (2013) expõem, a função do ator social que foi descrita por Fligstein, em 1997, mostra sua capacidade de ler os sinais do ambiente e perceber neles a possibilidade de criar um novo negócio, uma nova atividade, um novo campo. No entanto, é preciso que o ator social esteja apto para perceber esses sinais e transformar essa percepção em um projeto, que, para ser colocado em prática, vai exigir do ator também a habilidade de compartilhar esse significado aparado em suporte que leve essa ideia aos demais atores.

Fligstein e McAdam (2012, *apud* GODRI; COSTA, 2017) apresentam os tipos de atores que compõem o campo de ação estratégica. Antes mesmo de publicar o livro “Theory of Fields” (2001 e 2008), Fligstein já mencionava a existência de atores incumbentes, que são os dominantes, que têm maior poder e conseguem determinar as regras para a operação do campo, e dos desafiantes, que são os atores que seguem as determinações dos incumbentes, mas que podem, em algum momento, tentar se estabelecer como tais no campo. No entanto, como apontam Godri e Costa (2017), quando Fligstein publica seu livro, o autor aborda outro ator fundamental, denominado de Unidade Interna de Governança (UIG), que tem como papel dar

suporte ao funcionamento estável do campo, em geral sob o controle dos incumbentes, que atuam no sentido de garantir que seus interesses sejam atendidos. Godri e Costa (2017) descrevem, assim esses três atores:

Os atores incumbentes – aqueles que dominam o mercado, para os quais as regras e esquemas de significado tendem a ser favoráveis; os desafiantes – os atores não centrais, mas que, definitivamente, estão no jogo e, frequentemente, buscam formas de desafiar a lógica vigente no sentido de tomar a posição dos incumbentes; e as unidades internas de governança – atores que trabalham como árbitros nesse jogo, facilitando seu desenvolvimento conforme as regras estabelecidas e fiscalizando seu cumprimento (GODRI; COSTA, 2017, p. 3).

Fligstein (2007) argumenta que aqueles que pretendem (intencionalmente) interferir de alguma forma na ordem social, mesmo considerando mudanças incrementais ou a tentativa de manter essa ordem, devem ter o que ele chama de habilidades sociais – relacionadas com a capacidade do ator de produzir acordos compartilhados, criação e manipulação de significados e interpretações do mundo e induzir a cooperação de outros atores. Canzler *et al.* (2017) reconhecem que esses atores, socialmente qualificados, ajudam a facilitar a cooperação, dão significado para os outros colaborando para que eles atinjam seus fins. Os autores ainda relatam que quando surge um novo SAF, esses atores têm um papel importante na fronteira do campo, fazendo um trabalho de tradução e reunindo atores de diferentes campos, que chamam de fronteira crossers. Na visão desses autores, os crossers precisam ser qualificados da mesma forma que os atores socialmente hábeis, mas a diferença é que eles assumem uma posição importante de interface entre os SAFs existentes.

Em seu artigo “Habilidade Social e a Teoria dos campos”, Fligstein (2007) discute as habilidades sociais. O autor argumenta que a visão mais sociológica – que aponta os campos como socialmente construídos – sugere que, para induzir a cooperação e para formar instituições, os atores precisam de habilidades, nomeadas por ele como habilidades sociais. “É a habilidade social de atores-chave que permite que os grupos funcionem; é sua habilidade de induzir a cooperação entre os atores, ao definir os interesses e as identidades coletivas, que permite o surgimento e a reprodução das instituições” (FLIGSTEIN, 2007, p. 81).

Para o autor, os atores hábeis se relacionam empaticamente com as situações de outras pessoas e, ao fazê-lo, são capazes de fornecer razões para que elas possam cooperar. Fligstein (2007) mostra que os atores sociais hábeis precisam compreender a percepção de conjunto dos atores do seu grupo em relação aos interesses e identidade, assim como a percepção de outros grupos externos ao campo. Essas habilidades permitem que os atores-chave utilizem essas compreensões para, em determinadas situações, oferecer uma interpretação da situação e definir ações que estejam condizentes com os interesses e identidades identificadas. “Ao fazer com que

os atores que estão relativamente isolados cooperem e, ao convencê-los de que sua cooperação foi ideia deles, os atores estratégicos [com habilidades sociais] conseguem a cooperação dos outros sem parecerem maquiavélicos” (FLIGSTEIN, 2007, p. 86).

Na visão de Fligstein (2007), a habilidade social faz com que seja possível entender o que os atores fazem nos campos. A combinação de recursos, de regras já existentes e das habilidades sociais dos atores que produz os campos, que os estabiliza e promove as transformações. O surgimento de novos campos ocorre quando um número considerável de integrantes de distintos grupos percebe novas oportunidades. No entanto, novos campos também podem ter crises decorrentes da instabilidade na interação, o que faz com que grupos possam desaparecer. É nesse cenário que os atores hábeis vão agir para a estabilidade interna do seu grupo e equilibrar também a relação com outros grupos.

Fligstein (2007) também reconhece que os atores hábeis podem falhar por não conseguirem desenvolver coalizões políticas ou por serem membros de grupos já muito fortes, que impõem a ordem social local. Nesse aspecto, inclusive, o autor mostra que a ordem pode ser produzida de duas formas: sendo a primeira essa imposta por grupos maiores e mais poderosos, e a segunda por empreendedores institucionais – conforme denominação dada por DiMaggio – que elaboram novos conceitos culturais para ajudar a construir instituições novas. Neste segundo caso, a estratégia é obter coalizões políticas com diferentes grupos. Fligstein (2007) afirma que a dinâmica dos campos é central e mostra que os atores precisam produzir ideias e identidades, e o grupos têm de ser mobilizados para aceitar e adotar essas identidades. Quando estabelecidas, essas identidades informam as interações seguintes contribuindo para definir a estrutura do campo.

A abordagem de Fligstein traz uma contribuição importante ao tratar os microfundamentos da habilidade social: os grupos que formam os campos, as regras e recursos que estão disponíveis para os atores hábeis e seus grupos, as relações que se estabelecem entre os campos e no interior de um campo. Para o autor, ao se observar o surgimento ou a transformação de um campo, é necessário identificar quem são os principais atores coletivos, quais são os recursos e regras que orientam as possíveis ações. Nesse sentido, Fligstein (2007) mostra que, em situações instáveis, a habilidade social faz com que os atores tentem elaborar projetos institucionais que podem ser uma alternativa para organizar o campo.

É a partir dessa perspectiva que a concepção de SAF será utilizada para a compreensão do campo de atuação do objeto de pesquisa desse trabalho – a Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar, entendida como um ator entre outros atores. A ideia é tratar a saúde pública de São Carlos (SP) como um campo, identificar seus atores, interações, fluxos e lacunas para, a partir

daí, propor ações da área de Comunicação que possam colaborar com as estratégias da gestão da Unidade, numa perspectiva de ator com habilidade social que busca consolidar sua atuação no campo, corroborando com seus interesses.

2.1.4 Uma introdução à estratégia

Considerando a denominação de campo de ação estratégica de Fligstein (CANDIDO *et al.*, 2017; CANZLER *et al.*, 2017; MACHADO-DA-SILVA *et al.*, 2010; FLIGSTEIN, 2007), torna-se necessária para a compreensão desse trabalho uma breve introdução sobre o conceito de estratégia no cenário organizacional. Para Tureta e Júlio (2016), a estratégia pode ser definida como as atividades que têm consequência para os resultados de uma organização, mesmo que essas consequências não sejam parte da estratégia pretendida ou articulada: “Ela [estratégia] pode ser construída por diversos atores nas atividades cotidianas de uma organização, com a interação entre pensar e agir, planejamento e execução” (TURETA; JÚLIO, 2016, p. 31). Numa observação empírica, considerando o âmbito da estratégia, os autores consideram que os atores sociais, suas ações e interações são o centro da análise, assim como quem realiza a estratégia, o que se faz, como se faz e quais são as ferramentas usadas e as implicações dessas ações.

No artigo “O plano de gestão nas universidades federais brasileiras sob o olhar do institucionalismo sociológico”, Baêta *et al.* (2014) apontam que a Administração Estratégica das organizações tem o seu início associado ao desenvolvimento empresarial, após a II Guerra Mundial, quando as grandes organizações passaram a ter que lidar com o aumento da complexidade do ambiente em que se encontravam, em um cenário de mercado mais competitivo e dinâmico. Essa alteração do ambiente exigiu dos gestores conhecimentos cada vez mais específicos e sofisticados de gestão.

Baêta *et al.* (2014) também apontam que o grande desafio das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) é transformar as estruturas administrativas burocráticas em mecanismos mais flexíveis e empreendedores, tendo o planejamento estratégico como ferramenta de apoio à gestão. Para isso, é preciso apoio político das administrações superiores. Os autores citam que os gestores têm buscado convencer seus conselhos superiores a adotarem padrões e instrumentos mais inovadores em busca da eficiência e melhoria da qualidade do serviço público prestado e disponibilizado para a sociedade.

No âmbito da Administração Estratégica, o Planejamento Estratégico é um processo que, conforme descreve Baêta *et al.* (2014), analisa o ambiente de determinada instituição e

elabora as suas oportunidades e ameaças, seus pontos fortes e fracos, sua missão e a direção que organização deverá seguir. Os autores apontam que esse conceito foi absorvido pela Gestão Estratégica, que surgiu com um corpo teórico mais amplo, com uma visão estratégica mais global e com o objetivo de que as iniciativas de determinada organização sejam condizentes com sua diretriz geral. Essa ampliação do conceito do Planejamento Estratégico se deve ao fato de que os ambientes estão cada vez mais imprevisíveis, o que exige das organizações uma postura mais dinâmica e integrada ao ambiente.

Tureta e Júlio (2016) reconhecem também que a estratégia pode ser mais bem explorada ao se extrapolar a organização, saindo em direção ao campo organizacional, já que o “estrategizar” (ato ou processo de elaborar estratégias), assim como outras práticas sociais, está profundamente relacionado em seu contexto. A complementaridade entre estratégia e teoria neoinstitucional “seria possível, por meio do conceito de trabalho institucional – definido como a ação intencional de indivíduos e organizações, destinada a criar, manter e descontinuar as instituições – que ajudaria a integrar o estrategizar [microatividades locais] com os fenômenos locais mais amplos” (TURETA; JÚLIO, 2016, p. 35).

A estratégia é também citada por Fligstein e Dauter (2012) e apontada como um dos aspectos-chave das organizações na análise dos estudiosos organizacionais, que têm foco direcionado para a estrutura e a estratégia das organizações. Os autores mostram que a estrutura é o desenho da organização e isso inclui as linhas de autoridades e as relações formais e informais entre as posições na firma. Em paralelo à essa análise da estrutura, os estudiosos olham também para a estratégia que, segundo Fligstein e Dauter (2012), se refere aos meios que a organização emprega para alcançar seus objetivos.

Por fim, Tureta e Júlio (2016) consideram que é importante atentar para os resultados do estrategizar em esferas institucionais, e não apenas no ambiente intraorganizacional. Os autores apontam que as investigações devem ser capazes de tratar de questões estratégicas relevantes para um público mais amplo da sociedade e não apenas voltadas às demandas de gestores e investidores organizacionais: “Entender melhor os efeitos da estratégia – para além das fronteiras organizacionais – bem como suas origens, possibilita repensarmos o papel das organizações e as ações dos praticantes da estratégia” (TURETA; JÚLIO, 2016, p. 46).

A partir dessa compreensão entende-se que a análise do ambiente da USE-UFSCar pode ser muito mais profunda do que um levantamento de ameaças e oportunidades e pontos fortes e fracos ainda que tal abordagem traga sua contribuição. A ideia da presente pesquisa é produzir uma primeira análise e delimitação do campo no qual a USE-UFSCar está inserida e

caracterizar as interações na busca por uma compreensão mais clara, se maneira a subsidiar a proposição de ações de comunicação afins aos interesses e possibilidades da Unidade.

2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A presente seção apresenta informações sobre o campo da saúde no Brasil, com enfoque especial para o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, o atendimento em saúde é ofertado pela saúde suplementar, composta por serviços e atendimentos privados, e pela saúde pública, ofertada por meio SUS. Cerca de 75% da população utiliza o serviço do SUS, mas Bahia (2018) mostra que usuários da saúde suplementar podem usar o atendimento e serviços públicos de saúde. De acordo com a autora, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 mostra que 17,5% das pessoas que têm plano particular de saúde afirmaram ter utilizado o sistema público.

O Sistema Único de Saúde foi implementado pela Lei 8.080, de 1990, que determinou comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal de 1988, sendo que cada ente tem suas corresponsabilidades. Os princípios do SUS, previstos em Lei, são universalização, que coloca a saúde como um direito de todos e o Estado como responsável por assegurar esse direito e garantir o acesso de todos aos serviços; equidade, para diminuir desigualdades e prover mais recursos onde há mais carência; e integralidade, que considera as pessoas como um todo atendendo a todas as suas necessidades.

Em relação aos princípios organizativos do SUS, o Ministério da Saúde (2020) os apresenta como:

- a) Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região;
- b) Descentralização e comando único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser

fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que esse princípio tenha validade, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade;

- c) Participação popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema e, para isso, existem os conselhos e as conferências de saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O SUS oferta atenção integral com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange ações e serviços de saúde, englobando a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços de urgência emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

No que se refere ao atendimento à saúde da população, o SUS é dividido em níveis de atenção com base na complexidade da tecnologia empregada na assistência. O nível primário (baixa complexidade), também chamado de Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), é a porta de entrada no Sistema e é realizado por meio de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs). O nível secundário (média complexidade) é composto por ambulatórios e centros de especialidades médicas e serviços de exames para apoio diagnóstico e tratamento. O nível terciário (alta complexidade) é formado pelo atendimento hospitalar. Conforme Oliveira (2016) e Mendes (2011) é um sistema hierárquico de formato piramidal, sendo a AB a base da pirâmide e o topo composto pela atenção terciária.

Para Souza (2002), a criação do SUS representa uma grande alteração da saúde no Brasil vigente até a década de 1990), em que o atendimento à população no país era feito por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. A assistência prestada pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com registro na carteira de trabalho,

e seus dependentes. Na avaliação de Souza (2002), esse atendimento não tinha o caráter universal que passou a ser um dos princípios fundamentais do SUS.

Para Oliveira (2016), os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem funcionar de forma coerente com a situação de saúde dos usuários. A autora expõe que, no Brasil, a situação de saúde é marcada atualmente por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças – “uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco (tabagismo, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e crescimento da violência e causas externas” (SOUZA, 2002, p. 17). Oliveira (2016) avalia que essa situação de saúde brasileira não terá resposta adequada por meio de um sistema de saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas, como se estabelece no Brasil atualmente.

Oliveira (2016) e Mendes (2011) reforçam que para estabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS é necessária a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), que tratam-se de “uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que respondam com efetividade, eficácia, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira” (MENDES, 2011, p. 18). Nas próximas etapas desse referencial teórico serão abordados os principais conceitos e elementos referentes ao conceito de rede e, mais especificamente, à RAS, além de uma análise sobre os desafios da sua implementação no Brasil.

2.3 UMA BREVE INTRODUÇÃO À IDEIA DE REDES

As abordagens baseadas no conceito de rede, especialmente a partir dos anos 1990, passaram a dar ênfase nos relacionamentos cooperativos e interdependentes entre diferentes organizações nos mais variados contextos. De acordo com Paulillo *et al.* (2016), o conceito de rede surgiu na gestão para atender os esforços das comunidades científica e empresarial em compreender e explicar as diferentes relações entre organizações (empresas, órgãos públicos e ONGs etc.) e instituições (regras, normas, rotinas etc.), frente ao crescente interesse sobre os papéis das organizações e as consequências das interações mais horizontais e cooperativas do sistema econômico.

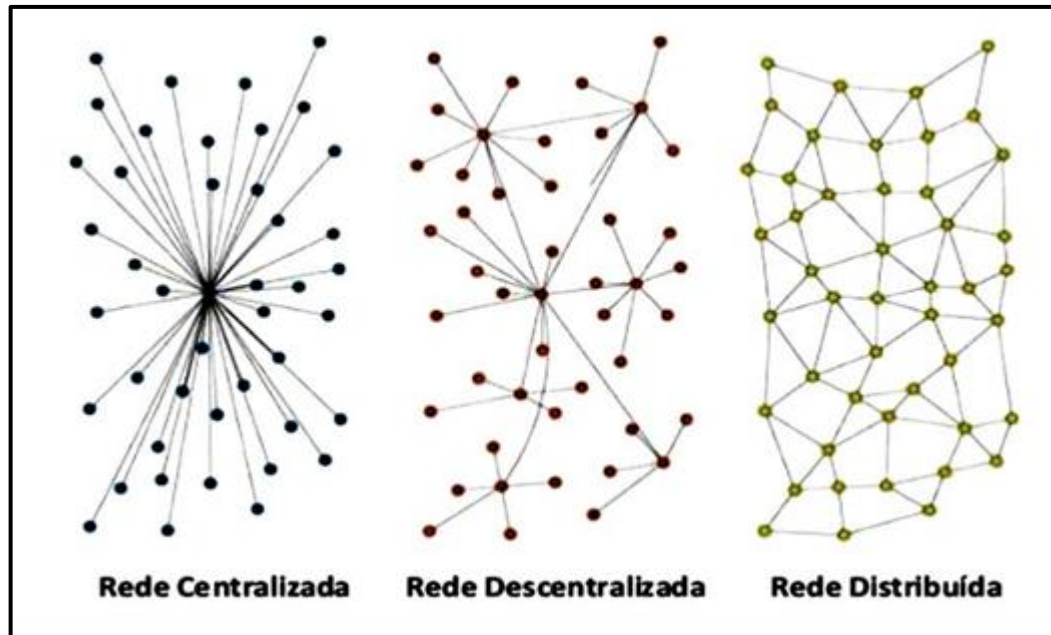
De acordo com os autores, a análise de redes tem seu alicerce na estrutura das relações sociais e rejeita a ideia de que as pessoas, organizações ou instituições sejam entidades estáticas, atomizadas e com limites claramente definidos. Essas estruturas definem as formas de interação entre os membros de um grupo e, portanto, compreender essa dinâmica e como ela afeta as redes e a governança é essencial na análise das organizações e da economia contemporânea. É interessante destacar que, no âmbito das redes, essas relações ocorrem sob fatores amplos, como reciprocidade, confiança, legitimidade, reputação, poder, dentre outros.

Como elemento de análise, a rede se apoia na estrutura das relações para compreender alguns aspectos. Paulillo *et al.* (2016) apresentam os quatro elementos morfológicos das redes:

- a) Nós: conjunto de agentes, objetos ou eventos presentes na rede;
- b) Posições: definem as locações das empresas ou atividades (nós) no interior da estrutura da rede. A posição está diretamente relacionada à divisão do trabalho entre os diferentes agentes;
- c) Ligações: também chamados de conexões, determinam o grau de difusão ou densidade dos atores na rede;
- d) Fluxos: eles ocorrem entre as ligações e podem ser tangíveis, quando se referem ao fluxo de bens, insumo e produtos, e intangíveis quando o fluxo é de informações.

A Figura 1 mostra exemplos de possíveis desenhos de redes a partir da configuração de alguns diferentes tipos de suas estruturas organizacionais.

Figura 1 – Diferentes estruturas organizacionais das redes



Fonte: Baran (1964 *apud* Paulillo *et al.*, 2016), (2020).

A Figura 1 mostra um ator centralizado ligado a diferentes atores, que não se conectam entre si. A segunda imagem, já mostra um número maior de atores que se ligam a outros atores, indicando uma maior descentralização das relações presentes na rede, mas ainda não estabelece uma conexão ampla entre todos eles. A estrutura distribuída é a estrutura mais completa e funcional da rede, quando há plena interação horizontal, não hierárquica, entre todos os nós que a compõem.

Além de analisar com maior consistência as relações horizontais entre as organizações e crescimento da cooperação, a rede é um padrão que oferece múltiplos caminhos que deixam a interação fluir. Para Paulillo *et al.* (2016), essa configuração implica em “abandonar o padrão piramidal de alcançar a excelência de reprodução das mesmas coisas (produtos, serviços etc.) baseando-se na escassez de caminhos e desenhos para ensinar o comando ou o controle” (PAULILLO *et al.*, 2016, p. 18). A partir disso, os autores analisam que, à medida em que as relações horizontais e não hierárquicas ganham mais importância na estrutura da organização, esta passa a ter uma estrutura mais distribuída e seus procedimentos vão ficando menos autocráticos, com alterações no padrão organizacional e compatível com a democratização de regulação entre seus integrantes.

É nesse âmbito que as Redes de Atenção à Saúde (RASs) são indicadas como adequadas para o sistema da saúde pública no Brasil, que, apesar da terminologia adotada, ainda se configura como piramidal, hierárquica e fragmentada, com espaço para interações

horizontais entre seus diferentes atores e componentes. Essa discussão será apresentada na subseção seguinte.

2.3.1 Redes de Atenção à Saúde (RASs)

Há um consenso crescente de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz à população, com chance para a construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde. Mendes (2011) expõe que, no Brasil, a organização do SUS, nos moldes da RAS, tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios – universalidade, integralidade e equidade.

Em outros países, a experiências da RAS tem mostrado resultados efetivos. Oliveira (2016) apresenta que, nos Estados Unidos, a discussão sobre esse formato de atendimento foi retomada ainda na década de 1990 para superar o problema da fragmentação da saúde. A proposta foi a oferta contínua de serviços focada na Atenção Primária à Saúde (APS), realizados de forma interdisciplinar e com a integração dos serviços de saúde e sistemas de informação. Experiências semelhantes foram registradas no Canadá, Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Inglaterra, Alemanha e Irlanda. De acordo com a autora, na América Latina, a implementação da RAS ainda é inicial e o Chile é o país com maior experiência na área. Mendes (2011) reforça que os sistemas organizados em Redes de Atenção à Saúde, com modelos estruturados em APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários, têm resultados melhores do que aqueles apresentados em modelos em que a APS é frágil, como no caso do Brasil, por exemplo.

O autor expõe que os sistemas de atenção à saúde movimentam-se numa relação dialética entre fatores contextuais – envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos – e fatores internos – como cultura organizacional, recursos, sistema de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e gestão. Na análise do autor, os fatores contextuais são externos ao sistema de saúde e têm um ritmo mais rápido que os fatores internos. Nessa condição, Mendes (2011) avalia que os sistemas de atenção à saúde não conseguem se adaptar, em tempo, às mudanças contextuais, principalmente epidemiológicas e demográficas. Para o autor, essa é a razão da crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma ideia de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. “Como consequência, temos uma situação de saúde do

século XXI que responde por um sistema de atenção à saúde do século XX, quando predominaram as condições agudas” (MENDES, 2011, p. 51).

Oliveira (2016) reforça que o problema é caracterizado pela predominância da fragmentação do sistema que resulta em duplicação de serviços, ineficiências de escala e escopo, baixa qualidade devido à atenção descontínua e custos de tratamento altos em virtude da má gestão das doenças crônicas. “As partes do sistema de saúde não funcionam como um todo. Há pouca articulação de recursos, equipes e tecnologia entre os prestadores” (OLIVEIRA, 2016, p. 19). Com isso, a autora considera que o sistema de saúde no Brasil não está preparado para lidar com os problemas complexos determinados pelas doenças crônicas que representam 2/3 da carga das doenças no país.

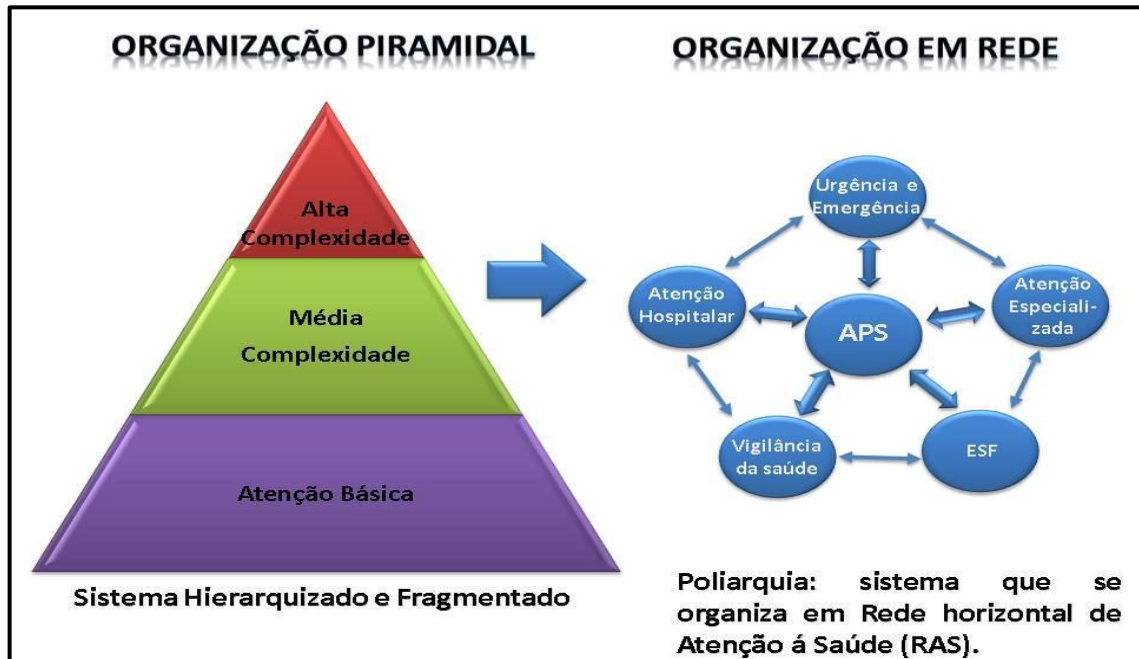
As RASs, de acordo com a autora, seriam organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, com objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, permitindo a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população. Esse funcionamento seria coordenado pela Atenção Primária à Saúde com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população.

No Brasil, a proposta da RAS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que apresenta seis características importantes à essa Rede:

- 1) Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção: os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde são ofertados serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção. Na RAS, um posto de saúde, um hospital e um centro de especialidades têm a mesma importância para garantir a atenção à saúde do usuário;
- 2) Atenção Básica (primária) como ordenadora de ações: a AB é a porta principal de entrada no usuário no sistema de saúde; é responsável por coordenar o percurso do usuário pelos outros pontos de atenção da rede, caso suas necessidades de saúde não possam ser atendidas somente na APS; deve manter o vínculo do usuários com a rede, dando continuidade a ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, mesmo que estejam sendo cuidados em outros pontos de atenção da rede. Além disso, a AB se constitui com um centro de comunicação dentro da RAS, mantendo o fluxo de informação e contato do usuário com o sistema. A Figura 2 mostra a APS como ordenadora do serviço, além de ilustrar a mudança do sistema piramidal para uma RAS. A Figura 2, inclusive, reforça o que está representado

na Figura 1, mostrando a opção pela rede distribuída e aproximando a ideia da RAS da teoria de rede;

Figura 2 – Mudanças de sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção à Saúde (poliárquico)



Fonte: Mendes (2011), (2020).

- 3) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica: as ações e serviços devem se basear nas necessidades da população *adscrita* (registrada nas unidades de determinado território) e nas evidências científicas devidamente verificadas;
- 4) Ofertar atuação contínua e integral: serviços e sistemas integrados que poderão ser capazes de oferecer atenção integral aos usuários, conseguindo solucionar cerca de 80% dos problemas demandados pela APS, sendo que os outros 20% dos casos sigam um fluxo que necessite de densidade tecnológica mais ampla dos níveis de atenção seguintes. Ao final desse cuidado, a continuidade da atenção deve ser mantida na AB;
- 5) Cuidado multiprofissional: necessidade de equipes multiprofissionais para atender os casos de saúde que, muitas vezes, são multicausais e complexos e precisam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Essa ação interdisciplinar garante o compartilhamento e corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe;

- 6) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos: a missão de uma equipe de saúde deve ter objetivos sanitários, como o aumento do aleitamento materno, maior e melhor atendimento à população, dentre outros, e objetivos econômicos, como melhor alocação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros.

Conforme Oliveira (2016), são três os elementos constitutivos de uma RAS. O primeiro é a população, que deve ser conhecida e registrada, segmentada e subdividida por fatores de risco em relação às condições de saúde. O segundo elemento é a estrutura operacional formada pelos pontos de atenção da rede e pelas ligações entre os diferentes serviços, tendo cinco componentes: centro de comunicação (AB que coordena o fluxo dos usuários na rede); pontos de atenção secundários e terciários (serviços especializados com diferentes aportes tecnológicos e dão apoio à Atenção Primária); sistemas de apoio (diagnósticos e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde); sistemas logísticos (soluções tecnológicas com base em tecnologias da informação); e sistema de governança (gestão de todos os componentes da rede). O terceiro elemento é o modelo de atenção à saúde, que se trata de um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando as necessidades da população à intervenção necessária.

De acordo com Mendes (2011) há um esforço, no Brasil, para implantar a RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde com resultados positivos na atenção à saúde do idoso, na saúde mental, no controle do diabetes e na utilização de serviços especializados. Por esse motivo, Oliveira (2016) aponta que a implantação da RAS no país tem seguido em forma de redes temáticas, priorizando linhas de cuidado para acolher e redefinir os novos modelos de atenção à saúde que estão surtindo efeitos positivos e eficientes no controle de algumas condições crônicas.

Mendes (2011) aponta que, a partir das várias experiências internacionais e também brasileiras, o principal problema do SUS reside na incoerência entre a condição de saúde brasileira, de tripla carga de doença descrita anteriormente, e o forte predomínio relativo das condições crônicas, além de um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para condições e eventos agudos. “Esse descompasso configura crise fundamental do sistema público de saúde no Brasil que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 58). De acordo com o autor, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o enfrentamento das condições crônicas exige uma mudança nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazos. Mendes (2011) aponta que o ponto principal de novos

desenhos para a atenção às condições crônicas é um sistema coordenado e contínuo, com base na cooperação entre gestores, prestadores e usuários.

Outra proposta defendida por Mendes (2011) é que para conseguir implementar a RAS de forma mais efetiva, o Brasil precisa substituir a concepção de hierarquia pela poliarquia e uma organização mais horizontal dos pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Para o autor, todos os pontos de atenção da rede são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RASs, e apenas se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Nesse panorama, Mendes (2011), Oliveira (2016) e Spedo *et al.* (2010) colocam que a atual divisão do SUS em níveis de complexidade passa a ideia de que a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde seja menos complexa que os cuidados secundários e terciários. Mas, os autores defendem que isso não é real e esse sentido precisa ser reforçado para que a RAS possa se constituir no Brasil. Mendes (2011) coloca que:

É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde, é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamento e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. (MENDES, 2011, p.83)

Diante disso, os autores reforçam a importância de consolidar e reforçar a APS, que dentro da RAS, é a ordenadora do serviço e centro de comunicação de toda a rede, coordenando o fluxo com referência e contra-referência de pacientes. Mendes (2011), inclusive, relata que a mudança dos sistemas fragmentados para as RASs só ocorrerá se for apoiada em uma APS robusta e de qualidade. Os autores destacam que a APS constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, aproximando os serviços de saúde aos lugares de vida e trabalho das pessoas, significando o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. A APS será o foco da próxima subseção.

2.3.2 Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB)

Numa ampla revisão bibliográfica realizada por Mendes (2011), o autor destaca que a atenção à saúde baseada na forte orientação para a APS tem resultados mais positivos se comparados com sistemas cuja Atenção Básica é mais fragilizada. Com a APS fortalecida, os sistemas de saúde mostram-se mais adequados porque se organizam a partir das necessidades

de saúde da população; são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas; impactam significativamente os níveis de saúde da população; são mais eficientes por terem menores custos; além de mais equitativos e de maior qualidade, por enfatizarem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, ofertando tecnologias mais seguras para os usuários e os profissionais de saúde.

Mendes (2011) defende que uma APS de qualidade tem sete atributos que devem ser seguidos em sua totalidade. São eles: 1) Primeiro contato implicando no acesso e uso do serviço sempre que necessário para a população; 2) Longitudinalidade, que significa o aporte contínuo e regular de cuidados aos usuários; 3) Integralidade, que se refere ao cuidado integral por equipe multiprofissional para atender todas as necessidades de cuidado das pessoas; 4) Coordenação, que se reflete na capacidade de garantir continuidade da atenção nos demais níveis da rede, reforçando seu papel de centro de comunicação da RAS; 5) Focalização da família, considerando toda a família como sujeito de atenção, o que exige integração entre os usuários e as equipes de saúde; 6) Orientação comunitária, que implica o reconhecimento das necessidades das famílias em função de seus contextos físico, econômico, social e cultural; e 7) Competência cultural, que exige uma relação horizontal entre as equipes e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências dos usuários e suas famílias. Além desses atributos, a APS tem como funções a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

Uma tentativa de fortalecer a Atenção Básica foi a institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1993, pelo Ministério da Saúde, que delimitou regiões dentro dos municípios para atuação de equipes multiprofissionais e vínculos mais estreitos entre estes e os usuários. As Unidades de Saúde da Família (USFs) ainda existem, mas são fragilizadas e insuficientes. Mendes (2011) reconhece que não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo todas as funções preconizadas com espaços físicos alugados, com serviços de baixa densidade tecnológica e uma carteira de medicamentos restrita, além da carência de equipes multiprofissionais e um modelo centrado no trabalho do médico.

Mendes (2011) e Spedo *et al.* (2010) enfatizam que há de instituir um novo ciclo da APS no Brasil que “implicará em assumi-la verdadeiramente, e não só discursivamente, como a estratégia de organização do SUS. [...] significará uma APS mais qualificada, adensada tecnologicamente, com mais recursos, com equipe multiprofissional e que deve ser tomada como prioridade pelos gestores do SUS” (MENDES, 2011, p. 99).

Oliveira (2016) acrescenta que a transformação no funcionamento dos serviços e nas práticas de saúde demanda maior e melhor capacidade de análise e intervenção, além de maior autonomia dos profissionais, gestores e dos usuários. Sob esse olhar, uma importante

ferramenta para reestruturar esse processo de trabalho é a educação permanente em saúde (EPS). Além disso, para enfrentar os desafios de rever os princípios do SUS, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – que preconiza o atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, profissionais e usuários. A proposta é que a PNH seja transversal e perpassa por todas as ações e instâncias do sistema de saúde. As diretrizes do HumanizaSUS estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Diretrizes do HumanizaSUS

Dispositivos	Conteúdo
Ambiência	Ambiente adequado à cultura local respeitando a privacidade e propiciando ambiente acolhedor e confortável
Acolhimento	Acolher com resolutividade e sem preconceitos
Clínica ampliada	Participação do usuário e seu coletivo do processo e produção da saúde, assim como da equipe multiprofissional
Direitos e deveres dos usuários	Declarados em Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde
Grupo de trabalho de humanização	Pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, o trabalho das equipes e as relações entre usuários e profissionais
Gestão e formação no processo de trabalho	Entender situações do cotidiano dos processos de trabalho para propor mudanças
Equipe de referência e apoio matricial	Usuários devem conhecer os profissionais que atuam no seu cuidado, com suporte de outras equipes, se necessário

Fonte: adaptado de Oliveira (2016), (2020).

É importante reforçar que o objeto de estudo desta pesquisa, a Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar, que será apresentada posteriormente, atua em consonância com a PNH, ofertando acolhimento e atenção integral a todos os usuários, respeitando as diretrizes preconizadas pelo HumanizaSUS descritas no quadro acima.

2.3.3 Uma breve análise da relação entre APS e a média complexidade

A USE-UFSCar é uma unidade de média complexidade que atua como prestadora de serviços à rede de atenção à saúde de São Carlos. Nesse contexto, entende-se a importância de uma breve análise sobre a relação entre a Atenção Básica, reconhecida como ordenadora do serviço na RAS, e o nível secundário, o que colabora para as análises seguintes dessa dissertação. A partir do exposto nas subseções anteriores, o trabalho integrado e coordenado entre os níveis de atenção é uma característica fundamental para o funcionamento efetivo da Rede de Atenção à Saúde.

Mendes (2011) relata que os pontos de atenção secundária (média complexidade) e, também da atenção terciária (alta complexidade), são nós das RASs em que se ofertam determinados serviços especializados. Eles se diferenciam pela densidade tecnológica, sendo que a terciária faz uso de tecnologias mais densas e, por isso, são mais concentradas espacialmente. É interessante retomar na atual configuração do SUS os três níveis de atenção têm uma estrutura de hierarquia e uma relação de subordinação, que trabalha em uma perspectiva de Poliarquia, mantendo uma relação horizontal e entendendo que os três níveis são importantes para se atingir o objetivo da RAS.

No que se refere à média complexidade, Spedo *et al.* (2010) apresentam que a dificuldade de acesso da população à média complexidade é um desafio para o SUS na garantia da integralidade do cuidado, e envolve questões complexas relacionadas à qualidade dos serviços, precarização de salários, desorganização do sistema, falta de integração e articulação com os demais níveis, e também ao subfinanciamento. Além disso, os autores consideram que a resolubilidade da AB depende, em grande medida, do acesso a exames e serviços especializados ofertados na média complexidade. Eles acrescentam que essa resolubilidade também está associada a outros fatores como estrutura física dos serviços, processo e gestão de trabalho e capacitação de profissionais que, por sua vez, repercutem na atenção especializada.

A maioria dos procedimentos classificados pelo Ministério da Saúde na média complexidade subsidia o esclarecimento do diagnóstico das doenças, o que justifica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolubilidade da AB quanto para viabilizar a universalidade e integralidade do SUS. (SPEDO *et al.*, 2010, p. 956)

Para Mendes (2011), a atual configuração mais fragmentada do sistema de saúde brasileiro faz com que os centros de especialidades médicas (média complexidade) não tenham uma comunicação fluida com os diferentes níveis de atenção. Para o autor, isso gera um retrabalho e redundância para resgatar a história clínica do paciente e no pedido de exames que já possam ter sido feitos pelo paciente. “Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da APS” (MENDES, 2011, p. 104).

Spedo *et al.* (2010) desenvolveram um estudo sobre a dificuldade do acesso aos serviços de média complexidade em um grande município brasileiro e apontaram que vários gestores levantaram questões que reforçam problemas na atenção secundária. Os autores relatam a baixa resolutividade dos casos considerando, de um lado, a necessidade de qualificar o atendimento da AB por meio da capacitação dos profissionais, principalmente dos médicos, e da elaboração e utilização de protocolos. Por outro lado, há também a baixa resolutividade

dos ambulatorios de especialidades associada à má qualidade do atendimento, à dificuldade em realizar exames necessários para o esclarecimento de diagnóstico e definição terapêutica. Outra questão apresentada no levantamento dos autores é o acesso de novos pacientes aos ambulatorios de especialidade, na medida em que aumenta o número de retornos até a resolução do caso. “E, para agravar ainda mais essa situação, muitas vezes, por interesse do serviço, do médico ou até do próprio paciente, esse [paciente] ‘congela no ambulatório’ e não volta para a UBS” (SPEDO *et al.*, 2010, p. 959)

O levantamento dos autores também revela que o valor da tabela SUS para os serviços especializados é baixo, tornando mais vantajoso para os prestadores privados a realização de serviços da alta complexidade. Por fim, o estudo dos autores mostra que a política também é uma questão que favorece o gargalo na média complexidade, termo usado pelos entrevistados do levantamento. “Você fica na dependência da política, dos humores da política. Onde pode, onde não pode[...] Melhoramos na integração com o Estado, mas será sempre um grande desafio, visto que apesar da gestão plena, a gente não faz gestão, de fato, do serviço” (SPEDO *et al.*, 2010, p. 960).

Para Mendes (2011), a proposta de melhoria para as condições expostas até aqui é atuar no modelo da RAS, que insere a média complexidade em um sistema integrado que conta com a ação de sistemas logísticos – cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, sistema de acesso à atenção e sistema de transporte em saúde – e garante integração e uma atenção à saúde efetiva, eficiente e de qualidade.

Cabe ressaltar a importância da atenção terciária, alta complexidade, dentro da RAS, que não foi analisada amplamente nesta subseção em virtude da natureza do objeto de estudo dessa pesquisa. No entanto, é importante destacar, segundo Mendes (2011), que os hospitais, no modelo de RAS, são parte integrante da rede, articulados com os outros pontos de atenção e com os sistemas de apoio. Eles devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas. Para isso, a alta complexidade em rede precisa de densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e operar em padrões ótimos de qualidade.

2.4 COMUNICAÇÃO

A palavra comunicação vem do latim “*communicatio*”, “*communis*” e se traduz em “tornar algo comum”. Para Alpuim (2015), a palavra “comum” mostra-se como palavra-chave para que se perceba o sentido da comunicação, uma vez que só existe comunicação quando o

que se transmite tem significado comum para o emissor da mensagem e para quem a recebe. No dicionário da Língua Portuguesa, comunicação significa a troca de informação entre indivíduos por meio da fala, da escrita, de um código comum até do próprio comportamento; e o que se comunica são mensagens, informações, avisos e anúncios. Para a autora, a comunicação é característica essencial do ser humano e é por meio dela que as relações acontecem. “A comunicação pode ser comparada à respiração, ainda que não se queira, não se pode parar de comunicar. A comunicação é, portanto, uma função vital do ser humano” (ALPUIM, 2015, p. 18).

A comunicação, assim como questões políticas, econômicas, sociais, dentre outras, está no bojo de constantes mudanças e adaptações em diversos aspectos da sociedade. Há muito tempo, a comunicação deixou de ser encarada apenas como uma troca de informação entre um emissor e um receptor. Como apontam Baccega *et al.* (2002), os estudos de comunicação deram um salto e passaram a se preocupar também com a inter-relação entre emissão e recepção, considerando todo o repertório de cada um desses polos (que podem ser indivíduos, grupos, organizações etc.), seus significados, seus discursos, seus símbolos, seus interesses, tecnologias e seus meios de difusão da informação.

De acordo com Baccega *et al.* (2002), o campo da comunicação constitui-se com base em uma multiplicidade de discursos que originam e configuram a singularidade do discurso da comunicação. Para os autores, o comunicador é o sujeito que assume esse discurso e, portanto, pode ser o enunciador (emissor) ou o enunciatário (receptor) de todos os discursos em constante embate na sociedade. “Ele [o comunicador] é o mediador da informação coletiva”, (BACCCEGA *et al.*, 2002, p. 21).

Essa compreensão dos autores expõe que tanto comunicadores quanto os sujeitos para os quais se destina o produto podem ser emissores e/ou receptores, já que ambos são influenciados por todos os discursos sociais que circulam em seus universos. O desafio da comunicação implica, portanto, em um esforço na produção de um processo de comunicação eficaz, considerando os diversos universos que integram os mais variados discursos de enunciadore/enunciatários.

E a complexidade não está presente somente nessa relação mais profunda entre emissão e recepção de informações. Ela se faz presente também na variedade de públicos e na multiplicidade de meios pelos quais a comunicação pode ser realizada. Além dos tradicionais meios impressos, televisivos, radiofônicos e verbais, atualmente, as redes sociais, aplicativos para troca de mensagens e tantos meios eletrônicos permitem interações ao vivo, mais participação dos receptores, mais espaço para contraposição de opiniões e compartilhamento

de informações em multiplataformas. Todas essas variáveis integram o esforço da comunicação em atender tantos interesses diferentes, por meio de canais diversificados, produtos variados e conteúdos mais segmentados. Nesse movimento de readaptação constante também está a comunicação organizacional, realizada pelas organizações para seus públicos interno e externo, que é o foco de interesse desse trabalho. A próxima subseção apresenta esse ramo da comunicação.

2.4.1 Comunicação organizacional

A Revolução Industrial é um marco de mudanças na história mundial, não só seus impactos na dinâmica produtiva e mercadológica das organizações e da sociedade como um todo, mas também nas novas configurações para área da comunicação, especialmente para a comunicação organizacional. Bueno (2009) mostra que a Comunicação Organizacional é um conjunto integrado de ações, estratégias, planos, políticas e produtos elaborados por uma organização para estabelecer relação com todos os seus públicos de interesse. Kunsch (1997a) aponta vários aspectos que alteraram a comunicação nas organizações. Dentre eles, estão as facilidades inerentes ao regime de produção em massa, que passaram a exigir das organizações, em um mercado competitivo, maiores esforços para torná-las conhecidas e promover seus produtos e serviços, iniciando todo um trabalho de comunicação mercadológica; e os processos de editoração e impressão que, à medida que se dava o crescimento tecnológico, foram tendo seus custos reduzidos, possibilitando um avanço gradual na produção de publicações. Hoje em dia, novas tecnologias e as redes sociais já mudaram esse cenário, abrindo espaço para ações que não passam por produtos físicos, permitindo o desenvolvimento da comunicação em ambientes virtuais para públicos cada vez mais diversos, exigentes e interativos.

Para Baccega *et al.* (2002), tanto a imprensa escrita como qualquer outro produto veiculado pelas grandes mídias (e, também, pelas redes sociais) jamais terão um público homogêneo do ponto de vista socioeconômico, cultural e ideológico, mesmo que existam predominâncias. Essa diversidade do público gera, portanto, uma ampla variedade na recepção das informações, exigindo dos profissionais da comunicação conhecimento sobre diferentes tendências, preferências, linguagens, plataformas de divulgação e conteúdo de interesse dos públicos.

No Brasil, a comunicação organizacional passou por várias eras, como apresenta Kunsch (1997a): do produto (1950), da imagem (1960), da estratégia (1970 e 1980) e da globalização (1990). Na era atual, a comunicação vem tentando ser integrada e realmente

estratégica nos diferentes tipos de organizações. De acordo com Kunsch (2016), essa visão integrada é fundamental atualmente, visto que ações isoladas de comunicação, marketing e relações públicas são insuficientes frente aos novos mercados competitivos e para os relacionamentos com os públicos e interlocutores dos mais diversos segmentos. Para a autora, “a comunicação passa a ser estratégica e sua gestão tem de ser vista sob uma nova visão de mundo e numa perspectiva interdisciplinar” (KUNSCH, 2016, p.38). Para ela, é importante

situar as organizações no contexto mais amplo da sociedade, chamando atenção à sua importância como integrantes do sistema global e de microssociedades que exercem grande influência no desenvolvimento econômico e social e nas transformações pelas quais passa o mundo contemporâneo[...] necessidade de pensar a comunicação nas organizações em um contexto socioeconômico mais amplo, para chegarmos a uma reflexão mais profunda, mais abrangente do que aquela visão de globalização meramente econômica. (KUNSCH, 2016, p. 38-39)

Nesse âmbito corporativo, Bueno (2009) defende que a comunicação não deve ser pensada para as organizações apenas como management, e incorpora também o relacionamento com a comunidade, a contribuição para a qualidade de vida no trabalho, a realização pessoal e profissional. Bueno (2009) também aponta que a comunicação está ligada intrinsecamente ao processo de gestão das organizações e, portanto, à cultura organizacional, vínculos esses que se não existirem não propiciam uma comunicação efetivamente estratégica e integrada. No que se refere à relação entre comunicação e cultura organizacional, Kunsch (1997b) considera também que o conhecimento da organização se dá via comunicação. “O fato é que o papel da comunicação e a obtenção de resultados eficazes perante a organização que investe crescerá mormente no que tange à qualidade do serviço prestado” (KUNSCH, 1997b, p. 43).

Para Bueno (2003), a comunicação integrada nas organizações precisa ser definida a partir de uma política comum, com valores, princípios e diretrizes que permaneçam íntegros e consensuais nas diversas formas de relacionamento com seus públicos de interesse. A partir de um planejamento centralizado, Bueno (2009) defende que a comunicação organizacional é capaz de aumentar a vantagem competitiva da empresa ou entidade frente a seus concorrentes e consolidar sua imagem diante da opinião pública, independentemente de sua área de atuação. Kunsch (1997b) também aponta que a amplitude e a abrangência da comunicação permitem que ela estabeleça o diálogo entre a organização em seu âmbito interno e externo.

No que se refere à comunicação integrada, Neves (2000) explora a sua importância e destaca várias áreas de uma organização que devem ser consideradas dentro dessa lógica, por desenvolverem funções de relacionamento com o público e executarem algum processo de comunicação. O autor enumera áreas como as de marketing, vendas, gestão de pessoas, relações públicas, advogados, ombudsman, serviços de atendimento ao cliente, telemarketing,

publicidade, assessoria de imprensa e os setores que estabelecem relações com a comunidade alvo da organização. Para o autor, a comunicação integrada é um conceito moderno de administração da imagem empresarial. “Todas as grandes organizações passaram por crises e sobreviveram. [...] E o que as manteve vivas não foi apenas o trabalho dos advogados nos tribunais. Foi precisamente a força de sua imagem e o trabalho consistente feito junto a inúmeros públicos” (NEVES, 2000, p. 37).

De acordo com Barroso (2013), a comunicação com o público externo é a parte mais visível da comunicação organizacional e, conseqüentemente, recebe maior atenção dos dirigentes. Ela expressa a relação da instituição com o seu entorno e tem por objetivo inicial emitir as mensagens para diferentes públicos externos, na tentativa de manter ou melhorar a imagem favorável ou promover seus serviços e produtos. No que se refere, especificamente, a organizações públicas, Costa (2015) acredita também que, além de atender a demanda do público por informação, o trabalho da comunicação integrada nesse tipo de instituição também influencia a relação com a comunidade, uma vez que o público tem se tornado cada vez mais exigente, envolvido, reivindicando mais respostas aos seus questionamentos. Diante disso, o autor aponta que a comunicação do governo deve estar no início do debate sobre as suas ações. “A comunicação não pode estar na porta de saída da instituição” (COSTA, 2015, p. 49).

Um dos processos que se perfazem dentro da comunicação é a elaboração do plano de comunicação, que será apresentado na subseção seguinte.

2.4.2 Plano de Comunicação

Para elaborar uma comunicação integrada e eficiente, as assessorias de comunicação dispõem do plano de comunicação, cujo planejamento envolve a análise da realidade da organização e a programação de suas ações. De acordo com Barroso (2013), o plano de comunicação é um documento para determinado período de tempo que define estratégias e ações específicas. Para Costa (2015), o plano de comunicação é essencial para estabelecer ações eficazes que reforcem a imagem da organização, atendendo as necessidades e interesses de seus públicos. O autor salienta que o plano de comunicação deve ser elaborado com valores da proposta, objetivos, estratégias de ação, adequação entre mensagem e público-alvo, dentre outras alternativas que possam ampliar o efeito da comunicação pública realizada.

Sendo assim, Costa (2015) expõe que o plano de comunicação deve ter ações que alcancem todos os públicos da instituição. No âmbito interno, o plano deve chegar aos funcionários, apresentando metas e formas de participação, estabelecendo canais de diálogo

com eles. Em relação ao público externo, a comunicação precisa divulgar a organização, com a finalidade de conferir o respeito e o reconhecimento por parte da comunidade.

Costa (2015) aponta que o plano de comunicação deve levantar os objetivos, as diretrizes e as estratégias que serão diferenciais para a gestão da unidade pública.

Essa construção [do plano de comunicação] é um grande desafio para os profissionais de comunicação que, aliados aos gestores, devem buscar formatos de planos de comunicação que ampliem a participação da comunidade, despertem novos públicos, envolvam setores excluídos e garantam mais cidadania[...]Cabe ao gestor ter a percepção de que é necessário estabelecer um plano de comunicação direto com a sociedade civil, em todos os níveis e representações, para que sejam construídas novas posturas frente à cidade e à responsabilidade com o coletivo. [...]será com políticas públicas de comunicação e elaboração de planos de comunicação que as instituições vão recompor e recuperar sua imagem positiva. (COSTA, 2015, p. 61)

Baccega *et al.* (2002) enumeram uma relação de vários princípios que devem reger a elaboração de um plano de comunicação, dos quais destaca-se:

- a) o plano deve ser levado a sério em todas os círculos onde será implementado;
- b) há tempo e lugar adequados para cada projeto de comunicação;
- c) o plano de comunicação não pode ser rígido, dogmático e teórico, mas, sim, reconhecer as possíveis contribuições de diferentes sistemas e visões;
- d) todos os organismos interessados no plano, ou aqueles que se relacionam com ele, devem participar da sua formulação;
- e) considerando o plano de comunicação na esfera do desenvolvimento, as pessoas são mais importantes do que métodos ou técnicas;
- f) é preciso dedicar tempo adequado às decisões, planejamentos e execução de projetos para que as propostas do plano consigam tempo e espaço para se concretizarem;
- g) o planejamento da avaliação é essencial no processo de construção do plano de comunicação.

Os autores ainda destacam que diferentes espaços e recursos demandam planos distintos. Um dos exemplos dos autores expõem, inclusive, é que “há diferença substancial entre planejar ações comunicativas para o âmbito público e para o privado, assim como entre planejar para os espaços culturais, empresariais e educacionais” (BACCEGA *et al.*, 2002, p. 168). Com isso, os autores alertam para a necessidade de um exame permanente dos procedimentos utilizados para elaborar o plano de comunicação, levando em conta a adequação das atitudes e dos princípios metodológicos às exigências éticas e às necessidades específicas dos gestores ou usuários do plano que está sendo elaborado.

2.4.3 Comunicação em Saúde

Para Emerich *et al.* (2016), a comunicação sobre saúde é onipresente. Jornais, revistas, televisão, rádios e internet abordam diariamente temas relacionados a ela ou à sua falta. Por isso, a relação entre comunicação e saúde tem sido estudada e discutida por muitos autores. No Brasil, a origem formal da comunicação em saúde, de acordo com Silva e Rocha (2013), é do ano de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que utilizava a propaganda e a educação sanitária como estratégias para a adoção de medidas higiênicas frente às epidemias. Nos anos 1940, Getúlio Vargas criou o Serviço Nacional de Educação Sanitária que ficou responsável por divulgar informações sobre saúde e modos de prevenção. A Fundação Nacional de Saúde também produziu, a partir de 1991, diversos materiais de informação e educação em saúde que prescreviam costumes e práticas na área.

Além disso, a Lei 8.080, de 1990, que implantou o SUS, expõe a importância da comunicação no âmbito da saúde. Em seu artigo 7, a Lei prevê “V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização” (BRASIL, 1990). Em 1947, Sanches (2003, *apud* BARROSO, 2013) relata a comunicação em saúde citada pelo governo do Canadá, “como caminho estratégico que privilegia a orientação e a informação da população sobre a adoção de hábitos saudáveis como necessidade imperiosa para a viabilização e gerência da saúde pública” (SANCHES, 2003 *apud* BARROSO, 2013, p. 42). A autora ainda acrescenta que a comunicação é uma ferramenta estratégica para o sucesso das políticas de saúde pública.

Araújo *et al.* (2009) apontam para dois cenários na área da comunicação em saúde, tendo como base, principalmente, o SUS no Brasil. O primeiro é marcado pelas práticas tradicionais do jornalismo e a comunicação atua como um balcão de atendimento às demandas de gestores e equipes técnicas, sem espaço para análise de estratégias e autonomia frente às determinações político-administrativas. É um cenário com forte presença das assessorias de comunicação, com ampla influência do governo federal ou das secretarias de saúde (estados e municípios). Nesse contexto, a comunicação com a mídia tem foco na visibilidade da gestão, e nas ações dirigidas à população há predomínio de práticas para disseminar informações sobre procedimentos adotados e na produção de campanhas sazonais com material mais “educativo”, como, por exemplo, a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis na época do Carnaval.

O segundo cenário já mostra uma diversidade de perfis dentro das equipes de comunicação que atuam de maneira multiprofissional, oriundos de áreas de como *Webdesign*,

Publicidade, Jornalismo, Relações Públicas, Tecnologia da Informação, dentre outras. Na avaliação dos autores, esses profissionais chegam mais preparados à área da saúde, com estudos pós-graduados e com noções e valores de mercado, dos quais fazem uso desde a seleção de novos integrantes para a equipe até o planejamento e definição de objetivos. Nesse cenário, há uma relação mais intensa entre organizações de saúde e a mídia, sendo esta última como principal estratégia de comunicação para aumentar a visibilidade e melhorar as condições de concorrência discursiva no mercado. Por fim, este cenário tem usado mais tecnologias da informação, como internet e rádio.

Para Senhoras (2007), a atuação da comunicação em um ambiente hospitalar propicia mais aprendizagem e facilita a coordenação da instituição, apontando que quanto mais eficientes forem os canais de comunicação de um hospital, por exemplo, mais ampla será a capacidade de aprendizagem das culturas internas, elevando também o potencial de amplitude de controle e coordenação sobre a organização e diminuindo os níveis hierárquicos. Nassar (2006) considera que comunicação na área de saúde não envolve apenas a produção de peças jornalísticas, mas engloba principalmente a recepção adequada das informações pelos distintos públicos. O autor defende que a comunicação precisa ser considerada como um processo para evitar insucessos e a ineficiência nos relacionamentos internos e externos.

De acordo com Alpuim (2015), a área da comunicação em saúde tem passado por transformações constantes. Muitas definições podem ser relacionadas ao temas, e Teixeira (2004) aponta os vários contextos que esse campo pode focar, tais como: a relação entre profissionais da saúde e pacientes; disponibilização e uso da informação; construção de mensagens no âmbito das atividades de educação para a saúde e ações de promoção e prevenção da saúde; abordagem de temas de saúde nos meios de comunicação em diferentes suportes; na educação dos pacientes para melhorar o acesso aos serviços de saúde; formação dos profissionais da área; relações interprofissionais; em intervenções públicas com os profissionais de saúde; comunicação interna das organizações; e na qualidade de atendimento aos pacientes. Portanto, a comunicação em saúde é uma área ampla que examina diferentes níveis e canais de comunicação em grande variedade de contextos sociais. Para Teixeira (2004), “a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (TEIXEIRA, 2004, p. 615).

Diante dessa diversidade de atuação da comunicação em saúde exposta por Teixeira (2004), Alpuim (2015) destaca a importância de garantir a qualidade da informação sobre a saúde, principalmente, no contexto atual em que a temática pode ser difundida por qualquer

pessoa em diversos meios, como redes sociais, blogs, sites, dentre outros, que encontraram mais facilidade de disseminação a partir da internet. Para a autora, o aumento da utilização da internet como fonte de informação em saúde demanda maior consciência sobre a importância da qualidade da informação. Ela aponta que os avanços dos meios de comunicação trouxeram benefícios como melhor acesso à informação em saúde e o aumento do interesse por esse tema, mas ressalta que também dificulta a seleção da informação e da escolha de fontes fidedignas por parte dos usuários e interessados no assunto.

Essa busca constante do público por informações em saúde exige dos profissionais da comunicação uma especialização na área da saúde para compreender a linguagem técnica, as fontes, temas que podem se tornar notícias, formas de abordar os assuntos sem causar alardes desnecessários e as demandas reais de saúde da população. Nesse contexto, Alpuim (2015) considera a importante atuação das assessorias de imprensa que devem assumir um papel de decodificadoras da linguagem científica/técnica para que os jornalistas dos diversos meios de comunicação possam compreender os temas e divulgá-los adequadamente.

Não só especificamente para a área da saúde, mas também em organizações de diferentes ramos, a assessoria de imprensa tem o objetivo principal de conseguir que os meios de comunicação publiquem notícias acerca de sua organização (ALPUIM, 2015, p. 29). É por meio da assessoria de imprensa que as relações com os veículos de comunicação são estabelecidas, para promover a divulgação de assuntos estratégicos para as organizações, seja por meio de contatos frequentes, seja pelo envio de comunicados e sugestões de temas que podem ser “notícia” para o público. Os recursos utilizados pelas assessorias dentro da comunicação organizacional são *press releases*, eventos para a imprensa, entrevistas, contato formais ou informais, sugestão de fontes e temas, gestão de crises, clipping e outras técnicas que podem ser promovidas por profissionais da área. Alpuim (2015) cita que os assessores de imprensa têm um papel central no processo de produção de notícias por darem sentido e qualidade aos textos jornalísticos, ao mesmo tempo que dão espaço para que as organizações que representam ajam na esfera pública.

A autora aponta que o uso da comunicação estratégica tem sido uma tendência detectada nas instituições de saúde para promoverem suas atividades e ações. “Comunicar já não é mais apenas uma característica das empresas. Na sociedade da informação impera que a comunicação das organizações seja cada vez mais estratégica, sem exceção para organizações de saúde” (ALPUIM, 2015, p. 31). A comunicação estratégica é voltada à forma como a comunicação pode contribuir para que os objetivos organizacionais sejam alcançados, e para Kunsch (2006), ela deve agregar valor aos negócios, apoiando as organizações a cumprirem

suas missões, alcançar seus objetivos e se posicionarem perante à sociedade e aos públicos com os quais se relacionam. Para Kunsch (2006), exercer a função estratégica significa

ajudar as organizações a se posicionarem perante a sociedade, demonstrando qual é a razão de ser do seu empreendimento, isto é, sua missão, quais são os seus valores, no que acreditam e o que cultivam, bem como a definirem uma identidade própria e como querem ser vistas no futuro. Mediante sua função estratégica, elas abrem canais de comunicação entre a organização e públicos, em busca de confiança mútua, construindo a credibilidade e valorizando a dimensão social da organização, enfatizando sua missão e seus propósitos e princípios, ou seja, fortalecendo sua dimensão institucional. (KUNSCH, 2006, p. 130)

Para Barroso (2013), a comunicação e sua gestão estratégica são importantes para preservar e realçar a imagem institucional das organizações, o que é imprescindível para agregar valor a ela mesma. Ainda nesse contexto estratégico da comunicação, Alpuim (2015) considera a assessoria de imprensa como instrumento fundamental para a comunicação estratégica, Kunsch (2006) também coloca o papel das relações públicas como parte integrante desse campo e expõe que “deverão auxiliar a alta direção a fazer a leitura de cenários e das ameaças e das oportunidades presentes na dinâmica do ambiente global, avaliando a cultura organizacional, e pensar estrategicamente as ações comunicativas”, (KUNSCH, 2006, p. 133). Além disso, a autora também cita outras áreas como a organização de eventos, gestão de crises, responsabilidade social, comunicação interna e externa, como citado na subseção anterior.

Enquanto a comunicação interna dissemina a cultura organizacional, sociabiliza seus membros, promove o pertencimento entre a equipe, ela também é um espelho que reflete para o exterior as práticas clínicas e demais eventos da organização de saúde (ALPUIM, 2015). Já a comunicação externa, que é o foco principal desta pesquisa, mostra que a organização nunca está isolada, que funciona em um campo interorganizacional e deve compartilhar suas atividades com outras instituições e públicos de interesse. Para a autora, a comunicação também é “uma ferramenta para melhorar e promover a transparência da instituição de saúde” (ALPUIM, 2015, p. 86).

Emerich *et al.* (2016) citam que a conexão entre as áreas de comunicação e saúde aponta para a formação de um campo multidimensional marcado por relações de cooperação entre as distintas áreas e de supremacia dos interesses de um domínio de conhecimento em detrimento do outro. Esse novo campo, de acordo com os autores, se contrapõe à ideia reducionista da comunicação com um conjunto de técnicas de transmissão de informação a serviço da saúde. Nesse contexto, Montoro (2008) reforça que, desde o planejamento, as ações de saúde podem e devem ser pensadas como ações de comunicação e vice-versa. “Percebe-se que as ações de comunicação e as ações de saúde se entrelaçam e se fundem de modo indistinto, como se fossem a mesma face da mesma moeda” (MONTORO, 2008, p. 448).

Montoro (2008) enumera alguns problemas que esse planejamento da comunicação em saúde enfrenta:

- a) Logística das ações de comunicação: atrasos na distribuição de material de campanha e impressos produzidos pelo governo federal. Isso gera o desperdício do material e o custo dobrado, já que estados e municípios acabam gastando para elaborar os mesmos materiais a tempo de distribuir à população de seus territórios;
- b) Capacidade dos quadros: principalmente em estados e municípios, faltam equipes qualificadas e especializadas em saúde para o planejamento da comunicação nessa área específica;
- c) Descontinuidade de ações: faltam políticas públicas permanentes que assegurem a continuidade das ações de comunicação independentemente das questões conjunturais e políticas;
- d) O papel da comunicação: essa área não deve ser vista como acessória às ações de saúde, principalmente em situações de crise, em que a comunicação pode solucionar problemas estruturais;
- e) Incapacidade de atender à demanda cotidiana: o trabalho da comunicação é demandado, a todo o tempo, para atender demandas urgentes da mídia, o que ocupa muito o tempo de gestores de saúde e da comunicação, inviabilizando o planejamento mais adequado nesse campo;
- f) Falta de representatividade das instâncias: as instâncias participativas têm pouca representatividade;
- g) Ausência de dados: o planejamento das ações de comunicação carece de dados e da memória institucional para monitoramento e avaliação quanto à eficácia e resultados de ações implementadas. Não há parâmetros que apontem a linguagem, o conteúdo e formas que tiveram resultados mais positivos em ações anteriores.

Na visão de Montoro (2008), é preciso que haja uma rede que permita a interação entre os gestores de comunicação e saúde, sendo essa uma condição necessária ao planejamento integrado de ações nacionais e regionais descentralizadas de comunicação em saúde.

2.4.4 Como a saúde vira notícia?

Epstein (2008) coloca a comunicação da saúde como um produto híbrido dos discursos científico e jornalístico, com características de ambos. O autor reflete sobre “como determinar e divulgar informações úteis em saúde para a população? e “como convencer a editoria dos diários mais importantes a reservar espaços para uma agenda direcionada a temas úteis para a saúde da população e que não estejam na agenda tradicional jornalística?”.

No jornalismo, os critérios de noticiabilidade ou os valores notícia são definidos por Epstein (2008) como o conjunto de elementos, princípios e valores pelos quais o sistema informativo controla e gerencia o fluxo de informações sobre os eventos e procede a seleção das notícias. Para ser uma possível notícia, os veículos avaliam o significado do evento ou fato e, também checam a frequência com que eles acontecem, ou as pessoas/personalidades a eles associadas, proximidade geográfica, amplitude, impacto, ineditismo, dramaticidade. O novo, ou seja, a raridade de um fato ou evento é, para a mídia, um dos atributos mais desejados para a noticiabilidade, segundo Epstein (2008).

Na saúde, e na ciência como um todo, esses atributos são diferentes. O autor aponta que a informação válida para os cientistas, por exemplo, refere-se à confirmação ou verificação de fatos e teorias já estabelecidos e consagrados (não são novidade) como a refutação ou falsificação. Nesse ponto, os critérios de jornalistas e cientistas podem entrar em conflito. Diante disso, Epstein (2008), Emerich *et al.* (2016) e Pitta e Rivera (2006) apontam para a necessidade de considerar a relevância dos temas conforme a necessidade de informação em saúde da população. “A ideia é incluir a informação sobre saúde como um bem com seu respectivo preço e relação custo-benefício. Quais são as doenças que podem, ao menos parcialmente, serem prevenidas por informação adequada veiculada por jornais, rádio e TV?” (EPSTEIN, 2008, p. 140). Emerich *et al.* (2016) reforçam a importância da mídia na visibilidade (e invisibilidade) de assuntos e temas que são importantes para trabalhadores de saúde, gestores, população e, também para a construção de políticas públicas. “A visibilidade midiática pode contribuir para o reconhecimento das necessidades de saúde e a invisibilidade podem levar à negligência” (EMERICH *et al.*, 2016, p. 6).

Na visão dos autores, a inclusão de determinados assuntos de saúde na mídia pode aumentar a probabilidade de que sejam incluídos em agendas de pesquisa e em estatísticas, contribuindo para a construção de políticas públicas sobre suas questões. Emerich *et al.* (2016) concluem que

a inclusão de algumas necessidades de saúde esquecidas ou desprezadas tende a ser um importante instrumento para o debate dessas necessidades nas esferas políticas, sociais e econômicas, pois resulta no alcance das informações de saúde pela população e, dessa forma, pode contribuir para a garantia do direito à comunicação e, conseqüentemente, para a garantia do direito à saúde. (EMERICH *et al.*, 2016, p. 8)

No âmbito do direito à saúde, Emerich *et al.* (2016) expõem que o acesso à informação em saúde de qualidade atua em prol da coletividade e reforçam que a comunicação em saúde envolve também a garantia de que sejam disseminados conteúdos de qualidade, coerentes com as necessidades e demandas de saúde, promovendo uma mobilização em defesa do SUS. Outra atribuição que os autores associam à temática é o que o direito à saúde confere um valor de cidadania à informação jornalística sobre saúde, ultrapassando os clássicos valores pedagógicos tradicionais de campanhas sanitaristas e de prevenção.

Dessa forma, os autores concluem que sem as informações em saúde, os usuários perdem a capacidade de lutar por seus direitos, dificultando o exercício da cidadania, uma vez que a comunicação possibilita autonomia dos cidadãos e os insere como atores ativos que reivindicam politicamente suas necessidades de saúde, e do seu coletivo, contribuindo para a garantia do direito em saúde.

Sendo assim, é importante que a temática de saúde seja abordada pela mídia com base nas reais carências de saúde da sociedade, para garantir que os seus plenos direitos sejam exercidos. “Enquanto a saúde for tratada pela mídia como um mercado de produtos e serviços à disposição de uma sociedade consumista, a comunicação da saúde estará condicionada em evidenciar o fracasso do SUS em prol do mercado privado de saúde no qual as mazelas das classes minoritárias são desprezadas” (EMERICH *et al.*, 2016, p.9).

3 CONHECENDO O CAMPO DA USE-UFSCar

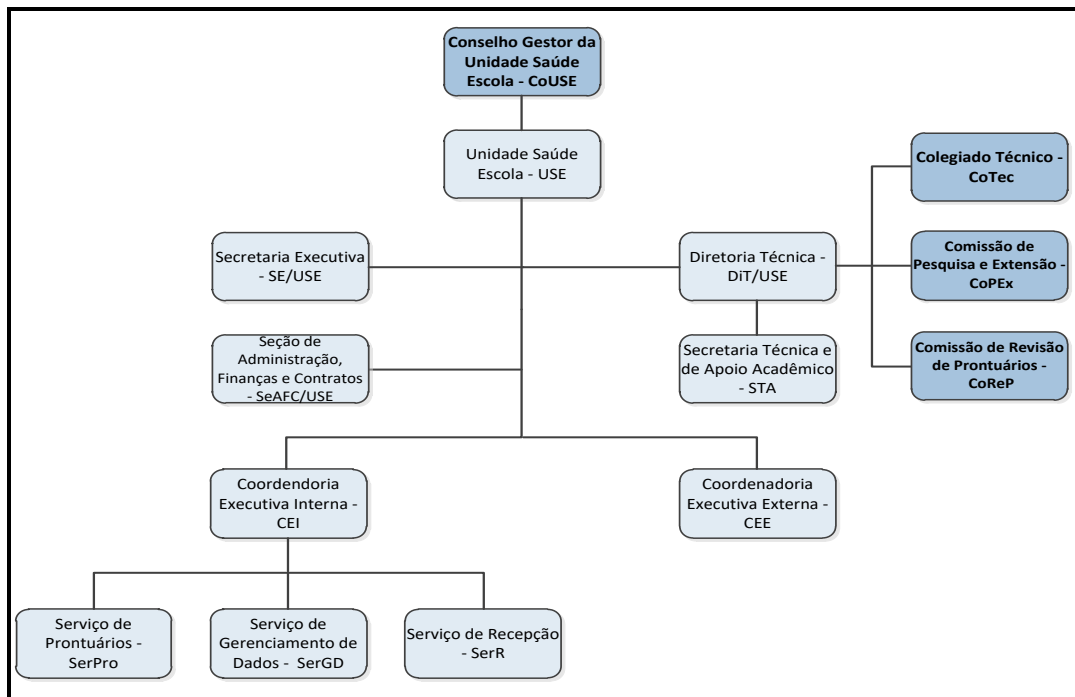
Esta sessão aborda etapa importante para compreensão do principal objeto de estudo (USE-UFSCar) e do campo organizacional em que está inserido (rede pública de saúde de São Carlos). O objetivo foi levantar informações sobre todos os atores que atuam neste campo para, posteriormente, junto à bibliografia levantada, elaborar o plano de comunicação que reflita a realidade da USE e seu campo, com ações que possam ser estratégicas para a gestão da Unidade.

3.1 USE-UFSCAR

A Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar foi inaugurada em 2004 – e passou por ampliação em 2008 – e configura-se como uma unidade acadêmica e multidisciplinar da Universidade e tem como missão oferecer um cenário de prática que fomente ações de ensino, pesquisa e extensão e, assim, prestar assistência integral, qualificada, humanizada e gratuita à população de São Carlos e microrregião (municípios de Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito). Nesse contexto, o ensino e a pesquisa acontecem de forma integrada com a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No sistema público de saúde, a USE-UFSCar é considerada um ambulatório de média complexidade conveniada à Prefeitura Municipal de São Carlos (PMSC) por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – desde 2013.

A USE integra o organograma institucional da Universidade. Com uma estrutura de 4.823 m², 8 blocos, 9 ambulatórios de diferentes especialidades, seis linhas de cuidado, 74 salas de atendimento, duas piscinas terapêuticas e um auditório, a Unidade já realizou cerca de 260 mil atendimentos desde sua existência, em uma média anual de 21 mil atendimentos.

Figura 3 – Organograma USE-UFSCar

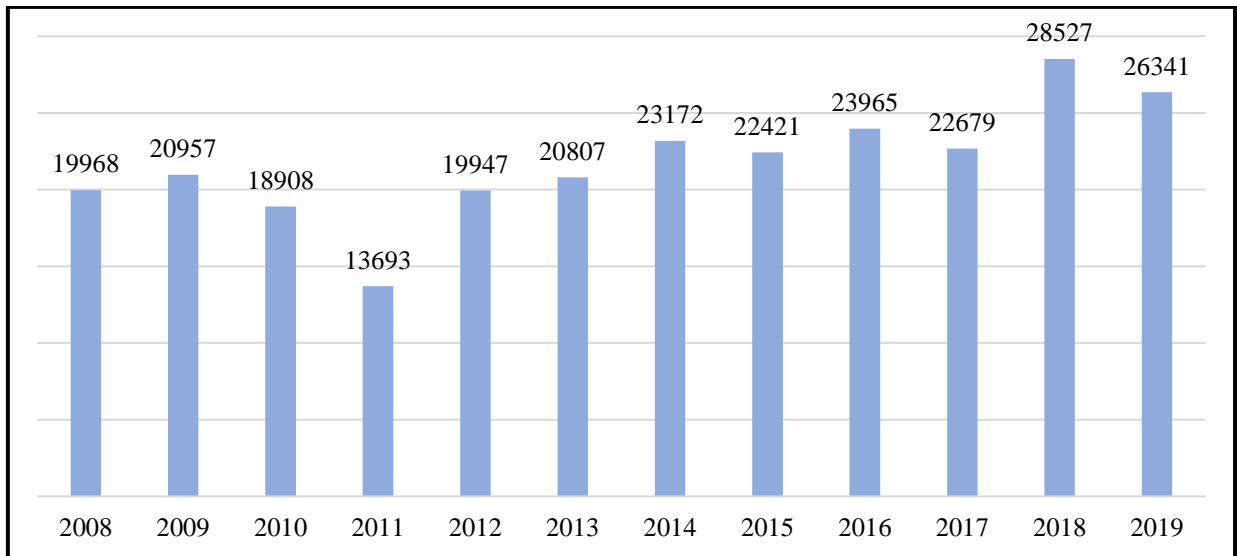


Fonte: Planejamento Estratégico USE-UFSCar, realizado entre outubro e dezembro de 2018 (2019).

Em relação ao organograma representado na Figura 3, é importante citar que o Conselho Gestor da USE (CoUSE) é composto por usuários atendidos na USE, alunos, servidores docentes e técnico-administrativos da Unidade, numa lógica de gestão participativa que abre espaço para as contribuições dos diferentes atores internos da USE. Nota-se também que a Unidade não possui um setor de comunicação social. Essa questão será abordada em subseção posterior.

O atendimento na USE-UFSCar é organizado em seis linhas de cuidado – Cardiorrespiratória e Doenças Metabólicas; Musculoesquelética; Infância e Adolescência; Neurologia; Medicina Integrativa e Práticas Complementares; e Saúde Mental – e são feitos por profissionais de saúde, docentes e, principalmente, por estagiários dos cursos da área da saúde da UFSCar sob orientação dos professores.

Todos os usuários atendidos na Unidade são referenciados a partir dos diferentes pontos de atenção da rede pública ligados à Secretarias de Saúde e Educação, sendo exclusivo o atendimento para pacientes do SUS. Desde sua inauguração, a USE vem mostrando um crescimento no número de atendimentos prestados à população, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Série Histórica de Atendimentos da USE

Fonte: Relatório de Atividades da USE 2019 (2020).

O encaminhamento dos pontos de atenção da rede pública para a USE é feito a partir da análise dos diferentes profissionais que atuam nesses locais, não seguindo uma lógica médico-centrada. Ou seja, outros profissionais, além do médico, podem encaminhar pacientes para a Unidade, de acordo com o diagnóstico das necessidades dos mesmos e da relação de serviços/especialidades ofertados na USE. Esses encaminhamentos não necessitam de autorização prévia da SMS, sendo feitos diretamente à Unidade. É importante reforçar que o convênio entre USE e SMS prevê atuação do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação, da SMS, que fica responsável por informar todos os demais equipamentos de saúde do município sobre a disponibilidade dos serviços oferecidos pela USE, e na rede como um todo.

Ao chegar à Unidade, os usuários são atendidos na recepção e encaminhados para o Acolhimento. Nesse espaço, o atendimento é feito por uma equipe composta por oito profissionais (assistentes sociais, psicólogas e enfermeiras) que, por meio de uma escuta qualificada, compreendem as demandas do encaminhamento do usuário e ampliam essa análise para uma avaliação mais integrada e humanizada, observando outros possíveis problemas associados que o paciente possa apresentar. Após essa abordagem no Acolhimento, o caso é encaminhado para uma ou mais ações que compõem as linhas de cuidado. Há listas de espera em determinadas áreas de atendimento na USE, como a Fisioterapia, por exemplo, e há também casos em que os pacientes são contra-referenciados para a rede pública de saúde, quando a USE não tem a área determinada para atender a necessidade de tratamento do usuário.

A partir de informações fornecidas pelo Serviço de Gerenciamento de Dados (SerGD) da USE, os encaminhamentos feitos para a Unidade vêm de diferentes unidades da rede pública, principalmente da área da Saúde, conforme consta na Tabela 1. Os dados foram registrados entre fevereiro e agosto de 2019, período que foi determinado para o efeito desta pesquisa.

Tabela 1 – Quantidade de encaminhamentos das unidades para a USE

Unidade Encaminhadora	Qtde.
Santa Casa de São Carlos	104
Não listado ¹	103
Centro Municipal de Especialidades – CEME	69
UBS São José	68
Departamento de Atenção à Saúde - DeAS (UFSCar)	49
Hospital Universitário	48
UBS Botafogo	47
UBS Santa Felícia	30
UBS Redenção	25
UBS Vila Nery	20
UBS Parque Delta	19
UBS Santa Paula	19
UBS Cidade Aracy	18
UBS Azulville	17
USF Jardim São Carlos	16
UBS Vila Isabel	14
USF Jockey Club	14
USF Água Vermelha	13
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Mental	13
UBS Faggá	12
Ambulatório Médico de Especialidades - AME	11
UBS Cruzeiro do Sul	10
USF Cidade Aracy Equipe II	8
USF Jardim Munique	7
USF Santa Angelina	7
USF São Carlos VIII	7
USF Cruzeiro do Sul – Eq 1 Vila Conceição	6
Ibaté	6
USF Cidade Aracy Equipe I	5
USF Jardim Guanabara	5
USF Itamaraty	5
USF Astolpho Luis do Prado	5
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE	4

Continua

¹O item Não Listado indica atendimentos que passaram pela recepção da USE, mas que não são atendidos na USE, como por exemplo, atendimentos particulares, usuários sem encaminhamentos, encaminhamentos feitos de fora da rede SUS que a USE atende, dentre outros casos.

Conclusão

Unidade Encaminhadora	Qtde.
USF Presidente Collor	3
USF Romeu Tortorelli	3
USF Cruzeiro do Sul – Eq 2 Madre Cabrini	3
USF São Rafael	3
USF Arnon de Mello	3
USF Antenor Garcia	2
Centro de Atendimento de Infecções Crônicas – CAIC	2
USF Santa Eudóxia	1
USF José Fernando Petrilli	1
Ambulatório Materno-Infantil Alto Risco - SAIBE	1
Ambulatório Oncológico	1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas	1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Infantil e Juvenil	1
Descalvado	1
Dourado	1
USF Jardim Gonzaga ²	0
UPA da Vila Prado	0
UPA do Cidade Aracy	0
UPA da Santa Felícia	0
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	0
Porto Ferreira	0
Ribeirão Bonito	0
TOTAL	831

Fonte: SerGD da USE. Dados contabilizados entre 12/2 e 31/08/2019³, (2019).

O trabalho na Unidade é realizado por equipe fixa de técnico-administrativos (TAs) e um volume flutuante de docentes, estagiários e voluntários. A Tabela 2 mostra a quantidade de envolvidos nas ações da USE entre 2016 e 2019.

Tabela 2 – Histórico da equipe USE (2016-2019)

Categorias	2016	2017	2018	2019
TAs	28	28	28	28
Docentes	64	67	58	74
Estagiários	445	458	429	433
TAs voluntários	2	7	6	8

Fonte: Relatórios de Atividades da USE (2016, 2017, 2018 e 2019). Elaboração da autora (2020).

² Esta unidade estava em funcionamento quando a pesquisa foi iniciada (primeiro semestre de 2019), mas foi fechada no final de 2019 e realocada em outra unidade.

³ O SerGD da USE iniciou a coleta de informação sobre as unidades encaminhadoras partir de 12 de fevereiro de 2019.

Como mostra a Tabela 2, o número de estagiários e docentes é variável. Diante disso, e para garantir o padrão de atendimento integral e humanizado⁴ que é praticado na USE, estagiários passam por Oficinas de Integração semestralmente para conhecerem o funcionamento da Unidade, informações sobre prontuários, trâmites de atendimentos, além da supervisão técnica dos docentes durante todo o período de estágio e/ou pesquisa. Também com foco na formação dos alunos, a USE oferece Encontros Interprofissionais de Saúde periódicos, com temas que envolvem a saúde, o cuidado integral e que dialogam com as áreas de atuação das linhas de cuidado da Unidade. Iniciados, em 2017, os Encontros têm a participação de docentes, estudantes e profissionais da UFSCar e outras instituições e da rede de saúde de São Carlos (pública e privada), o que também permite a troca de experiência e a relação entre os alunos em formação e os profissionais.

Por fim, em relação aos recursos financeiros, a USE não disputa verbas com outras unidades da rede municipal de saúde de São Carlos por ter característica única, que une ensino, pesquisa e assistência, além do padrão de atendimento também ser diferenciado. Os valores pagos pela SMS seguem a tabela do SUS. Diferentemente de outras instituições, a USE não pode receber verbas via ação filantrópica, como acontece com a Santa Casa de São Carlos, por exemplo.

Há duas fontes de recursos que mantêm a Unidade. O valor pago anualmente pela UFSCar é da ordem R\$ 30 mil⁵, oriundo do Ministério da Educação, e destinado ao pagamento de contas de água, luz, telefone, serviços gráficos, limpeza, recepção e portaria (custeio). O custo dos salários de servidores da USE também são pagos pela Universidade, por meio da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas. O valor pago pela SMS está diretamente relacionado ao atendimento prestado pela USE aos usuários SUS. O convênio com a Secretaria é feito por meio da Ficha de Programação Orçamentária (FPO), que discrimina os atendimentos, tipos, quantidade mensal pactuada, valores da tabela SUS. Até 2018, o teto máximo conveniado era de R\$ 10.167,50 e, em agosto de 2019, com a renovação do contrato, o teto passou a ser de R\$ 20.383,55. Esse valor é destinado para aquisição de material de consumo médico-hospitalar, mobiliários e equipamentos. O recurso oriundo da SMS é pago à USE por intermédio da Fundação da Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da UFSCar (FAI.UFSCar).

⁴ O atendimento da USE está inserido nos padrões indicados na Política Nacional de Humanização (PNH), preconizada pelo SUS, conforme o site <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>.

⁵ Valor referente do Recurso do Tesouro Nacional (RTN).

Para ampliar sua inserção na rede, mostrar seus diferenciais no atendimento à população e promover melhorias internas na gestão, a USE fez durante os meses de outubro e dezembro de 2018 um planejamento estratégico (PE)⁶, com apoio da Secretaria Geral de Planejamento e Desenvolvimento Institucionais (SPDI) da UFSCar. Dentre as ações, indicadores e metas de objetivos estratégicos há ação “Ampliar a comunicação interna e externa da USE”. Para desenvolver essa ação, o PE prevê as estratégias: rede interna de comunicação pelos meios de comunicação digital e impresso e atualização das ações realizadas na USE para a rede de saúde e SMS. A ideia da Unidade é promover essa melhoria para aproximar sua atuação da rede e, conseqüentemente, no futuro, ter a possibilidade de conquistar mais recursos financeiros para USE.

3.1.1 Estrutura de Comunicação da USE-UFSCar

A USE não possui equipe ou profissionais de comunicação em seu quadro de servidores e não tem verba destinada para ações nesta área. O trabalho de divulgação da Unidade para a imprensa (local, regional e nacional) e, também para a comunidade da UFSCar é feito por meio a Coordenadoria de Comunicação Social (CCS) da Universidade. A CCS é responsável pela assessoria de comunicação institucional da UFSCar, sendo composta por jornalistas, programador visual e assistentes administrativos. O setor atende a todos departamentos (acadêmicos e administrativos) e *campi* da Instituição, e sua atuação consiste na divulgação de eventos, cursos, processos seletivos, pesquisas e demais atividades realizadas pela comunidade UFSCar dentro de suas áreas do conhecimento.

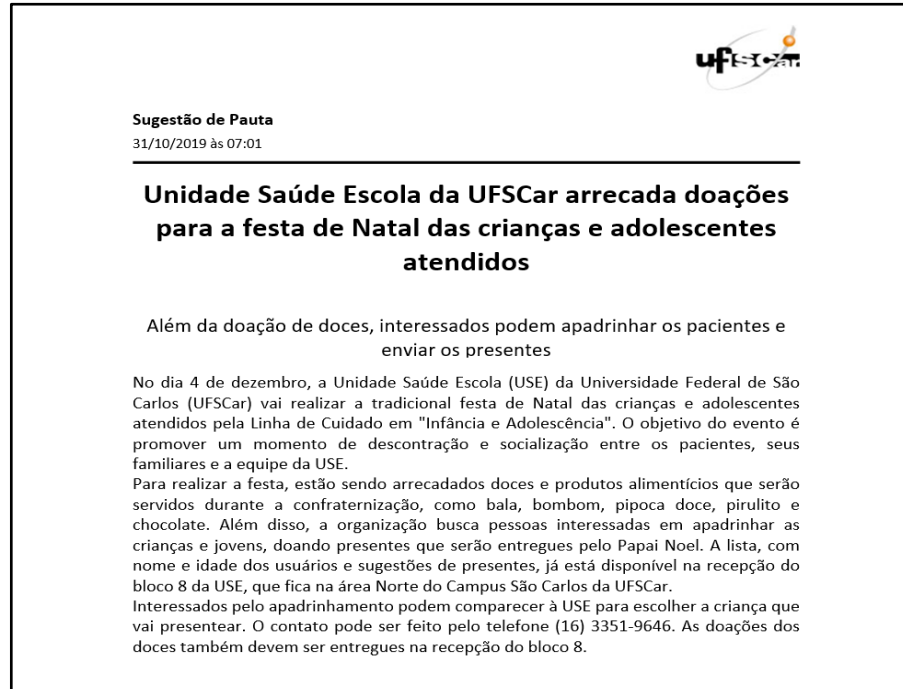
A CCS desenvolve produtos e serviços, que serão detalhados a seguir, a partir de demandas enviadas pela comunidade UFSCar, incluindo departamentos, centros acadêmicos, unidades, docentes, alunos, servidores técnicos-administrativos, grupos de pesquisa e grupos de extensão. O trabalho da Unidade é desenvolvido por meio do Sistema de Apoio à Comunicação Integrada (SACI), pelo qual a CCS gerencia todo fluxo da informação, desde a solicitação até à divulgação. Os produtos/serviços realizados pelas Unidades serão apresentados a seguir:

- A) Releases: sugestão de pautas enviadas diariamente para a imprensa local, regional e nacional, conforme o tema a ser divulgado. O trabalho é realizado por

⁶ Documento foi fornecido pela gestão da USE em 08/04/2019 e atualizado em 14/08/2019.

jornalistas, divididos por áreas temáticas, e passa por edição e revisão antes de ser publicado. A Figura 4 mostra um exemplo de release publicado;

Figura 4 – Exemplo de release sobre a USE enviado à imprensa



Fonte: SACI, CCS-UFSCar (2020).

- B) Portal UFSCar: textos elaborados para divulgação diária no portal da Universidade na Internet (www.ufscar.br), incluindo também os sites dos campi Araras, Sorocaba e Lagoa do Sino. Os temas divulgados nos sites referem-se a ações que são abertas a todo o público e à divulgação de boas práticas da Instituição. O trabalho também é realizado por jornalistas, divididos por áreas temáticas, e passa por edição e revisão antes de ser publicado. A Figura 5 representa um texto publicado no Portal;

Figura 5 – Exemplo de texto sobre a USE publicado no Portal da UFSCar

The screenshot shows the UFSCar website interface. At the top, there is a navigation bar with the UFSCar logo and the text 'Universidade Federal de São Carlos'. Below this, there are several menu items: 'A UFSCar', 'Gestão', 'Processos Seletivos', 'Acesso à Informação', and 'Contatos'. A search bar is located on the right side of the navigation bar. Below the navigation bar, there are tabs for 'Estudante', 'Docente/Técnico-Administrativo', 'Pesquisador', 'Visitante', and 'Foreign Visitor'. The main content area displays a news article titled 'Projeto na USE acompanha crianças e adolescentes após a alta'. The article text describes a project of extension developed at the Unidade Saúde Escola (USE) of UFSCar, which provides follow-up for users who receive high-level services of Physiotherapy and Occupational Therapy in the Line of Care of Childhood and Adolescence (LCIA). It mentions that in 2019, 20 users were in follow-up between those who have already received high-level care and others who are in the process of high-level care. A photograph shows a group of people, including a child in a wheelchair, sitting around a table in a meeting. The caption below the photo reads: 'Reunião com adolescentes em alta monitorada em 2019 (Foto: Ana Carolina Campos)'. The article also states that currently, the LCIA of the USE serves about 150 children and adolescents in the areas of Physiotherapy, whose public is formed by babies at risk and by children of any age group in conditions that compromise them.

Fonte: SACI, Portal UFSCar (2020).

- C) Inforede: boletim eletrônico enviado diariamente para a comunidade UFSCar (alunos, docentes e técnico-administrativos) dos quatro campi, com textos curtos, destinado também a assuntos administrativos. Os textos são produzidos pelos jornalistas e passam por edição e revisão antes de serem publicados. A Figura 6 mostra um exemplo do Inforede;

Figura 6 – Exemplo de Inforede enviado à comunidade UFSCar

The screenshot shows an email newsletter titled 'Notícias UFSCar'. The date is 'Edição 26/03/2020'. There is a list of news items with blue hyperlinks:

- [Docente da UFSCar elabora guia de atividades indicadas para crianças em períodos de isolamento social](#)
- [LABl produz podcast diário sobre a Covid-19](#)
- [USE volta a informar alterações no atendimento em virtude da pandemia do novo Coronavírus](#)
- [Informe do Departamento de Expedição e Arquivo: Envio de demandas](#)
- [Clipping](#)

Below the list, there is a highlighted article with the title 'Docente da UFSCar elabora guia de atividades indicadas para crianças em períodos de isolamento social'. The text of the article states: 'Tomar o isolamento social favorável ao desenvolvimento físico, cognitivo e emocional de bebês e crianças e também saudável para a relação entre familiares e filhos, por meio de atividades e brincadeiras em casa. Este é o objetivo do guia "Atividades para familiares realizarem com os filhos em casa", elaborado por Mirela Figueiredo, docente do Departamento de Terapia Ocupacional (DTO) da UFSCar, em parceria com Ana Luiza Alegretti, supervisora do pós-doutorado de Figueiredo realizado, atualmente, na Universidade do Texas em San Antonio (EUA). O material foi criado a partir da recomendação de isolamento social frente à pandemia do Coronavírus e para que essa condição de distanciamento possa ser saudável para as famílias brasileiras. O guia apresenta atividades indicadas para diferentes faixas etárias, entre bebês e crianças de até cinco anos de idade, e já está disponível gratuitamente.' There is a blue link 'índice' below the article. At the bottom, there is another highlighted article titled 'LABl produz podcast diário sobre a Covid-19' with the text: 'O Laboratório Aberto de Interatividade para a Disseminação do Conhecimento Científico e Tecnológico (LABl) da UFSCar está veiculando diariamente podcast com as principais'.

Fonte: SACI, CCS-UFSCar e e-mail de servidora cadastrado no mailing de TAs do Campus São Carlos (2020).

- D) Redes Sociais: a CCS desenvolve textos e peças gráficas para as redes sociais oficiais da UFSCar (Twitter, Facebook e Instagram), publicando posts diários com temas relacionados ao que está sendo divulgado para a comunidade geral e à imprensa. Esse produto não é executado para as redes sociais de setores ou grupos ligados à UFSCar. O texto é publicado por jornalista direcionada para o trabalho diário com as redes sociais, que também responde a dúvidas e comentários do público e acompanha o que é divulgado sobre a UFSCar nas redes sociais. A Figura 7 apresenta a interface de um post da rede social;

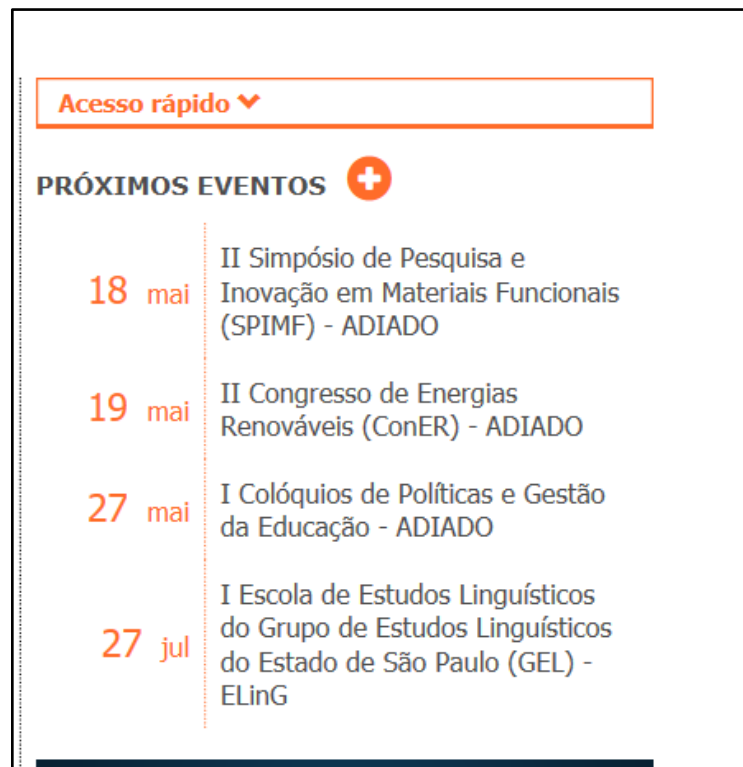
Figura 7 – Exemplo de post no Facebook da UFSCar



Fonte: Página Oficial da UFSCar no Facebook. Acesso em 14/05/2020 (2020).

- E) Agenda de Eventos: divulgação de eventos que serão realizados na UFSCar ou em outros locais, desde que sejam organizados por integrantes da Universidade. A Agenda fica disponível no Portal da UFSCar. Também é elaborada por jornalistas da equipe e passa por edição antes de ser publicada. A Figura 8 representa um exemplo desse produto;

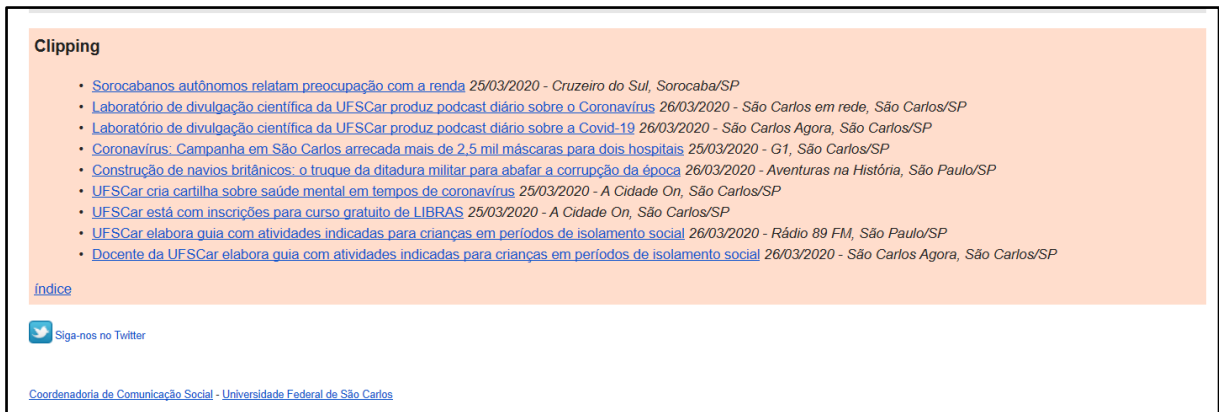
Figura 8 – Exemplo de Agenda de Eventos do Portal da UFSCar



Fonte: Agenda de Eventos, disponível no Portal da UFSCar. Acesso em 14/05/2020 (2020).

- F) Atendimento à imprensa: atendimento às demandas da imprensa na busca por entrevistados sobre temas relacionados às áreas do conhecimento da UFSCar, busca por temas que tenham sido divulgados por releases ou busca espontânea da imprensa. O atendimento é feito pela equipe de jornalistas da CCS;
- G) Clipping: acompanhamento e divulgação diária das notícias publicadas sobre a UFSCar em jornais, revistas, sites, rádios e TVs (esses últimos são clipados desde que as emissoras disponibilizem as notícias em seus sites ou redes sociais). O Clipping é feito por jornalista específica da equipe e é divulgado juntamente com o Inforede para toda a comunidade UFSCar. A Figura 9 mostra exemplo de Clipping;

Figura 9– Exemplo de Clipping enviado à comunidade UFSCar



Fonte: SACI, CCS-UFSCar. Formato do Clipping enviado pelo Inforede à comunidade UFSCar (2020).

- H) Cobertura fotográfica: é realizada por estagiários de fotografia da Unidade, de acordo com a disponibilidade de horário e diretrizes da CCS. O setor também oferece a produção fotográfica de departamentos e ações da UFSCar, desde que alinhados antecipadamente entre o solicitante e a CCS;
- I) Programação visual: produção de logomarcas, cartazes, material digital e impresso e todo o tipo de produção gráfica, conforme necessidade e recursos financeiros do solicitante. O trabalho é realizado por um publicitário, com apoio de estagiário, e segue a ordem de chegada das demandas enviadas à CCS.

Atualmente, a CCS tem uma jornalista da equipe que atende à área da Saúde, incluindo a USE, o Hospital Universitário da UFSCar, cursos de graduação e pós-graduação, departamentos, pesquisa e extensão ligados ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFSCar e a setores administrativos vinculados à Saúde. Todos os produtos e serviços mencionados ficam disponíveis para os atendimentos e são definidos conforme diretrizes da CCS e/ou alinhamento com os solicitantes.

Apesar de não ter estrutura formal de comunicação, a USE, internamente, divulga informações para seus servidores, estagiários, alunos de projetos de pesquisa e extensão, docentes e voluntários através de e-mail, incluindo informes sobre cursos, prazos, atividades e questões administrativas. A USE também tem murais internos em que são divulgadas algumas informações para o público que circula pela Unidade (usuários, familiares, profissionais, docentes e discentes). Externamente, a Unidade dispõe de site, reformulado em 2019, acessível pelo endereço www.use.ufscar.br, cuja interface pode ser visualizada na Figura 10.

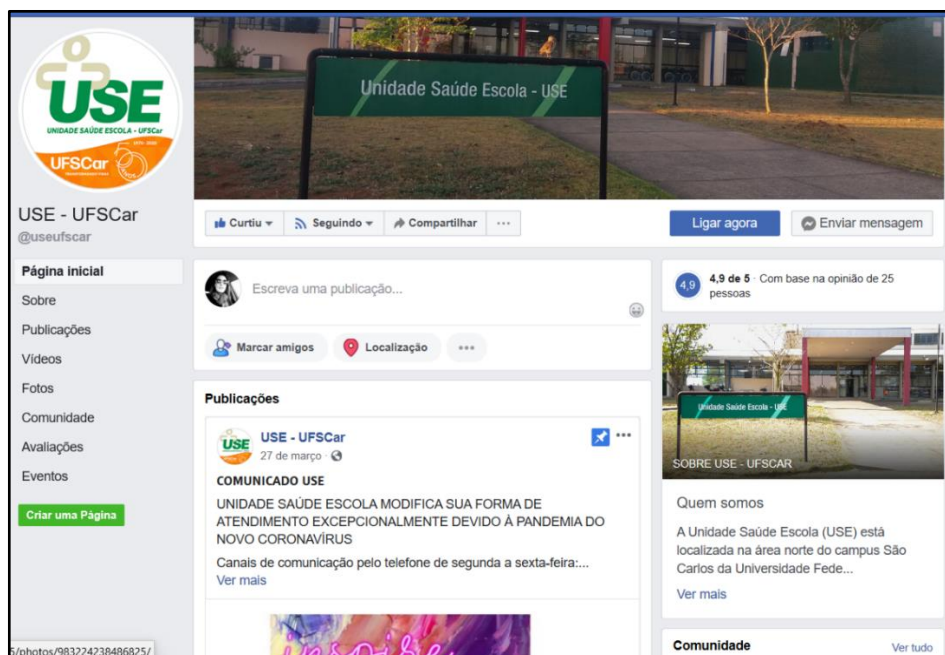
Figura 10 – Interface da página principal do site da USE



Fonte: Site USE-UFSCar. Acesso em 14/05/2020 (2020).

A USE-UFSCar também está nas redes sociais, no Facebook, conforme a imagem seguinte ilustra. Tanto o conteúdo do site quanto o do Facebook são administrados por profissionais da Unidade, mais especificamente da secretaria executiva, que têm familiaridade com o trabalho nessas mídias. A Figura 11 mostra a interface do Facebook da Unidade.

Figura 11 – Interface da página inicial do Facebook da USE



Fonte: Facebook da USE (@useufscar). Acesso em 14/05/2020 (2020).

3.1.1.1 Públicos da USE-UFSCar

A comunicação de uma organização tem, entre seus objetivos, chegar a todos os públicos de interesse ou que compõem o seu escopo. Conforme Bueno (2009) propõe, a comunicação organizacional deve incorporar também o relacionamento com a comunidade, contribuir para a qualidade de vida no trabalho e a realização pessoal e profissional.

Com base nisso, essa subseção cita os públicos que integram o campo de atuação da USE. São eles:

- a) Imprensa: emissoras de rádio, TVs, jornais, revistas (impressos e digitais) e sites;
- b) Comunidade externa: envolve a sociedade de São Carlos, usuários da USE e seus familiares e até pessoas que integram a comunidade UFSCar;
- c) Comunidade interna da USE: servidores técnicos-administrativos e docentes com atividades na USE e alunos, voluntários e terceirizados que atuam na Unidade;
- d) Unidades de saúde de São Carlos e microrregião: envolve todos os equipamentos de saúde encaminhadores para a USE, seus profissionais e gestores;
- e) Gestor local da saúde: Secretaria Municipal de Saúde, incluindo o Departamento de Regulação;
- f) Comunidade UFSCar: servidores docentes, técnicos-administrativos e alunos da UFSCar.

3.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DE SÃO CARLOS

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela gestão e manutenção da rede pública que presta atendimento à população de São Carlos e cidades da microrregião. A SMS tem um extenso organograma, dividido entre os seguintes departamentos: Gestão do Cuidado Hospitalar; Gestão do Cuidado Ambulatorial; Vigilância em Saúde; Gestão Administrativa e Financeira; Regulação, Controle e Avaliação (Secretaria Municipal de Saúde, 2019). Dentro desses departamentos, a pesquisa estará focada na ação do Departamento de Regulação – dentre outras ações, é responsável por manter o fluxo de pacientes e de informação entre as unidades de saúde – e aos pontos da rede que podem encaminhar pacientes à Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar, e também receber os encaminhamentos da referida Unidade. Esse fluxo de pacientes entre a rede é chamado de referência e contra-referência.

As unidades destacadas, assim como seus níveis de complexidade estão relacionados no Quadro 2.

Quadro 2 – Relação dos equipamentos da rede pública de saúde de São Carlos

Unidades Básicas de Saúde (UBS) - Atenção Básica
Cidade Aracy
Redenção
Santa Felícia
Vila Isabel
Vila Nery
Vila São José
Azulville
Botafogo
Jd. Cruzeiro do Sul
Parque Delta
Santa Paula
Maria Stela Fagá
Ibaté
Descalvado
Ribeirão Bonito
Dourado
Porto Ferreira
Unidades de Saúde da Família (USF) - Atenção Básica
Antenor Garcia
Presidente Collor
Cidade Aracy - equipe I
Cidade Aracy - equipe II
Jd. Munique
Jd. São Carlos
Romeu Tortorelli
Água Vermelha
Santa Eudóxia
Jockey Clube
Jd. Guanabara
Santa Angelina
Cruzeiro do Sul - equipe I - Vila Conceição
Cruzeiro do Sul - equipe II - Madre Cabrini
Itamaraty
São Carlos VIII
São Rafael
Astolpho Luis do Prado
José Fernando Petrilli
Arnon de Mello
Atenção Especializada - Atenção Básica
Ambulatório Oncológico
Ambulatório de Cuidado Especial da Gestação (SAIBE)

Continua

Conclusão

Unidades Básicas de Saúde (UBS) - Atenção Básica
Centro de Atendimento a Infecções Crônicas (CAIC)
Centro de Especialidades Odontológicas
Dep.de Atenção à Saúde (DeAS-UFSCar)
Centros de especialidades - média complexidade
Centro Municipal de Especialidades (CEME)
Ambulatório Médico de Especialidades (AME) - convênio com o Estado de SP
Unidade Saúde Escola - convênio com UFSCar
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - AD (Álcool e Drogas)
Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) - média complexidade
Vila Prado
Santa Felícia
Cidade Aracy
Hospitais - alta complexidade
Santa Casa de São Carlos – conveniada e filantrópica
Hospital Universitário - convênio com a UFSCar

Fonte: Elaboração da autora. Informações coletadas no site da Prefeitura, acessos em 10/4/19, 16/5/19 e 14/09/19. Os destaques referem-se às unidades que não são administradas pela SMS (2019).

Como mencionado acima, o fluxo de pacientes entre as unidades de saúde do município é controlado pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da SMS. Por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), consultas, exames e demais procedimentos ofertados pelas unidades são disponibilizados para agendamento, que pode ser feita pela Atenção Básica (AB). De acordo com a SMS, o fluxo padrão de encaminhamento dos pacientes começa na AB, que ao verificar a necessidade de cuidados especializado, faz o encaminhamento do paciente para a média complexidade (normalmente, é via CROSS). O paciente é atendido na atenção secundária e, conforme for, pode retornar para acompanhamento na AB novamente ou necessitar de procedimentos mais complexos e ser encaminhado para a alta complexidade. O caminho básico do fluxo é esse, mas os serviços e as demandas de cuidados são avaliados conforme cada caso.

Em relação à USE-UFSCar, a regulação pela CROSS é feita para agendamentos de exames para usuários da própria Unidade e para teste ergométrico que a USE oferece e, recentemente, iniciou-se para alguns ambulatórios médicos. Os atendimentos nas áreas médicas que não estão vinculadas à CROSS, são agendados conforme o Acolhimento da Unidade definir, com base nas agendas de cada serviço. Para as áreas não médicas, os usuários são inscritos nas ações das diferentes linhas de cuidado e a gestão para o chamamento é realizada

pelo profissional responsável da ação. Para ambas situações, os encaminhamentos dos pacientes para a USE são feitos diretamente pelas unidades da rede.

Em relação a recursos, a Prefeitura Municipal de São Carlos definiu para o exercício 2019 o orçamento de R\$ 215.962.150,16 para a SMS. A utilização do valor é descrita no Planejamento Orçamentário da PMSC, conforme estabelecido pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (Lei 18.700, de 17 de julho de 2018).

3.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)

O CMS foi instituído pela Lei 13.194, de 25 de julho de 2003, e está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Ele foi instituído como uma instância colegiada deliberativa e de natureza permanente, tendo por finalidade deliberar sobre a política de saúde no SUS no Município de São Carlos (SP). O CMS integra o SUS, não sendo subordinado à SMS. Ele controla o Sistema, e a Secretaria oferece toda estrutura administrativa, física e recursos humanos para funcionamento, que conta também com os seus membros eleitos.

De acordo com a Lei 13.194, 25/7/03, o Conselho tem por atribuições:

- a) atuar na formulação da estratégia e controle da execução da política municipal de saúde;
- b) estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- c) fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS, no âmbito do Município, apreciar e pronunciar-se sobre as prestações de contas;
- d) analisar e aprovar o plano de saúde, o relatório de gestão e outros instrumentos gerenciais do SUS apresentados pela SMS;
- e) propor critérios para a elaboração do orçamento anual de custeio e investimento do Fundo Municipal de Saúde e acompanhar sua execução financeira e orçamentária;
- f) acompanhar as audiências públicas referentes à saúde, realizadas na sede do Poder Legislativo Municipal;
- g) analisar e aprovar a política municipal de desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde;
- h) acompanhar e controlar a atuação do setor privado (com ou sem fins lucrativos) na área da saúde, vinculados ao SUS mediante contrato ou convênio;

- i) fazer articulação com outros conselhos, em especial os de saúde, dos níveis: municipal, estadual e federal, visando o fortalecimento da participação social no SUS;
- j) propiciar e garantir a comunicação efetiva entre os Conselhos Gestores Locais e o Conselho Municipal de Saúde;
- k) propor a criação de Conselhos Gestores junto a prestadores de serviços do SUS, sejam eles públicos ou privados de qualquer natureza;
- l) apreciar e deliberar sobre os recursos e decisões que extrapolem o âmbito local, encaminhados pelos Conselhos Gestores Locais ao CMS;
- m) convocar a Conferência Municipal de Saúde ordinariamente à cada dois anos e extraordinariamente quando necessária, aprovando seu regulamento e normas de funcionamento;
- n) promover o fortalecimento da participação social nos Conselhos e conferências no âmbito do SUS;
- o) acompanhar e, quando necessário, propor a criação de indicadores para avaliar a qualidade dos serviços prestados por prestadores públicos, privados e filantrópicos vinculados ao SUS; e
- p) opinar sobre as questões de saúde no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária, antes do encaminhamento destes projetos ao Poder Legislativo.

A Lei também define que o CMS é constituído de forma paritária, sendo 50% usuários, 25% gestores, 25% para trabalhadores da saúde. Sua composição é a seguinte:

- a) Representantes dos gestores (4 representantes): Secretário Municipal de Saúde; um representante da SMS indicado pelo Secretário; um representante do órgão regional da Secretaria Estadual de Saúde ao qual São Carlos esteja vinculado indicado pelo respectivo diretor; um representante das secretarias municipais de Educação e Cultura e da Cidadania e Ação Social indicado pelos secretários;
- b) Representantes de prestadores público e privados (2 representantes): um representante de Instituição pública, privada ou filantrópica de natureza hospitalar contratada ou conveniada pelo SUS; e um representante dos serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico, contratados pelo SUS;
- c) Representantes de trabalhadores da área de Saúde (6 representantes): um representante da Associação Paulista de Medicina – Regional São Carlos; um

representante da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas – Regional São Carlos; um representante da Associação Brasileira de Enfermagem – Núcleo São Carlos; um representante da UFSCar, como instituição formadora de recursos humanos na área da saúde; e dois representantes de associações ou organizações profissionais de trabalhadores do SUS;

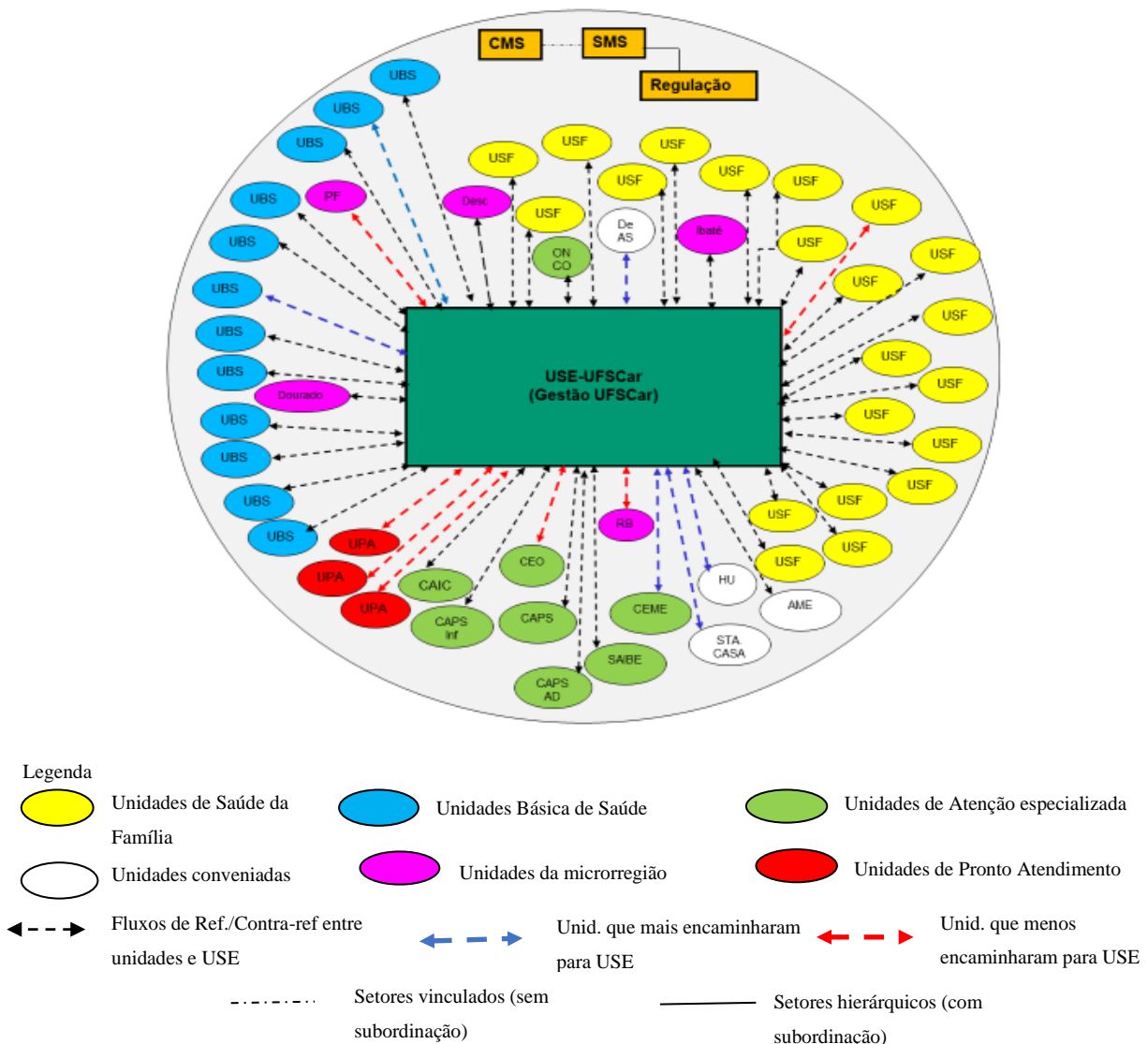
- d) Representantes de usuários (12 representantes): um representante da Entidade de Apoio, Amparo e Proteção ao Aidiético de São Carlos e Associação de Pacientes Renais e Transplantados de São Carlos; um representante de entidades sociais cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social; um representante de associações de pessoas com necessidades especiais; um representante de usuários de serviços de saúde mental ou de familiares; oito representantes eleitos por região.

É importante destacar que a USE não tem representante direto no Conselho, mas a UFSCar tem um assento no CMS, na categoria “Prestadores de Serviço (via USE)”.

3.4 INTERAÇÃO DA USE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SÃO CARLOS

Para visualizar de forma mais sistematizada a relação entre a USE e os demais atores que estão presentes na rede pública de saúde de São Carlos, foi elaborada a Figura 12. O esquema ilustra as possibilidades de referência e contra-referência entre os equipamentos de saúde e a USE para refletir as interações e os fluxos dentro desse campo.

Figura 12 – Fluxos de referência a contra-referência entre USE e equipamentos da rede pública de saúde de São Carlos



Fonte: Elaboração da autora; dados coletados junto ao SerGD/USE entre 12/02/2019 e 31/08/2019 (2019).

A Figura 12 representa os fluxos de referência e contra-referência dentro da rede pública de São Carlos. No período da coleta dessas informações, entre 12/02 e 31/08 de 2019, o total de encaminhamentos foi de 831 usuários referenciados para a USE pelas diversas outras unidades de atendimento, conforme mostra a tabela 1. Foram destacadas (setas azuis) na figura as seis unidades que mais encaminharam pacientes para a USE - Santa Casa (104 encaminhamentos), CEME (69 encaminhamentos), UBS Vila São José (68), DeAS (49), HU (48) e UBS Botafogo (47) – e as unidades que não fizeram encaminhamento para a USE (setas vermelhas), que são: USF Jd. Gonzaga, UPA Vila Prado, UPA Cidade Aracy, UPA Santa Felícia, CEO e as cidades de Ribeirão Bonito e Porto Ferreira. A Tabela 3 foi elaborada a partir

dos dados fornecidos pela USE e mostra o percentual de encaminhamento de cada unidade para a USE diante do total recebido no período analisado.

Tabela 3 – Relação do percentual de encaminhamentos para a USE por unidade da rede

Acolhidos por Unidade Encaminhadora	Nº encaminh.	% do total de encaminh.
Santa Casa de São Carlos	104	12,5
Não listado ⁷	103	12,4
Centro Municipal de Especialidades – CEME	69	8,3
UBS São José	68	8,2
DeAS	49	5,9
Hospital Universitário	48	5,8
UBS Botafogo	47	5,7
UBS Santa Felícia	30	3,6
UBS Redenção	25	3
UBS Vila Nery	20	2,4
UBS Parque Delta	19	2,3
UBS Santa Paula	19	2,3
UBS Cidade Aracy	18	2,2
UBS Azulville	17	2
USF Jardim São Carlos	16	1,9
UBS Vila Isabel	14	1,7
USF Jockey Club	14	1,7
USF Água Vermelha	13	1,6
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Mental	13	1,6
UBS Faggá	12	1,4
AME	11	1,3
UBS Cruzeiro do Sul	10	1,2
USF Cidade Aracy Equipe II	8	0,9
USF Jardim Munique	7	0,8
USF Santa Angelina	7	0,8
USF São Carlos VIII	7	0,8
USF Cruzeiro do Sul – Eq 1 Vila Conceição	6	0,7
Ibaté	6	0,7
USF Cidade Aracy Equipe I	5	0,6
USF Jardim Guanabara	5	0,6
USF Itamaraty	5	0,6
USF Astolpho Luis do Prado	5	0,6
APAE	4	0,5
USF Presidente Collor	3	0,3

Continua

⁷ O item Não Listado indica atendimentos que passaram pela recepção da USE, mas que não são atendidos na USE, como por exemplo, atendimentos particulares, usuários sem encaminhamentos, encaminhamentos feitos de fora da rede SUS que a USE atende, dentre outros casos.

Conclusão

Acolhidos por Unidade Encaminhadora	Nº encaminh.	% do total de encaminh.
USF Romeu Tortorelli	3	0,3
USF Cruzeiro do Sul – Eq 2 Madre Cabrini	3	0,3
USF São Rafael	3	0,3
USF Arnon de Mello	3	0,3
USF Antenor Garcia	2	0,2
Centro de Atendimento de Infecções Crônicas – CAIC	2	0,2
USF Santa Eudóxia	1	0,1
USF José Fernando Petrilli	1	0,1
SAIBE	1	0,1
Ambulatório Oncológico	1	0,1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas	1	0,1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Infantil e Juvenil	1	0,1
Descalvado	1	0,1
Dourado	1	0,1
USF Jardim Gonzaga ⁸	0	0
UPA da Vila Prado	0	0
UPA do Cidade Aracy	0	0
UPA da Santa Felícia	0	0
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	0	0
Porto Ferreira	0	0
Ribeirão Bonito	0	0
TOTAL	831	100

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do SerGD/USE (2019).

Todas as unidades presentes na tabela anterior estão representadas na Figura 12. A partir dessa tabela, foram extraídas, inicialmente, as unidades entrevistadas na pesquisa de campo. A ideia foi compor as entrevistas com as unidades que estão entre as que mais encaminharam usuários para a USE (destaque azul na tabela), que representam 58,8% do total de encaminhamentos para a USE no período pesquisado, e unidades que estão entre as que menos fizeram encaminhamentos (destaques em vermelho na tabela). A ideia das entrevistas foi compreender qual o conhecimento sobre as ações realizadas pela USE por parte desses equipamentos, como ocorre a interação entre eles e a USE e, então, levantar ações que possam consolidar e/ou construir essa interação. O objetivo das entrevistas e as alterações de alguns entrevistados foram detalhadas na seção seguinte.

Por fim, algo importante a ser destacado na interação entre a USE e as unidades de saúde encaminhadoras é a distância entre elas. Considerando que o distanciamento e os custos

⁸ Esta unidade estava em funcionamento quando a pesquisa foi iniciada (primeiro semestre de 2019), mas foi fechada no final de 2019 e realocada em outra unidade.

para deslocamento dos pacientes até o local do atendimento também são fatores que determinam o encaminhamento dos usuários entre as unidades de saúde, entende-se a importância de apresentar essas distâncias. A Tabela 4 mostra a distância, em ordem crescente, entre as unidades de saúde encaminhadoras do perímetro urbano de São Carlos até a USE.

Tabela 4 – Distância entre a USE e os equipamentos de saúde de São Carlos

Unidades encaminhadoras	Distância (km)
Departamento de Atenção à Saúde (DeAS) da UFSCar	0,89
Hospital Universitário	3,9
APAE	4,2
UBS São José	4,4
USF Jardim Guanabara	5,1
USF Jockey Clube	5,7
UBS Parque Delta	5,8
USF São Carlos VIII	5,9
CAPS Mental	6,4
UBS Santa Paula	6,6
USF Jardim Munique	6,6
Centro de Atendimento de Infecções Crônicas - CAIC	6,6
CAPS Infantil	6,7
UBS Vila Nery	6,9
Centro de Especialidades Odontológicas	7
SAIBE	7,3
Santa Casa de São Carlos	7,3
Ambulatório Oncológico	7,5
UBS Faggá	7,6
USF Astolpho Luiz do Prado	7,6
UPA Santa Felícia	7,6
USF São Rafael	7,9
USF Jardim São Carlos	8
USF Itamaraty	8,4
USF Romeu Tortorelli	8,9
UBS Botafogo	9,8
CAPS AD	9,9
UBS Azulville	10,7
USF Santa Angelina	11,7
USF Arnon de Mello	11,8
UBS Santa Felícia	12,1

Continua

Na Tabela 5 estão apresentadas as distâncias, também em ordem crescente, entre as unidades de saúde de distritos e municípios da microrregião de São Carlos que podem encaminhar usuários para a USE.

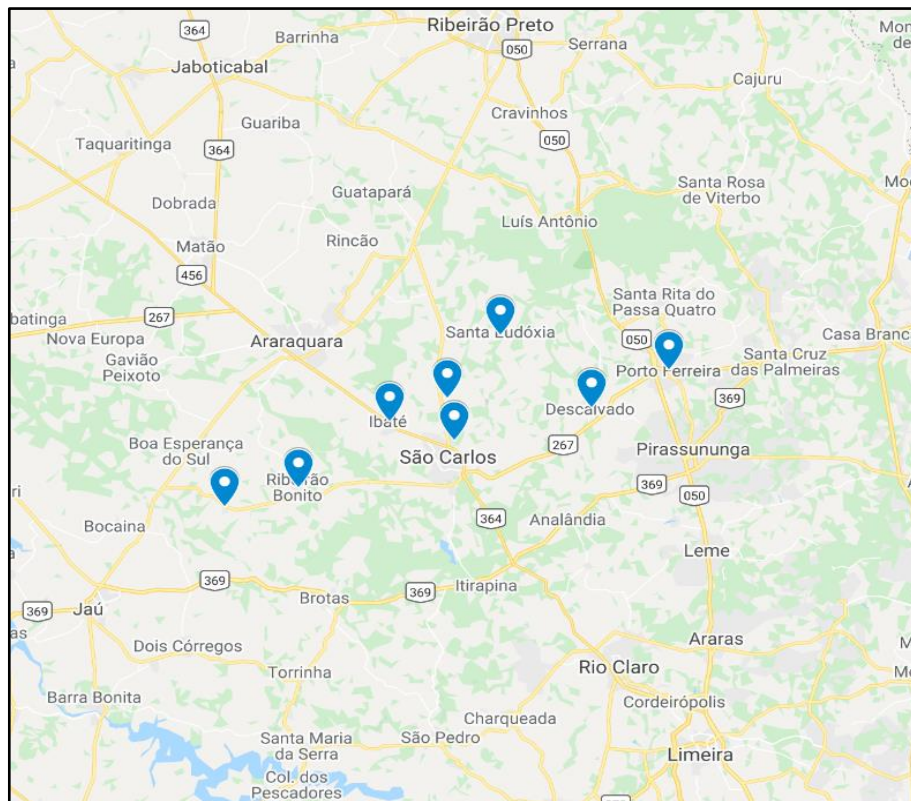
Tabela 5 – Distância entre USE e as unidades de distritos e cidades da microrregião de São Carlos

Unidades encaminhadoras	Distância (km)
USF Água Vermelha	12,4
Ibaté	17,2
USF Santa Eudóxia	33,9
Descalvado	44,3
Ribeirão Bonito	47,4
Dourado	60,4
Porto Ferreira	62,8

Fonte: Elaboração da autora. Uso do Google Maps para cálculo das distâncias (2020).

O Mapa 2 ilustra as distâncias apresentadas na tabela anterior.

Mapa 2 – Distância entre USE e distritos e municípios da microrregião de São Carlos



Fonte: Elaboração da autora, via Google Maps (2020).

Nas entrevistas feitas em campo, analisadas e transcritas em seções posteriores desse trabalho, a distância mais longa de algumas unidades à USE foram apresentadas como justificativa para o não encaminhamento dos pacientes à Unidade.

4 MÉTODO DE PESQUISA

Antes de abordar os métodos utilizados na pesquisa, é importante destacar que para desenvolvê-la – tanto na USE quanto na rede de saúde pública de São Carlos -, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, à Comissão de Pesquisa e Extensão (CoPEX) da USE e à Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa foi aprovada nas três instituições e foi realizada com a ética e princípios assegurados. Além disso, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), determinado pelo CEP, e ficaram como uma cópia do documento assinada pela pesquisadora.

O início do presente trabalho foi desenvolvido em duas frentes. Uma delas foi a Revisão Bibliográfica Sistemática (RBS) que levantou a bibliografia utilizada para embasamento da pesquisa. De acordo com Biolchini *et al.* (2007), a revisão da literatura é o meio pelo qual o pesquisador pode mapear o conhecimento existente e previamente desenvolvido sobre a temática, fornecendo material a ser utilizado no trabalho projetado. Além disso, os autores avaliam que a RBS permite uma análise das descobertas anteriores, assim como técnicas e exploração já realizadas, evitando a duplicação desnecessária de processos e erros e propiciando a orientação do processo de investigação atual. Os termos utilizados nas buscas em bases de dados, além de livros e demais materiais estão relacionados nas Tabelas 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

Tabela 6 – Busca na base Scielo

Termo de busca	Artigos recuperados	Artigos selecionados
Plano de Comunicação	2	1
Assessoria de Comunicação	2	1
Comunicação em Saúde	136	9
Informação em Saúde	222	2
Gestão da Comunicação	12	5
Planejamento de Comunicação	1	0
Marketing	167	14
Marketing em Saúde	2	1
Comunicação Institucional	22	9
Comunicação Corporativa	27	4
Planej. Estratégico e Comunicação	19	2
Campo de ação estratégica	0	0
Campo organizacional	55	3
DiMaggio	1	0
Fligstein	2	2
Bourdieu	12	1
Unid. Interna de Governança	0	0
Total	682	54

Fonte: elaborado pela autora (acessos entre março e maio de 2019).

Tabela 7 – Busca na base Web of Science

Termo de busca	Artigos recuperados	Artigos selecionados
Press office	42	1
Communication advisory	4	1
Communication in health	62	5
Hospital communication advisory	0	0
Organizational field	43	6
Strategic action filed	7	3
Total	158	16

Fonte: elaborado pela autora; (acessos entre março e maio de 2019) (2019).

Tabela 8 – Busca na base Publimed

Termos de busca	Artigos recuperados	Artigos selecionados
Comunicação em Saúde	5	0
Informação em Saúde	21	1
Gestão da Comunicação em Saúde	0	0
Assessoria de Comunicação Hospitalar	44	0
Total	70	1

Fonte: elaborado pela autora; (acessos entre março e maio de 2019) (2019).

Tabela 9 – Busca na base LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde)

Termo de busca	Artigos recuperados	Artigos selecionados
Comunicação em Saúde	378	2
Gestão da Comunicação em Saúde	0	0
Informação em Saúde	0	0
Assessoria de comunicação hospitalar	16	0
Total	394	2

Fonte: elaborado pela autora; (acessos entre março e maio de 2019) (2019).

Tabela 10 – Busca na base Google Acadêmico

Termos de busca	Artigos recuperados	Artigos selecionados
Assessoria de comunicação hospitalar	1.110 (230 analisados)	13
Plano de Comunicação em Saúde	3.830 (230 analisados)	2
Gestão da Comunicação	2.570 (230 analisados)	2
Marketing em Saúde Pública	2	0
Campo organizacional Fligstein	5	1
Campo organizacional Bourdieu	1	0
Campo organizacional DiMaggio	101	2
Total	799	20

Fonte: elaborado pela autora; (acessos entre março e maio de 2019) (2019).

Tabela 11 – Resultado quantitativo da Revisão Bibliográfica

Fontes/base	Quantidade recuperada/analizada	Quantidade selecionada para revisão bibliográfica
Scielo	682	54
Web of Science	158	16
Publimed	70	1
LILACS	394	2
Google Acadêmico	799	20
Livros	6	6
Bibliog. Projeto de pesquisa que será mantida	13	13
Total	2.122	112

Fonte: elaborado pela autora; (acessos entre março e maio de 2019) (2019).

Em relação ao tratamento inicial do levantamento bibliográfico junto às bases de dados, de todos os artigos recuperados foi feita uma leitura inicial dos títulos e identificada a proximidade com o tema da pesquisa. Dessa prévia inicial, foram destacados cerca de 400 artigos para a leitura integral de seus resumos. Desse montante foram selecionados 93 artigos para leitura integral.

Em paralelo à RBS foi feita uma pesquisa exploratória para reunir informações sobre o objeto de pesquisa (USE-UFSCar), a SMS, o CMS e o funcionamento da rede pública de saúde de São Carlos. A busca por essas informações foi feita em sites e documentos disponíveis na Internet; participação na 9ª Conferência Municipal de Saúde “Democracia e Saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”, realizada pelo CMS no dia 13 de abril 2019; relatos informais de profissionais que atuam nesses espaços; consulta de informações com profissionais de saúde; e análise de documentos disponibilizados pelas unidades citadas.

Outra metodologia proposta para essa pesquisa foi o estudo de caso único que, como descreve Yin (2001), é uma metodologia indicada para situações que incluem, dentre outros aspectos, aqueles relativos aos estudos organizacionais e gerenciais. Além disso, o autor ainda acrescenta que o estudo de caso contribui consideravelmente para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. No geral, Yin (2001) resume que essa metodologia permite uma investigação que preserva as características dos eventos reais, como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, dentre outros.

Um dos principais esforços da pesquisa é compreender como o plano de comunicação externa da USE deve ser proposto de forma que seu objetivo seja atingido. De acordo com Yin (2001), pesquisas que têm questões do tipo “como” estimulam o uso do estudo de caso, único ou múltiplo, experimentos ou pesquisas históricas.

Para compor a metodologia considerada pertinente a esta pesquisa foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a diversos atores do campo organizacional em que a USE está inserida, conforme o Quadro 3. Como aponta Yin (2001), as entrevistas são ferramentas importantes que colaboram para a aplicação dos estudos de caso, permitindo a compreensão de diferentes fontes sobre o tema pesquisado.

Quadro 3 – Relação de entrevistados e temáticas referentes

Entrevistados	Temáticas a serem levantadas
Gestora e administradora da USE	Informações gerenciais e dados da USE; questões sobre relação com a SMS e unidades; expectativas sobre a comunicação na USE.
Servidoras do Acolhimento da USE	Porta de entrada da USE. Informações sobre o formato dos encaminhamentos, orientação prévia dos usuários encaminhados; conhecimento que as unidades demonstram ter a partir das orientações dos usuários; ponto de dificuldade na relação com os outros equipamentos de saúde; e aspectos relativos à comunicação.
Representante da SMS	Identificar a avaliação que a Secretaria faz da USE e da sua parceria no atendimento à saúde da população; e conhecer a percepção que a Secretaria tem sobre a saúde na cidade; aspectos relativos à comunicação.
Responsável pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da SMS	Identificar o conhecimento que a Regulação tem sobre a USE, seus serviços, diferenciais e natureza; compreender como a Regulação disponibiliza a USE para os demais pontos da Rede; verificar se há algum padrão nos encaminhamentos; comunicação; e o fluxo de informação dentro da rede.
Responsáveis pelas unidades que mais encaminham usuários para a USE	Identificar o quanto essas equipes conhecem sobre a USE; levantar qual são as orientações e informações que a Regulação passa sobre a USE; compreender o que as estimulam a encaminhar para a Unidade; qual é a orientação que repassam para os usuários encaminhados; e levantar qual é o melhor canal de contato com a USE.
Responsável pelas unidades que menos encaminharam usuários para a USE	Identificar o quanto essas equipes conhecem sobre a USE; levantar qual são as orientações e informações que a Regulação passa sobre a USE; compreender o porquê encaminham poucos pacientes para a Unidade; e levantar qual é o melhor canal de contato com a USE.

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Na etapa das entrevistas foram necessárias algumas adaptações em relação aos entrevistados inicialmente planejados. Entre as unidades que mais encaminharam pacientes para a USE as entrevistas foram realizadas com as unidades indicadas em azul na Tabela 3, dentro do escopo apresentado no Quadro 3. Dentre as unidades que menos encaminharam para

a USE, destacadas em vermelho na Tabela 3, foram necessárias algumas substituições: a USF Jardim Gonzaga foi fechada pela SMS, por questões de segurança, e passou a funcionar em outra unidade. No entanto, a responsável pela unidade tirou licença e não havia outra pessoa que pudesse responder à entrevista.

Em relação, às UPAs – que integraram o grupo que menos encaminha pacientes para a USE - foi mantida a entrevista com apenas uma dessas unidades, e as outras duas UPAs não entrevistadas foram substituídas por outras unidades da rede de São Carlos que têm baixo encaminhamento para a USE. Essa alteração considerou a indicação da Regulação e das unidades, durante as entrevistas, de que o fluxo ideal de encaminhamento de pacientes para a média complexidade deve partir da Atenção Básica. Essa alteração, inclusive, foi proposta na etapa de qualificação dessa pesquisa. As cidades da microrregião que estão entre os destaques vermelhos da Tabela 3 também foram substituídas por unidades de São Carlos com baixo encaminhamento para a USE, devido à disponibilidade para a entrevista pessoalmente e por compreender que as unidades de outros municípios funcionam de acordo com suas respectivas secretarias, portanto, campos diferentes da atuação da USE. Sendo assim, entre as unidades que menos encaminharam pacientes para a USE foram entrevistados representantes da USF José Fernando Petrilli, USF Santa Eudóxia, UPA Vila Prado, CAPS AD e CAPSI.

Por fim, houve a exclusão de uma das entrevistas que estavam previstas no início da pesquisa, que seria com um representante do Conselho Municipal de Saúde. Não foi possível agendar entrevista com nenhum integrante do órgão, apesar das inúmeras tentativas e propostas de datas, horários e formatos de entrevista. No entanto, a partir das entrevistas realizadas com os demais atores, compreendeu-se que a ausência do CMS não causou prejuízo à qualidade da análise proposta na pesquisa, dada à pouca participação e influência do Conselho em assuntos referentes à USE. Dentro da organização das entrevistas, os entrevistados foram numerados previamente para facilitar o processo de transcrição. Nessa divisão, o CMS seria o E13 e, como não foi possível entrevistar a unidade, esse número foi pulado nas entrevistas, ao invés de refazer toda a numeração, compreendendo que isso poderia impactar em retrabalho e qualidade da transcrição.

Do total de 24 entrevistas realizadas, apenas uma foi feita por e-mail, e as demais foram gravadas (áudio). Todas elas foram previamente agendadas com os entrevistados, conforme horário, data e local mais adequados a eles. Antes de iniciar a gravação das entrevistas, a pesquisadora apresentou o estudo, seus principais objetivos e contribuições, procedeu a assinatura do TCLE, e abriu espaço para conversa e esclarecimento de possíveis

dúvidas dos entrevistados. Somente após esse contato inicial é que a gravação foi começada. As entrevistas variaram entre 13 minutos e 1 hora e 52 minutos.

Todas as entrevistas foram transcritas – estão disponíveis no Apêndice A do trabalho - e passaram pelo processo de análise de conteúdo. Bardin (2001) expõe que a análise do conteúdo é um desvendar crítico e pode ser definida como um método empírico. “A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 2011, p. 15). Duriau *et al.* (2007) indicam que o valor central da análise de conteúdo como metodologia de pesquisa é o reconhecimento da importância da linguagem na cognição humana. Além disso, os autores mostram que para a pesquisa na área gerencial/gestão, a análise de conteúdo fornece uma metodologia aplicável para acessar estruturas individuais ou coletivas profundas, como valores, intenções, atitudes e cognições, permitindo que o pesquisador entenda os esquemas cognitivos de outras pessoas. No caso deste trabalho, essa metodologia contribuiu para a compreensão dos diferentes entendimentos que cada entrevistado apresentou sobre a relação entre a USE e as outras unidades de saúde de São Carlos e demais públicos.

Em relação às entrevistas, Bardin (2011) as considera como um método de investigação específico, que podem ser abertas ou fechadas – neste trabalho foram questões abertas – e enfatiza que a análise do conteúdo das entrevistas é bastante complexa e que, nem sempre, programas de computador podem tratá-las.

Para aplicar a análise de conteúdo nas entrevistas realizadas, após a transcrição, o conteúdo foi agrupado nos temas principais da pesquisa – campo e comunicação em saúde –, e em subtemas que ajudaram a categorizar os relatos dos entrevistados, conforme expõe Bardin (2011). A partir desse agrupamento, foi possível proceder a análise das entrevistas à luz do referencial teórico e dos levantamentos exploratórios feitos durante a pesquisa. Como defende Bardin (2011), na fase da interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico para embasar sua análise e dar sentido à sua interpretação.

Para estruturar este estudo de caso único, conforme proposto por Yin (2001), foi realizado todo o procedimento para garantir a efetividade do método, como a elaboração do protocolo das entrevistas com todos os atores entrevistados, desenvolvimento de um teste piloto para checar o protocolo proposto e fazer as possíveis adequações. De acordo com o autor, isso garante que o decorrer da pesquisa flua sem muitas intercorrências e permite, inclusive, que adequações sejam realizadas mediante imprevistos e necessidades que surgirem ao longo do

processo de pesquisa. O roteiro das entrevistas semiestruturadas está detalhado na subseção seguinte e não sofreu alterações significativas após as entrevistas-piloto.

4.1 ROTEIRO INICIAL DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

As questões elaboradas abaixo referem-se às entrevistas que foram aplicadas aos atores relacionados no Quadro 2 e foram elaboradas a partir da divisão inicial do referencial da pesquisa. O objetivo foi levantar junto aos entrevistados informações que colaborassem na compreensão da saúde pública de São Carlos e da atuação da USE nesse campo. Além disso, a partir das entrevistas foi possível apontar ações de comunicação que estão citadas no plano de comunicação proposto neste trabalho.

As questões do roteiro foram divididas em blocos temáticos de perguntas cujos objetivos com as respostas estão apresentados no início de cada bloco. A intenção com esse formato de elaboração do roteiro foi obter mais precisão nas respostas que compuseram a análise das entrevistas, além de facilitar o encaminhamento da conversa com os entrevistados.

4.1.1 Gestão e Administração da USE

Na pesquisa exploratória foram coletadas informações gerenciais e dados da USE para compreender o contexto da Unidade. Na fase da entrevista com a direção e administração da USE novos dados puderam ser solicitados, mas o foco dessa etapa foi abordar questões que envolviam a relação com a SMS e com os demais atores da saúde pública de São Carlos, assim como de expectativas sobre a comunicação na USE-UFSCar.

A) Tema: Campo de ação estratégica

Atuação da USE na rede de atenção à saúde de São Carlos

A expectativa com esse bloco de perguntas foi obter respostas que fizessem referência à atuação da USE na rede pública de saúde de São Carlos; quais são os diferenciais; qual a importância para a USE de atuar na rede pública de saúde São Carlos; qual o interesse da Unidade nesse cenário; e quais as dificuldades que enfrenta para atuar nessa rede.

- Qual é a atuação da USE na rede pública de São Carlos? Como ela está inserida neste cenário?
- Quais são as contribuições que a Unidade oferece para os usuários atendidos?

- A USE também tem um papel importante na formação de futuros profissionais de saúde. De que forma esse trabalho se reflete em benefícios para a assistência ofertada?
- Quais são os principais diferenciais da USE frente aos demais serviços ofertados na rede?
- Por que é importante para a USE atuar na rede pública de São Carlos?
- Qual ou quais são os interesses/objetivos da Unidade em atuar na rede de atenção à saúde na cidade?
- A USE enfrenta problemas para atuar na rede? Quais? Como eles poderiam ser resolvidos, na avaliação da Unidade?

Relação da USE com a SMS

Nesse agrupamento de perguntas a intenção foi entender como acontece a relação da USE com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Carlos. O objetivo é compreender, por meio das respostas, como se estabelece, na prática, a relação da USE com a Secretaria; de que forma a Unidade entende que a SMS avalia sua atuação e sua natureza; quais são os possíveis problemas que a USE enfrenta nessa relação; e o que a Unidade já realizou para vencê-los. O objetivo desse bloco também foi de compreender se a USE pode mudar algum procedimento interno para se aproximar mais da SMS e da rede, como um todo.

- Como se estabelece a relação de vocês com a SMS? São reuniões periódicas? Como acontecem? Quem participa?
- Há um interlocutor direto na SMS para atender questões relacionadas à USE? Quem é? Ele consegue atender a demanda?
- Como a USE estabelece contato com o Departamento de Regulação do Município?
- São feitas pactuações entre USE e SMS para estabelecimento de especialidades (ambulatorios) e serviços que a USE pode oferecer para atender a população de São Carlos? Ou essas áreas de atendimento são definidas apenas pela USE, conforme demanda do ensino?
- De que forma você acredita que a SMS vê a atuação da USE na saúde pública da cidade?
- Quais são as principais dificuldades na relação da USE com a SMS no que se refere à compreensão do papel da USE por parte da Secretaria?

- Há outras dificuldades? Quais?
- Quais ações a USE já adotou para alterar esse quadro? Foram suficientes? Por quê?
- A USE está disposta a alterar algum procedimento para facilitar essa relação? Qual?
- Um aumento no repasse de verbas para a USE, por parte da SMS, seria importante de que forma?

Relação USE com CMS

O objetivo com esse bloco de perguntas foi compreender como a USE se relaciona com o Conselho Municipal de Saúde. A partir das respostas, foi possível levantar como a USE recebe as informações sobre as decisões do Conselho; quando e de que forma a Unidade deve acioná-lo; se são claros para a USE os critérios que o CMS usa para avaliar as demandas apresentadas pelos equipamentos de saúde da rede, como a USE, por exemplo; e em que medida a boa relação com o Conselho é importante para a Unidade.

- Qual é a relação prática da USE com o CMS? Há encontros periódicos, reuniões? Como vocês participam?
- A USE conhece, claramente, os critérios que o Conselho utiliza para dar deferimentos/indeferimentos das demandas dos equipamentos da rede? Seria importante para a Unidade conhecê-los? Por quê?
- A USE tem conhecimento das definições e despachos do CMS? De que forma?
- De que forma você acredita que o CMS veja a atuação da USE na saúde pública de São Carlos?
- O que a USE tem feito para manter e/ou melhorar a relação da Unidade com o Conselho?
- O quanto essa relação pode ser importante para a USE consolidar sua atuação na saúde de São Carlos?

Relação da USE com unidades da rede

O objetivo principal desse bloco de perguntas foi saber como a Unidade se relaciona com as outras unidades de baixa, média e alta complexidade da rede de atenção à saúde de São Carlos. As respostas também colaboraram para compreender de que forma o fluxo de usuários acontece entre a USE e as outras unidades; qual é a proximidade da USE com os demais

equipamentos; quais seriam as melhores forma de contato e entre todas essas unidades; e como funciona o agendamento das consultas e serviços ofertados pela USE na rede.

- Como se dá o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades de saúde pública de São Carlos e a USE?
- Quem é responsável por esse fluxo?
- A USE está no CROSS? Por quê?
- Vocês pretendem abrir a agenda de atendimentos da Unidade para gerenciamento do Departamento de Regulação, via CROSS? Por quê?
- Esse fluxo é adequado? Por quê? Como esse fluxo poderia melhorar?
- Na sua visão, qual é o principal motivo que gera problemas nesse fluxo? Como resolvê-lo?
- A USE acredita que as unidades conhecem sua atuação e sua natureza que une assistência, ensino e pesquisa?
- A USE mantém relação com as unidades de saúde que extrapolam a referência e contra-referência de usuários? Essa relação é necessária? Por quê?
- Como vocês avaliam essa relação entre a USE e as demais unidades?
- Vocês acreditam que uma relação mais próxima pode ser importante para a USE consolidar a sua atuação? Por quê?
- Quais ações a USE já adotou para apresentar seus serviços e linhas de cuidado para os profissionais de saúde que atuam na rede de São Carlos?
- Quais seriam os melhores canais de contato da Unidade com o restante da rede?

B) Tema: Comunicação

As perguntas desse bloco único pretenderam levantar informações sobre o uso e a avaliação que a USE faz da área de Comunicação.

- Como a USE realiza o trabalho de comunicação interna e externa?
- Ele é suficiente? Por quê?
- Como a USE avalia o papel da Comunicação como ferramenta para a gestão da Unidade?
- A comunicação foi um fator citado no planejamento estratégico da USE feito em 2018. De que forma vocês pretendem inserir esse eixo nas ações da USE?
- O que vocês avaliam que a Comunicação pode proporcionar como apoio para a gestão da USE frente ao público externo?

- Quais ações ou produtos vocês esperam que a Comunicação possa realizar? A USE tem condições (recursos e estrutura) para prover essas ações?
- Quais fatores podem impactar em dificuldades para que esse trabalho seja realizado?

4.1.2 Acolhimento de USE

O Acolhimento da USE é a porta de entrada da Unidade, a principal ponta que recebe os usuários encaminhados pelas demais unidades da rede pública de São Carlos e região. A entrevista com a equipe – oito integrantes entre psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais – pretendeu obter informações sobre o formato dos encaminhamentos, orientação prévia dos usuários encaminhados; conhecimento que as unidades demonstram ter sobre a USE a partir das orientações dos usuários; além de dificuldade na relação com os outros equipamentos de saúde.

A) Tema: Campo de ação estratégica

Relação da USE com as unidades da rede

Nesse bloco de perguntas, as questões favoreceram a compreensão mais detalhada do fluxo de pacientes das demais unidades para a USE; se esses usuários recebem informação adequada ao serem encaminhados para a Unidade; se as unidades demonstram ter ciência do que a USE oferece; além de informações relacionadas sobre a possibilidade de agendamento do serviços da USE via CROSS.

- Os encaminhamentos recebidos pela USE chegam à Unidade corretamente, no que se refere à documentação, CID, anamnese do paciente, indicações da unidade solicitante? Por que isso acontece, na sua visão?
- Os usuários encaminhados para a USE chegam bem informados e orientados sobre esse processo de referência e contra-referência na rede?
- Quem deveria dar essas orientações para os usuários? A falta dessa devida orientação pode acarretar algum impacto no atendimento do usuário? Qual?
- As unidades de saúde de São Carlos sabem da existência da USE? Como vocês têm essa percepção?
- A que vocês creditam esse conhecimento/desconhecimento das unidades em relação à USE?

- O contato com as demais unidades de saúde é voltado apenas a questões sobre referência e contra-referência? Ou também são feitos contatos para estabelecimento de parcerias, esclarecimento de dúvidas, por exemplo?
- Vocês acreditam que uma relação mais próxima com profissionais da rede poderia ser importante para a USE? Por quê?
- Por que a USE não participa da CROSS?
- Há possibilidade do Acolhimento abrir a agenda da Unidade para o Departamento de Regulação da SMS? Por quê?
- Quais são as maiores dificuldades que podem pontuar na relação com as unidades de saúde?
- Quais ações vocês avaliam que poderiam ser executadas pela USE ou SMS para melhorar essa relação em prol da consolidação da atuação da USE na saúde pública de São Carlos?

B) Tema: Comunicação

Em bloco único, essas perguntas levaram à compreensão de como o Acolhimento visualiza a efetividade da comunicação com as demais unidades e a melhor forma de estabelecê-la.

- Na avaliação do Acolhimento, qual o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede?
- De que forma a USE informa ao Departamento de Regulação os serviços oferecidos, mantendo-o atualizado de alterações, quando necessário?
- Produtos e ações de comunicação poderiam apoiar a melhoria desse contato entre USE e demais aparelhos de saúde do município?
- A partir da vivência de vocês com encaminhamentos e outras unidades, quais produtos e ações a Comunicação poderia executar para consolidar a relação entre vocês?

4.1.3 Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

A entrevista com representante da SMS foi importante para identificar a avaliação que a Secretaria faz da USE, da sua parceria e sua inserção no atendimento à saúde da população, além de informações gerais sobre esse campo que a é saúde pública de São Carlos.

A) Tema: Campo de ação estratégica

Rede pública de atenção à saúde de São Carlos

As questões desse grupo inicial referiram-se à compreensão que a SMS tem da totalidade da rede de saúde de São Carlos, principalmente no que diz respeito aos gargalos. O objetivo dessas perguntas foi conhecer a avaliação e o conhecimento da Secretaria sobre a saúde do Município para, posteriormente, compreender a avaliação que ela faz da USE nesse contexto. Além disso, foi interessante para o conteúdo deste trabalho conhecer com esse ator conhece o seu campo de atuação.

- Qual é o principal interesse da SMS no que refere à saúde da população atendida nos equipamentos de saúde da rede pública de São Carlos?
- Qual é a principal lei ou regimento que determina as diretrizes do atendimento à saúde da população na cidade?
- Quem são os setores ou profissionais que detém as informações mais holísticas sobre a saúde do Município?
- De onde vem a verba da SMS?
- A SMS tem convênios? Com quem? Do que tratam esses convênios?
- Quais são os principais gargalos que a SMS enfrenta? Casos, por exemplo, que não conseguem ser atendidos em São Carlos e precisam de encaminhamento para outras cidades.
- Você considera que a saúde pública de São Carlos funciona em rede? O que é uma rede para você?
- A Secretaria tem algum dado sobre o grau de satisfação dos usuários atendidos na rede? Pode nos mostrar para compor nossa pesquisa?
- Quais as ações que a Secretaria empenha em prol da saúde do Município?

Atuação da USE na rede de atenção à saúde de São Carlos

As questões desse grupo de perguntas pretenderam esclarecer como a SMS vê a atuação da USE na rede; o quanto a Secretaria conhece sobre essa atuação, natureza, diferenciais e qualidade do atendimento à população ofertado na Unidade.

- Qual é o interesse da Secretaria no que se refere à atuação na USE na saúde pública da cidade?
- Qual é a sua visão em relação ao papel da USE no atendimento a usuários do sistema público de saúde de São Carlos?

- Qual é a expectativa de vocês quanto à atuação da USE nesse contexto?
- Essa expectativa é atendida em que medida? Por quê?
- Essa atuação da USE poderia ser ampliada na visão da SMS? De que forma?
- Você avalia que a USE tem uma atuação diferenciada no atendimento a pacientes, uma vez que ela une assistência, ensino e pesquisa?
- Esse diferencial traz quais benefícios ao atendimento ao usuário, na sua visão? Isso qualifica o atendimento na rede de São Carlos?
- Você acredita que a relação entre a USE e a as unidades de saúde da rede é positiva? Ela é suficiente?
- O que poderia ser feito para melhorar ou ampliar essa ação?
- A SMS acredita que possa haver um aumento de repasse de verbas para a USE? De que forma isso pode ser alcançado?

Relação SMS e CMS

Esse conjunto de perguntas pretendeu obter respostas referentes à relação da Secretaria com o Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão consultivo e deliberativo frente à saúde de São Carlos. Como as demandas das unidades são tratadas entre SMS e CMS, qual desses atores tem maior autonomia para decisão, ou se são esferas diferentes de decisão etc.

- Qual é a relação entre a SMS e o CMS?
- Em que medida o Conselho determina as ações da SMS frente às demandas das unidades de saúde pública de São Carlos, como a USE, por exemplo?
- É possível haver conflito entre determinações do Conselho e decisões da SMS? Quando isso ocorre, como isso é resolvido?

B) Tema: Comunicação

O objetivo desse grupo único de questões foi compreender como ocorre o fluxo de informação entre as unidades que compõem a rede. Essas questões foram aplicadas de forma semelhante a outros entrevistados com a intenção de verificar as possíveis diferentes interpretações dos distintos grupos sobre o tema. Isso foi importante para conhecer a visão que cada ator do campo tem sobre determinada questão e o que pode ser proposto para atender as diferentes possibilidades levantadas por eles.

- Existe um padrão de informação e comunicação entre as unidades de saúde? Quem é responsável por isso?

- Como é feita a comunicação entre as unidades de saúde de São Carlos?
- O nível de informação/conhecimento entre as unidades de saúde é suficiente?
Por quê?
- A troca de informação entre os serviços e atendimento oferecidos nas unidades da rede é importante para a atuação de cada uma delas?
- Essa falta de informação pode impactar no serviço da rede? De que forma?

4.1.4 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da SMS

A Regulação da SMS é responsável pelo fluxo e referência e contra-referência entre as unidades de saúde de São Carlos. A entrevista com representante desse Departamento teve como objetivo identificar o conhecimento que a Regulação tem sobre a USE, seus serviços, diferenciais e natureza; compreender como a Regulação disponibiliza a USE para os demais pontos da Rede; verificar se há algum padrão nos encaminhamentos; e checar qual o melhor canal de contato da USE com a regulação.

A) Tema: Campo de ação estratégica

Atuação da Regulação na saúde pública de São Carlos

Esse bloco de perguntas teve por objetivo principal entender como o Departamento de Regulação atua na rede pública de saúde, qual é o interesse nesse campo e como ele defende os interesses da SMS nesse espaço.

- Qual é a função do Departamento de Regulação na rede pública de saúde de São Carlos?
- Qual é o principal interesse da Regulação nesse campo da saúde em São Carlos?
- As ações da Regulação são determinadas pela SMS? Há alguma diretriz ou documento que especifique isso?
- De que forma a Regulação acompanha e orienta o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades de saúde do município?
- Na visão de vocês, esse fluxo é adequado? Quais são os pontos positivos e negativos dele?
- Vocês também são responsáveis por orientar o fluxo de usuários entre as unidades de saúde?
- Esse fluxo é suficiente?

- Você considera que a saúde pública de São Carlos funciona em rede? O que você entende como rede?
- Quais são os principais gargalos apresentados na relação entre as unidades?
- Há um controle único do atendimento realizado nas unidades de saúde de São Carlos?

Relação entre Regulação e USE

Essas perguntas pretenderam conhecer como a Regulação se relaciona com a USE; se há compartilhamento de agendas entre elas; como isso acontece ou deveria acontecer.

- Como a Regulação tem acesso às informações sobre os serviços prestados pela USE? Esse canal é suficiente?
- A USE integra o CROSS? Por quê? Se não estiver, como vocês, então, agendam horários para os usuários da rede nos serviços da USE?
- Vocês têm um interlocutor na USE para tratar questões de agenda e especialidades de atendimento? Vocês mantêm contato frequente?

Atuação da USE na rede

Esse grupo de questões quis compreender como o Departamento de Regulação avalia a atuação da USE na rede; os problemas que o Departamento pontua nessa atuação; e como a Regulação acredita que isso poderia ser aprimorado.

- Há atendimentos que somente a USE oferece para a população de São Carlos de forma mais efetiva que as demais unidades?
- Há algum tipo de atendimento que vocês direcionam apenas para a USE? Qual?
- Quais os critérios vocês utilizam para orientar as unidades para encaminhar pacientes para a USE-UFSCar?
- Há alguma dificuldade no fluxo de pacientes entre as unidades da rede e a USE? Quais?
- Como você avalia que essas dificuldades podem ser superadas?
- Na visão de vocês, o que pode ser feito para consolidar a atuação da USE na saúde pública de São Carlos?
- Por fim, a Regulação tem controle de quantos atendimentos são feitos na rede, nas diferentes complexidades?

B) Tema: Comunicação

Esse grupo de perguntas teve o objetivo de compreender como acontece a comunicação e a troca de informação entre as unidades da rede e entre elas e a USE. Aqui também há a ideia de entender se o Departamento de Regulação é o responsável por manter esse fluxo de informação entre as unidades da rede, a fim de estabelecer uma ligação e o conhecimento amplo entre elas; e a forma como esse processo é conduzido.

- A Regulação é responsável por fomentar a rede com informações sobre serviços ofertados entre as unidades?
- O processo de comunicação/conhecimento entre as unidades é suficiente? O que falta? De que forma poderia ser melhorado?
- Você acredita que o nível de conhecimento entre as unidades da rede influencia esse fluxo de referência e contra-referência entre elas? De que forma?
- Em relação à USE: você tem informação suficiente sobre a Unidade para repassar às demais unidades?
- Quais são os serviços ofertados pela USE que vocês divulgam para as demais unidades?
- Todas as unidades de saúde da rede de São Carlos sabem da existência e do papel da USE?
- Qual é a melhor forma para manter o Departamento de Regulação informado sobre a USE?

4.1.5 Unidades que mais encaminham usuários para a USE

As entrevistas com esse público pretenderam identificar o quanto essas equipes conhecem sobre a USE; levantar quais são as orientações e informações que a Regulação passa sobre a USE; compreender o que as estimulam a encaminhar para a Unidade; qual é a orientação que repassam para os usuários encaminhados; e levantar qual é o melhor canal de contato com a USE.

A) Tema: Campo de ação estratégica

Relação das unidades com a USE

Esse grupo de questões visou compreender as razões pelas quais algumas unidades da rede pública de saúde de São Carlos, que são os demais atores do campo em que a USE atua,

encaminham os pacientes para USE; como esse encaminhamento é realizado; e como os pacientes são orientados nessa referência.

- Como funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE-UFSCar?
- Na sua visão, o sistema de saúde de São Carlos funciona em rede? O que você entende por rede?
- Quais são os tipos de demanda que vocês encaminham para a USE?
- Há algum padrão de encaminhamento para a USE determinado pela Regulação ou SMS?
- Como vocês orientam os usuários para atendimento na USE?
- Vocês acham que a atuação da USE é suficiente? Por quê? Como poderia melhorar?

B) Tema: Comunicação

Essas perguntas pretenderam levantar respostas que esclareceram como as unidades recebem informações sobre a USE; quem repassa essas informações, ou deveria repassar; e qual seria o melhor canal de contato para que elas tenham sempre informação atualizada com a USE e estreitem sua relação com a Unidade.

- Como vocês ficam sabendo informações sobre os serviços que a USE oferece?
- Vocês recebem orientação do Departamento de Regulação, ou de outro setor da SMS, sobre os serviços e novas informações da USE?
- Na visão de vocês, o nível de informação que as unidades têm uma das outras influencia no número de pacientes que são encaminhados?
- Se esse nível de informação melhorasse, o fluxo de pacientes para referência e contra-referência seria mais adequado?
- Qual seria o melhor canal de contato para vocês receberem informações atualizadas sobre a USE?
- Vocês conhecem a USE pessoalmente? Gostaram de conhecer e de participar de iniciativas da Unidade voltadas à temática da saúde? De que forma?

4.1.6 Unidades que menos encaminham pacientes para a USE

As entrevistas com esse público pretenderam identificar o quanto essas equipes conhecem sobre a USE; levantar qual são as orientações e informações que a Regulação passa sobre a USE; compreender o porquê encaminham poucos pacientes para a Unidade; e levantar qual é o melhor canal de contato com a USE.

A) Tema: Campo de ação estratégica

Relação das unidades com a USE

Esse grupo de questões visou compreender as razões pelas quais algumas unidades da rede pública de saúde de São Carlos, que são os demais atores do campo em que a USE atua, não encaminham os pacientes para USE e os motivos pelos quais esse encaminhamento não acontece.

- Como deveria funcionar o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE-UFSCar?
- O sistema de saúde de São Carlos funciona em rede? O que é rede para você?
- Por que vocês encaminham poucos pacientes (ou não encaminham) para a USE-UFSCar?
- Vocês teriam pacientes para encaminhar para as especialidades da USE? Para onde vocês os encaminham, então?
- Vocês acham que a atuação da USE é suficiente? Por quê? Como poderia melhorar?

B) Tema: Comunicação

Esse bloco único de perguntas pretendeu levantar respostas que esclareceram como essas unidades conhecem a USE e sabem o que ela oferece; se recebem informações sobre a USE; quem repassa essas informações, ou deveria repassar; qual seria o melhor canal de contato para que elas tenham sempre informação atualizada com a USE e estreitem sua relação com a Unidade.

- Vocês conhecem a USE?
- Como vocês ficam sabendo informações sobre os serviços que a USE oferece?
- Vocês recebem orientação do Departamento de Regulação, ou de outro setor da SMS, sobre os serviços e novas informações da USE?

- Na visão de vocês, o nível de informação que as unidades têm uma das outras influencia no número de pacientes que são encaminhados?
- Se esse nível de informação melhorasse, o fluxo de pacientes para referência e contra-referência seria mais adequado?
- Qual seria o melhor canal de contato para vocês receberem informações atualizadas sobre a USE?
- Vocês conhecem a USE pessoalmente? Gostaram de conhecer e de participar de iniciativas da Unidade voltadas à temática da saúde? De que forma?

É importante destacar que o roteiro das entrevistas semiestruturadas foi seguido na totalidade das entrevistas, mas, em alguns casos, o contexto das respostas ensejou novas questões que contribuíram para a análise proposta na pesquisa e não fugiram ao escopo do trabalho. Todas as perguntas e respostas estão transcritas na íntegra no Apêndice A. Para garantir o sigilo e privacidade dos entrevistados, conforme estabelece o TCLE, nenhum deles foi identificado na transcrição, assim como nomes de outros profissionais mencionados por eles, e nomes de unidades que facilitem a identificação dos entrevistados.

5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Essa seção apresenta uma análise detalhada das entrevistas realizadas com representantes e integrantes de unidades apresentadas em seção anterior e que compõem o sistema de saúde pública de São Carlos. A proposta das questões foi compreender a relação dessas unidades com a USE-UFSCar, verificar o fluxo da informação dentro do sistema de saúde do município e conhecer, no geral, como essas unidades reconhecem esse sistema.

Para facilitar a análise das entrevistas, esta seção está dividida em dois temas principais que compõem o referencial teórico do trabalho – campo de ação estratégica e comunicação. Essa análise detalhada foi feita a partir de subseções com questões observadas ao longo das entrevistas, previstas desde o início nos roteiros já descritos, e embasamento no referencial teórico. Haverá também uma conclusão da análise compilando os principais levantamentos.

5.1 CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA

De acordo com Candido *et al.* (2017), o campo de ação estratégica (SAF) defendido por Fligstein, é caracterizado como arenas socialmente construídas em que atores detém recursos variados e buscam vantagens. Nessa percepção de Fligstein há três aspectos fundamentais relacionados ao SAF, sendo: sentimento de pertencimento, fronteiras do campo que variam conforme interesses e a situação, e o terceiro elemento se refere aos entendimentos que embasam a operação do campo (o que está em jogo em determinado momento, quem são atores incumbentes e desafiantes, regras e formas de agir). Na visão dos autores, uma das bases dos SAFs é a troca informacional e a densidade de interação entre organizações e atores previamente diferentes, temas que integram este trabalho.

Com base nisso, compreende-se que o sistema de saúde pública de São Carlos é o campo de ação estratégica em que a USE está inserida, composto por diversos atores – sendo o incumbente o Estado (representado pelo Ministério da Saúde); a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Carlos como unidade interna de governança (que atua no campo para garantir que os interesses do incumbente sejam seguidos e mantidos); e os desafiantes que são todas as unidades que compõem a rede (unidades da Atenção Básica, média complexidade e alta complexidade, prestadores de serviço, usuários). Há um objetivo comum de todos esses atores que é o atendimento à saúde da população por todo o caminho de cuidado necessário à cada usuário, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede tem como recursos o orçamento financeiro definido anualmente pela SMS e distribuído entre os níveis de complexidade, e as

equipes de profissionais (recurso humanos) que operam o sistema em diferentes níveis e atividades, além de infraestrutura e equipamentos. E, por fim, as regras desse campo são prescritas pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, por meio de diretrizes e portarias que definem as ações de saúde no SUS.

A partir da compreensão do campo em que a USE está inserida, é importante analisar as relações entre os atores e a realidade do funcionamento do sistema para compreender de que forma um plano de comunicação pode colaborar para a Unidade Saúde Escola da UFSCar consolidar sua atuação na rede pública de saúde de São Carlos, com ações que reflitam as reais necessidades e possibilidades de ação da USE nesse contexto. As próximas subseções analisam diferentes aspectos da realidade desse campo, extraídos das entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde da rede e da USE.

5.1.1 Saúde em Rede

De acordo com Paulillo *et al.* (2016), a análise de redes tem seu alicerce na estrutura das relações sociais e rejeita a ideia de que as pessoas, organizações ou instituições sejam entidades estáticas, atomizadas e com limites claramente definidos – características que também não se aplicam a sistemas de saúde que mantêm atendimento constantes a diversas necessidades de cuidados em saúde dos pacientes em diferentes níveis de atenção, complexidade e especialidades. Para os autores, a configuração em rede implica na substituição de um sistema piramidal para alcançar a excelência de produtos e serviços. A partir disso, eles colocam que as organizações passam a ter uma estrutura mais distribuída e procedimentos menos autocráticos quando a configuração da rede se estabelece e permite a prática de relações mais horizontais e não hierárquicas.

Essas características também são atribuídas à Rede de Atenção à Saúde (RAS), apresentadas por Oliveira (2016), Mendes (2011) e Spedo *et al.* (2010). Esses autores explicam que o SUS no Brasil é um sistema fragmentado, hierárquico com unidades desconectadas e incoerente com as necessidades de saúde da população. Oliveira (2016) e Mendes (2011) reforçam a importância de se implantar no Brasil a RAS, um sistema poliárquico, com relações horizontalizadas, que tem na Atenção Básica seu centro de comunicação e ordenador do cuidado em todos os níveis de atenção. Essa rede também tem por característica a manutenção de vínculo próximo com seus usuários e um fluxo de informação contínua, por meio do qual as unidades se conectam e têm conhecimento do funcionamento da rede como um todo. Oliveira (2016) relata que há um esforço no Brasil de se implementar a RAS, inclusive com a Portaria

nº 4.279 (2010) que estabelece diretrizes para a RAS no SUS. No entanto, essa implantação ainda é insuficiente, principalmente pelo enfraquecimento da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS). Mendes (2016) cita que no Brasil “faz-se essencial que as equipes primárias de saúde estejam organizadas e operando da melhor forma possível para haver a substituição do modelo de saúde hegemônico pelo modelo de redes integradas de saúde” (MENDES, 2011, p.46).

Na saúde pública de São Carlos é possível observar, a partir das entrevistas, que essa rede ainda não está estabelecida na prática, apesar de ser nomeada como rede pública de saúde de São Carlos. Essa, aliás, foi uma resposta unânime de todos os entrevistados, reforçando que essa rede não existe na prática. Algumas falas ilustram isso: “Ela [rede] é integrada. Ela é integrada, ponto. Ela é integrada da forma de vagas para consulta, vagas hospitalares. A saúde em São Carlos ela é integrada, mas ainda de forma arcaica” (E11); “É muito fragmentada, tem fluxos que são muito burocráticos” (E24); “Eu não posso falar que hoje há rede de cuidado. A rede está fragilizada. Então, assim, todo o município, o Brasil precisa trabalhar em rede. Então, assim, hoje o município de São Carlos tem uma fragilidade da rede, tá? Então, assim, os diálogos acontecem? Acontecem. O trabalho em rede acontece? Para alguns casos, sim. É unânime, de fato está fortalecido? Tem fluxo estabelecido, tanto no trabalho de linha de cuidado, dentro das redes que estão sendo discutidas dentro da RAS? Não que eu perceba, só se eu estiver equivocada. Eu falo muito respaldada na minha prática profissional e dos espaços que eu estou participando, de conselhos, de discussões” (E3); “Funciona em rede, não na sua plenitude. Funciona parcialmente em rede. Porque a gente não se conversa” (E19); e “Não, não funciona como uma rede. Porque ele não está planejado para as necessidades do município. Ele não está organizado de acordo com o perfil epidemiológico do município. Não tem como funcionar como rede porque oferece mais do que menos precisa e menos do mais precisa. Para se organizar em rede, tem que ter um estudo clínico das necessidades de saúde do município, e isso não acontece. Inclusive, os lugares que as unidades estão distribuídas” (E16). E25 tem a mesma percepção: “A saúde de São Carlos funciona em rede? “Não, de maneira nenhuma. Eu nunca vi funcionar em área nenhuma. Cada um trabalha por si, são independentes entre si. Todo mundo se reporta à SMS, mas, assim, os serviços deles não são integrados, infelizmente”.

Pelo fato da rede de saúde não estar estruturada adequadamente na cidade há vários problemas que se refletem por todo o caminho de cuidado dos pacientes. Esses impactos, conforme os entrevistados, serão apresentados a seguir. O primeiro deles é a **referência e contra-referência** inadequadas. Na USE, a resposta das profissionais do Acolhimento é uníssona ao mencionar que a maioria dos encaminhamentos e a orientação aos usuários não

vêm adequadas. Apesar da haver uma guia de referência e contra-referência disponível nas unidades do município, os documentos chegam à USE sem história clínica dos pacientes, sem hipótese diagnóstica, procedimentos já realizados e justificativa do encaminhamento. Na visão das profissionais, esse problema impacta no Acolhimento por dificultar o levantamento da real necessidade de cuidado dos pacientes. Os trechos a seguir destacam essa constatação: “Vem encaminhamentos sem nome do paciente, principalmente na área da Fisioterapia porque a gente está ali na porta de entrada, recebo de tudo. Sou psicóloga. Eu receber um encaminhamento com uma ficha SADT só escrito fisioterapia motora não me ajuda em nada. Então, muitas vezes, eu vou coletar informação para saber o possível diagnóstico, do quadro, só com o paciente. É raro um encaminhamento bem feito” (E9); “Os encaminhamentos não chegam corretos. Falta, principalmente, a unidade de origem, a data do encaminhamento, os dados, CID só se for encaminhamento do médico e, geralmente, a gente vê os que vêm da Santa Casa e eles são digitados. Eu penso que deve ser meio obrigatório. Mas os que vêm da rede, em geral, o histórico é muito pequeno, geralmente vem só a hipótese diagnóstica. O que ocorre é que, como o momento é do Acolhimento, a gente tenta resgatar esse histórico junto ao paciente e aí, vai subsidiando a gente mediante aquilo que foi possível identificar. Encaminhamentos do AME eu também percebo que são mais completos, são impressos, tudo certinho. Mas, encaminhamentos, principalmente das Unidades Básica de Saúde, são muito pobres de informação” (E5); e “Eles[pacientes] vêm, às vezes, dá dó, sabe? Porque eles já passaram no postinho perto da casa deles, aí mandou para outro lugar, daí do o outro lugar mandou para cá e nenhum resolveu o problema dele” (E9).

Em relação aos encaminhamentos e orientações inadequados, a USE considera que as informações devem ser fornecidas na AB, que está direcionando o paciente. Esse trecho da entrevista, por exemplo, destaca isso: “Acho que quem tem mais condições de fazer isso é a rede básica, né? Que está mais próxima do usuário, conhece o usuário. Eu acho que a rede básica, ou o postinho, que é onde o paciente deveria ter a referência dele, né...é o primeiro lugar que ele procura ajuda. Lá, eu acho que caberia esse trabalho de orientar como que é a rede, onde que ele vai, quais são as etapas do atendimento...Enfim, a gente acaba fazendo isso aqui, né?” (E9).

Um representante do Departamento de Regulação, setor também responsável pela coordenação do fluxo de pacientes pelo sistema público, relata que há uma preocupação de corrigir esse erro dos encaminhamentos, que as orientações são repassadas para todas as supervisões das unidades da AB, mas que nem sempre é possível garantir a efetividade desse processo. Na entrevista, E12 cita que “mesmo você fazendo orientação, você tendo fluxo

estabelecido, que nem esses critérios das guias de referência e contra-referência, a gente fez, formalizou, passamos para todas as chefias de unidades para que eles dessem ciência com todos os profissionais. Mesmo assim, isso não é uma garantia que está funcionando dessa forma”. Representantes das unidades, afirmam que esse encaminhamento é feito corretamente: “Geralmente, a gente entrega a guia e liga no setor para se informar qual seria o melhor horário, a melhor maneira de estar encaminhando para ela não ir e estar com a porta fechada. Via telefone, a gente tenta buscar a informação via telefone” (E19); “A gente dá o telefone e pede para o paciente ligar e se informar sobre o que vai precisar para cadastro, como funciona, se tem fila de espera, se não tem, se é só chegar e levar documentos” (E14) e “Nós encaminhamos com telefone e orientamos a se informar melhor pelo canal de comunicação para saber como funciona” (E15), dentre outras falas que podem ser cheçadas no Apêndice A.

Outra ferramenta para melhorar essa questão da referência e contra-referência, e que também auxilia no processo de aproximação é o matriciamento proposto entre as unidades e, também entre parceiros, como USE e AME, por exemplo, e as unidades da rede. O matriciamento consiste em capacitar os profissionais das unidades, com abordagem, diagnóstico e condução de casos dos pacientes, propondo a elaboração de terapias conjuntas que qualifiquem o atendimento ao usuário e deem maior capacidade de resolutividade para os pontos da rede. A Regulação cita que “Eu preciso ter essas discussões de matriciamento e fortalecer essas equipes multiprofissionais nesse sentido. Porque, se eu tenho uma equipe multiprofissional atuante, mesmo que eu não tenho psiquiatra, por exemplo - eu sei que ele é fundamental para o diagnóstico -, mas eu consigo, minimamente, apoiar esse usuário, dar um suporte, às vezes, até para ele não entrar no surto. A gente já tentou várias formas, né? Marcar em lugar neutro, aí as pessoas começam, vão duas ou três, e depois não vai mais. ‘Então, vamos fazer dentro da própria unidade, aí não tem desculpa de não conseguir sair’. Mas, as pessoas não se corresponsabilizam” (E12). Apesar da importância do matriciamento, algumas unidades mostram vários entraves e resistências a ele: “É uma estratégia importante de gestão e de cuidado, facilitadora, mas que eu vejo que a equipe, em si, está bem desanimada. O matriciamento seria essa aproximação entre as pessoas, entre todos nós. Meu medo é isso se perder mesmo. Tenho que discutir com meu gestor e falar que o pessoal aqui não quer ir mais fazer matriciamento, não é bem recebido, não está vendo sentido. Isso é uma perda muito grande” (E22); e “Tanto matriciarmos a rede quanto a rede nos matriciar. Essa interlocução é difícil, sabe? Parece que sempre fica uma coisa assim: ‘Quem sabe mais, a gente sabe e ele não sabe’. É uma imagem que eu tenho que precisa ser desconstruída. ‘Ah, a universidade toda poderosa está para ensinar’. Não é, eles que têm o contato direto com os usuários, eles têm

muitas coisas para nos ensinar. Acho que poderia ter essa troca, essa troca de matriciamento, essa troca de...acho que é uma coisa que a gente chama de educação permanente. Um vai ajudando o outro, trocas de experiências” (E8).

Outro problema da rede é o **excesso de usuários que ficam na média complexidade** após a resolução do cuidado na especialidade, por falta de local ou acompanhamento devidos para continuidade do cuidado da Atenção Básica. Esse problema é citado por Spedo *et al.* (2010) e E2 expõe isso na sua fala: “A alta, se tivesse uma rede estruturada, ok, porque você poderia dar seguimento ali. O problema é que não tem para onde encaminhar”. E1 também expõe essa condição na rede: “o grande problema que enfrentamos é que não há serviços no município em muitas das especialidades, especialmente Fisioterapia e Psiquiatria. Além disso, a rotatividade de pacientes crônicos em atendimento, em muitas áreas de especialidade, fica comprometida, pois não temos locais no município para encaminhamentos”. E18 reflete da mesma forma: “O clínico encaminha, passa pelo endócrino, estabiliza o quadro e devolve para ser acompanhado na UBS. Quando necessário, ele volta para reajustar a dose, e a gente não consegue fazer essa devolução. Precisaria voltar esse paciente. Quem encaminhou, você vem, estabiliza e volta. Essa dinâmica que precisa ser incrementada”.

De acordo com os relatos dos entrevistados, esse problema do excesso de usuários que ficam retidos na média complexidade e a inadequação da referência e contra-referência são reflexos da fragilidade da Atenção Básica, que será apresentada na análise da próxima subseção.

5.1.2 Atenção Básica

Esse nível primário da atenção à saúde de São Carlos carece de profissionais e recursos para atender a demanda de saúde da população, que vem crescendo com maior velocidade a partir das crises econômicas que ocasionaram a migração de muitas pessoas dos planos de saúde particulares para o SUS. A fala de E3 evidencia isso: “A Atenção Básica está fragilizada, ela não está dando conta do cuidado que ela deveria cuidar, tendo que passar para a média complexidade pra dar conta daquele usuário”. Um trecho da resposta de E7 também aborda essa questão: “Eu acho que um estressor muito importante é a falta de profissional. Lá na rede. E falta de vagas. Eu acho que esse ponto é muito importante, por quê? Gera um estresse muito grande. Como eu, fisioterapeuta, dou conta do problema da Vila São José e da Vila Nery, um só, 30 horas semanais? Não dá. Tem um profissional da Vila Isabel que não tem sala pra trabalhar, que não tem equipamento. Então, essa falta de profissional ela dificulta, dificulta muito”. No próximo trecho, essa questão também fica clara: “Por sobrecarga de trabalho, a

gente tem muito, assim, a demanda aumentou bastante. A gente não conseguiu ampliar o número de unidades no nosso município e isso é uma realidade. A gente está bem aquém do que a gente deveria ter. Então, eu tenho unidades, assim, extremamente lotadas de pessoas, de usuários e, agora com essa situação também nossa, de Brasil, cada vez mais as pessoas deixando o plano para utilizar o SUS. E, aí, equipes no mesmo formato de anos, não conseguem ampliar” (E12).

Mendes (2011) e Oliveira (2016) defendem a importância de fortalecer a Atenção Básica e reforçam que esse nível é que vai ordenar todo o fluxo do atendimento ao usuário, inclusive nos demais níveis de complexidade (média e alta), além de estabelecer a proximidade com o paciente.

Na visão dos entrevistados, essa fragilidade da AB, que reflete a situação geral de toda a rede de saúde pública de São Carlos, é fruto de questões múltiplas que precisam ser repensadas de forma efetiva para ampliar o acesso da população a um serviço de saúde de qualidade. Spedo *et al.* (2010) já citavam a importância de um “conjunto articulado de ações que devem incorporar condução política, análise de situação e planejamento, com o objetivo de viabilizar o acesso do usuário aos serviços, visando à integralidade e à resolutividade do sistema de saúde” (SPEDO, *et al.*, 2010, p. 967). Nesse contexto, a primeira percepção a ser destacada das entrevistas está relacionada à **gestão**. Aponta-se para a necessidade um olhar mais técnico para a saúde municipal com levantamento das necessidades de saúde da população que busca o atendimento, das principais carências e especialidades e da distribuição das unidades pelo município. Esse trecho da entrevista de E3 traz esse apontamento: “Então, eu acho que tem uma fragilidade de gestores, no sentido de compreender como a gente vai trabalhar, onde precisa ser fortalecido. E aí, profissionais extremamente desmotivados, desmobilizados, isso vai acabar impactando no usuário. É um assunto muito complexo, muito complexo”. A exposição de E17 também evidencia esse problema: “É o que eu sinto que não funciona em rede e não tenho muita esperança que funcione em rede. A não ser que venha alguém muito técnico, que mude a SMS para técnica mesmo, que tenha equipe técnica e que olhe para a parte técnica. Aí, a gente consegue uma progressão”. E12, representante do Departamento da Regulação, também aponta a necessidade de ampliar o contato da gestão: “As três partes estarem juntas [em reuniões e decisões]. O gestor tem um conhecimento do fluxo que está acontecendo para orientar, mas as pontas[unidades] estariam se falando”.

Outro fator a ser analisado também à luz da fragilidade da Atenção Básica está relacionado com o **compromisso dos profissionais** frente à toda a linha de cuidado do usuário. Vale reforçar, nesse sentido, a fala de E3 citada no parágrafo anterior, que relata a desmotivação

e desmobilização desses profissionais na rede. Spedo *et al.* (2010) apontam sobre a necessidade de qualificar e preparar as equipes de profissionais, inclusive para executarem encaminhamentos corretos que garantam o fluxo adequado de atendimento às necessidades dos usuários. Nas entrevistas, a questão do comprometimento dos profissionais da rede foi bastante mencionada. “O básico é compromisso pessoal para tudo. Desde fazer um encaminhamento perfeito, fazer o contato com os profissionais da rede, para atender o paciente, o usuário com responsabilidade e organização. Tudo para mim vem do compromisso pessoal” (E8); “Também é um problema a falta de compromisso profissional. Eu acho que a corresponsabilidade é de todos” (E12); “Fisioterapia porque a fisioterapeuta...a gente tem duas aqui, uma só manda porque a outra não manda? Eu tenho duas profissionais, uma atende tudo aqui e a outra não atende quase nada aqui, o mais fácil é referenciar...” (E19).

Em um olhar ampliado do SUS em São Carlos, há um fator muito destacado nas entrevistas relacionado à interferência da **política no contexto da saúde pública**. Na pesquisa de Spedo *et al.* (2010) “a conjuntura política representa mais um importante entrave à organização do sistema de saúde”. (SPEDO *et al.* 2010, p. 960). Nas entrevistas, a questão política foi algo bastante mencionado, como destaca-se nos trechos a seguir: “A gente tinha uma parceria bastante efetiva no passado, com a Universidade Federal, que eu acho que teve uma desconstrução e a gente sabe que permeiam questões políticas, atravessam bastante, e isso foi uma coisa que eu acho que desconstruiu bastante nos últimos tempos. Isso foi uma coisa perceptível, muito pela gente, que está na rede há muitos anos” (E12); “a questão política, da composição das secretarias, tem atrapalhado muito o trabalho técnico[...]Essa é a frustração que eu tenho, a dificuldade nossa de diálogo é muito grande porque as ações tendem a não ter continuidade na Atenção Básica” (E6); “Aí, depende da vontade política de contratação e de organização desse serviço, de organização de salas de atendimentos, de profissionais, de rodízio de profissional [...] Depende da unidade, depende da gestão. Isso é um problema porque as unidades deveriam ter uma engrenagem construída não por questões políticas. Tinha que ser uma política de estado e não de governo, muda o governo, muda a forma de organização. E isso acaba engessando porque as questões políticas interferem muito” (E16); “Eu acho que é uma questão política. Política também daquilo que está sendo oferecido para a cidade, o que é importante” (E7); “Até por ser serviço público, questões políticas mesmo, partidárias. Porque a USE, acho que tem 14 anos. Em 14 anos quantos partidos políticos já passaram? E até a prioridade governo, né? Será que a saúde é uma prioridade, será que estamos envolvidos?” (E5); e “Eu acho que é difícil quando muda de gestão. Pelo fato de a cada quatro anos...você tem essa mudança. Dependendo de quem entra, não dá seguimento naquilo que começou” (E22).

Outro ponto que se insere na análise da rede de saúde de São Carlos é a **tecnologia da informação**. Atualmente, o sistema conta com a Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), sistema por meio do qual a AB pode agendar as consultas e alguns exames nas demais unidades para os usuários. As vagas são disponibilizadas pelas unidades que ofertam o serviço e as demais fazem o agendamento da primeira consulta pelo sistema (possíveis retornos para acompanhamento do caso serão agendados posteriormente pela unidade que recebeu o paciente encaminhado). E18 conta como esse fluxo acontece entre a AB e a média complexidade: “existe um fluxo...paciente é atendido na rede básica, primeira consulta é lá. O clínico encaminha, eles é que agendam a primeira consulta. Nós marcamos o retorno. Ele sai da consulta, vai até o balcão e agenda o retorno. Mais de seis meses, o retorno passa a ser dado pela unidade básica de novo. Ele vai entrar numa lista da unidade básica e não daqui”. Para a gestão da saúde, a CROSS foi importante para facilitar o agendamento de consultas e exames, mas ainda é um gargalo na atenção terciária e urgência e emergência. Esse trecho da entrevista de E11 reforça isso: “o CROSS na Atenção Básica ele é fundamental, mas quando você pega o CROSS na urgência e emergência você tem dificuldade. Do resto, na Atenção Básica, ele se tornou uma ferramenta crucial para reorganizar. Não existe furar fila, não existe um político influenciando pra você passar na frente, não pode, entendeu? Na questão dos hospitais, por exemplo UTI, você não sufoca as UTIs. A pessoa só vai quando tem leito de UTI disponível. Então, o CROSS na Atenção Básica foi maravilhoso, mas na urgência e emergência o *feedback* demora muito e acaba sacrificando o paciente” (E11).

O Departamento de Regulação da SMS também avalia a importância da CROSS para a rede, principalmente na AB, que fazia os agendamentos manualmente, mas reforça que ainda é preciso um sistema que congregue as informações de cirurgias. “Ainda, a gente não está com as cirurgias, mas é o próximo passo nosso também, que a gente tenha a lista de cirurgia, a gente tem um sistema interno, mas a gente também tenha isso para que possa visualizar nas unidades como está essa lista. Na hora que o usuário chega e quer saber como está, ele possa ser orientado” (E12). Para as unidades de AB – UBS e USF – a CROSS facilita o agendamento dos pacientes, mas não permite muita flexibilidade. Esse trecho da entrevista mostra isso: “Ele [CROSS] funciona engessado. Você vai marcar, mas as duas pernas engessadas. Ele tira minha autonomia. Apesar de falar você tem autonomia para tudo, eu perco isso” (E19).

A USE não tem todos os seus serviços disponíveis na CROSS, mantendo apenas as vagas de alguns ambulatorios e teste ergométrico. Nas entrevistas com as unidades da rede, essa questão não foi destacada como um problema. Para algumas entrevistadas da USE, a participação parcial da Unidade na CROSS é explicada pela especificidade das linhas de

cuidado e serviços oferecidos na Unidade. E7 relata isso: “Cada ação tem seus critérios para ser inscrito, mas nem o Acolhimento consegue fazer isso. Se eu pudesse inscrever, eu inscreveria todo mundo. E não é claro para mim enquanto Acolhimento. Ou está fechado para mim. Agora, se tiver uma maneira de saber de tudo o que acontece, nos pormenores, que tem um projeto...por exemplo, projeto de artrose, artrite com um tratamento de homeopatia e orientação de exercício é para pessoa entre 40 e 70 anos”. E8 tem a mesma compreensão: “[CROSS] não dá conta da complexidade. Porque ele precisa respeitar a ordem de chegada. Aqui, muitas vezes, não há um respeito pela ordem de chega. Por quê? A área de interesse”; e “a USE é um misto, não é só ambulatório médico que você marca consultas. Algumas especialidades aqui, de alguns ambulatórios, têm sim uma reserva de vaga no CROSS, mas como a gente vai deixar a cargo da SMS agendar os atendimentos se a gente não sabe que atividade que o professor vai trabalhar aquele semestre com os alunos? Tem casos que são interessantes para o professor atender porque ali é a prática do aluno. Se colocar todo mundo vai aparecer só dor no ombro. Porque acho que o CROSS é por chegada” (E4).

Para a gestão da USE compartilhar a agenda para a SMS inserir os serviços da Unidade na CROSS também envolve a questão das especificidades, mas abarca a autonomia dos docentes na oferta das atividades na USE. Neste trecho, E1 fala sobre isso: “Não temos governabilidade direta sobre isso [abrir agenda para a CROSS], pois depende da disponibilidade de cada profissional/docente que propõe atividade de ensino, pesquisa ou extensão na USE. Além disso, os docentes dependem do número de alunos presentes a cada trimestre/semestre na USE. Além disso, muitas áreas não possuem grande rotatividade de pacientes, como acontece na Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por não terem locais no município para contra-referenciar os casos crônicos, por exemplo, de saúde mental e pacientes neurológicos” (E1). No entanto, para uma das entrevistadas da USE-UFSCar, seria possível pactuar melhor essa questão da CROSS e inserir mais serviços no sistema, o que seria positivo para a imagem da USE no sistema: “A extensão, a assistência, a gente poderia colocar ações que são mais regulares, por exemplo, as de ensino, que ficam o ano todo e tal, poderiam estar no CROSS, e extensão, entendo que sim[...]Eu acho que isso é uma das coisas que poderia melhorar, melhoraria nossa imagem, inclusive. Mas eu acho que poderia, mas eu acho que o problema é que depende de uma pactuação. ‘Vamos colocar fisioterapia no CROSS, mas tem 10 subáreas, cinco querem e uma não...’” (E2).

Ainda sobre essa questão da CROSS, foi observado um desconhecimento/desalinhamento de informações sobre o sistema entre as profissionais do Acolhimento da USE. Enquanto, umas têm mais informação sobre isso, outras desconhecem o

procedimento. Há também um desencontro de informações sobre a conduta de atendimento dos pacientes que chegam via CROSS. Para algumas dessas entrevistadas, o usuário agendado via CROSS não passa pelo Acolhimento: “O Acolhimento é só para a gente fazer a inscrição do paciente para aquilo que não é direto. É só para gente entender quais são as atividades que ele poderia ser encaixado de acordo com os critérios de inclusão daquele estágio, daquele projeto. O que é CROSS nem passa pelo Acolhimento” (E5). Em contraponto a esse entendimento, outra profissional do Acolhimento afirma que o usuário agendado pela CROSS precisa passar por esse atendimento inicial na USE: “Olha, enquanto equipe do Acolhimento, eu não tenho muito conhecimento sobre isso. O que eu vivencio é: apenas as consultas médicas estão no CROSS. Ele [paciente] passa pelo Acolhimento porque precisa fazer um cadastro das informações. Ele passa no Acolhimento” (E7).

Além da inserção da USE na CROSS, outras relações da Unidade na rede também foram analisadas e serão apresentadas na subseção a seguir.

5.1.3 USE na rede

Outro ponto que foi avaliado durante as entrevistas foi a presença da USE na rede, com a ideia de verificar como a própria Unidade se posiciona nesse campo e como as demais unidades percebem o papel da USE no sistema de saúde.

A USE já foi apresentada em seção anterior neste trabalho, mas destaca-se aqui os trechos das entrevistas que abordam esse tema. E1 cita que a “A USE está inserida como um Serviço de média complexidade/atenção especializada, onde recebe pacientes referenciados de todos os pontos de atenção à saúde de São Carlos e microrregião, além de serviços sociais e de educação. Oferta serviços compostos por 11 ambulatórios médicos, 10 especialidades em Fisioterapia, 4 especialidades em Terapia Ocupacional, além da assistência em Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Fonoaudiologia e Farmácia”. E2 complementa que “A relação dela [USE] é como prestadora de serviços, ela não é uma unidade da rede, ela integra a rede, mas não pertence à rede”. Além disso, E2 explica que a questão financeira também é relevante na presença da USE na rede: “Uma questão também é financeira porque a gente tem a questão de que a Universidade, ela não tem vindo recursos, a gente tem muita dificuldade, são processos eternos na pró-reitoria”.

Outro objetivo destacado para a presença da USE na rede é a necessidade de ter os usuários para atendimento como forma de preparar os profissionais em formação. Nesse aspecto, E2 destaca uma relação mútua em que a rede também precisa da Unidade para atender

as demandas de saúde da população: “Exercer o papel social da Universidade. Possibilitar o desenvolvimento das ações de ensino, pesquisa e extensão porque sem esse público não tem como ser realizado. A gente precisa, eu acho, que é uma relação assim mútua, a rede precisa da gente e a gente precisa da rede. Então, acho que um objetivo é esse, de poder ter o público para suas ações” (E2).

Entre os diferenciais da USE, as entrevistadas destacam o trabalho interprofissional, a formação dos alunos e as ações de pesquisa e extensão, conforme essas falas enunciam: “Assistência de qualidade, serviço humanizado, acolhedor e gratuito. A educação e a pesquisa acontecem de forma integrada com assistência aos usuários do SUS e por meio de capacitação de recursos humanos que atuam na área da saúde. Ainda, integra ações de docentes e alunos dos cursos de engenharias e de Libras, para fortalecer a integralidade do cuidado em saúde. Os atendimentos são realizados por docentes, profissionais de saúde da Unidade e, principalmente, por estagiários dos cursos da UFSCar como Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional. Ressalta-se que a USE é o único serviço de Fisioterapia na atenção especializada de São Carlos e microrregião. Devido a presença dos profissionais e alunos/estagiários dos diferentes cursos da área de saúde é possível o trabalho interprofissional. Isso promove o olhar ampliado em saúde, com foco no modelo biopsicossocial, favorecendo a identificação de necessidades dos pacientes e de seus cuidadores”. (E1); e “Trabalho interprofissional, acolhimento com escuta qualificada, presença de estagiários e estudantes de pós-graduação, trabalhando com prática baseada em evidência. Além disso, o serviço de Fisioterapia é o único serviço na atenção especializada de São Carlos e microrregião” (E2).

Na avaliação da USE pelos representantes das unidades da rede pode-se observar que a gestão da saúde no município faz uma análise positiva da Unidade. Os trechos a seguir reforçam isso: “Eu sou meio suspeito em falar porque eu conheci a USE. A qualidade do trabalho, o dimensionamento, o referenciamento das pessoas, o trato às pessoas, a resolutividade do tratamento é crucial[...]A nossa intenção com a USE é expandir, melhorar e ampliar, dentro das nossas possibilidades orçamentárias. A USE, hoje, é uma realidade na cidade de São Carlos, eu tenho um... através da nossa Regulação, nós tivemos contato com pacientes que lá vão e o grau de satisfação é, se não for 100% é 99%[...]A USE, por ter o aporte de uma universidade federal, ela tem uma dinâmica um pouco diferente dos outros segmentos do mesmo setor. Então, você observa que é uma coisa diferenciada, né? Você percebe que o paciente com a mesma patologia, tratado, não menosprezando os setores, mas a UFSCar é uma referência mundial, ela não é uma coisa...então, a gente percebe que o tratamento, a evolução do tratamento é muito mais rápida, você vê o avanço dos pacientes no trato, nas patologias,

principalmente, na questão de deficiente, pessoas com certa gravidade de lesões, você percebe que a USE tem sido objeto de sucesso no trato a esses tratamentos” (E11). “[A USE] atende bastante, muitas das nossas necessidades. Apesar da gente saber que é, às vezes, específico, tem todo um protocolo de encaminhamento, não é todo caso que a gente consegue, mas ainda a gente, pelo o que o Departamento coloca, mesmo às vezes não estando no protocolo, tem uma facilidade no sentido de conversar com alguém lá, rever, conseguiria dar um apoio. Muitas vezes, parece que isso é possível, é o que eles me apontaram lá” (E12).

Para as demais unidades da rede que encaminham pacientes para a USE, a avaliação dos serviços prestados pela Unidade é suficiente, mas há uma insatisfação sobre a interrupção dos atendimentos durante as férias acadêmicas que, na visão dos entrevistados, não é positiva. “O que eu sinto aqui é que esses períodos de recesso o paciente fica perdido e não tem para onde ir. Então, aí ele tem que ficar em casa esperando até voltar o atendimento porque não tem mais para onde encaminhar. Então, eu sinto que prejudica. Eles sentem isso, ‘Ah, mas eu liguei lá e volta só dia tal, e agora? Para onde eu vou? Eu tenho que ficar esperando? Não tem para onde ir” (E14); “A gente não tem tido problema. Todos os pacientes que a gente encaminha não voltam reclamando que não conseguiram agendamento. Acho que todo mundo consegue passar no Acolhimento e acho que consegue agendar a consulta no dia e horário” (E20); “Se a atuação [da USE] é suficiente? Dentro do propósito dela, sim. A demanda do município, se a gente for tratar o município, mas pelo propósito dela, eu acredito que se enquadra” (E16); e “A USE sabe que tem todo um cuidado, que a Psicologia e a Fisioterapia de lá é de excelência, só que a gente sabe que não dá pra lotar. Então, a gente acaba mandando, dependendo do caso, seleciona alguns mais complexos e manda para a USE e os casos mais simples para as outras unidades, sabendo que a USE tem um grau de complexidade para atender um grau de complexidade maior” (E17). Por fim, E18 relata que “O atendimento tem bastante resolutividade, é bom o atendimento, mas a questão é essa, a demora para começar o atendimento” (E18).

Em relação à essa questão de seguir o calendário acadêmico, representantes da USE afirmam que a Unidade tem sua força de trabalho principal nos estagiários e, por isso, seu atendimento é consideravelmente reduzido nos períodos de férias letivas, devido à ausência dos alunos. Mas, como expõem os entrevistados, isso é característica da Unidade e está atrelado ao seu papel de formação dos futuros profissionais. Os trechos extraídos das entrevistas com os representantes da USE demonstram isso: “Somos uma unidade escola, que a gente não tem corpo técnico aqui. Quem toca os serviços são os alunos. São 40 alunos e temos três fisioterapeutas, uma da área de cardiovascular, um de respiratória e um de ortopedia. Qual é a capacidade de atendimento? 40 alunos x 3 profissionais? Claro que vai ter oscilação sim, nos

meses de férias, a gente tem que seguir a lei do estágio” (E2) e “E acaba sendo o plano A para suprir, e a USE não deveria ser, porque a gente aqui é ensino, a gente tem um período que oferta a maioria das ações, que é o período letivo. Não tem como oferecer quando não é letivo. E isso é um impacto na rede, isso é um impacto na rede porque a USE não atende nas férias. Não atende mesmo, aqui também tem interesse de pesquisa, aqui é ensino. Então, nossas sessões duram 50 minutos, nossas ações são individuais, em duplas, algumas coisas são em grupo. A gente preza pelo ensino, então aqui tem um jeito de funcionar que não deveria suprir a necessidade da rede. Seria um algo mais” (E7).

É importante destacar que, entre as unidades que mais encaminham pacientes para a USE, foram citadas as especialidades de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Pediatria como as que mais têm necessidade de atendimento na Unidade. Entre as unidades que menos encaminham os pacientes para a USE, a principal indicação para isso foi a grande distância da USE em relação às unidades e o baixo poder aquisitivo dos usuários das regiões, que teriam mais gastos para deslocamento: “Mas, aqui é bem difícil, é uma coisa, assim, às vezes, tem paciente que você poderia até encaminhar para a USE, mas você acaba encaminhando para outro serviço ou tentando resolver de outra forma por causa da distância[...]E pelo fato também de eles serem carentes, é uma população que não tem tantas condições. Então, tem essa dificuldade, a carência financeira e a distância”. (E23) e “Além dessa dificuldade [parar nas férias acadêmicas], a gente tem um pouco de resistência, apesar que as unidades fazem um trabalho de conscientização dos usuários, de distância. Eu tenho bastante dificuldade de regiões distantes, é difícil a gente conseguir a adesão de um paciente porque ele, muitas vezes, não tem condições de bancar o transporte. A gente percebe mais isso nos usuários da região mais distante” (E12).

Antes de finalizar essa subseção, há uma compreensão muito importante da USE em relação à sua presença na rede que se direciona para o fato de a Unidade precisar conhecer a realidade local e buscar ofertar serviços que atendam essa demanda, para além dos interesses de ensino e pesquisa. “[A USE] está formando profissionais para o SUS, na minha visão. Não tem como formar profissionais para o SUS dissociado da realidade local do SUS. Então, colada à realidade local até acho que, talvez, pudesse pensar em ser...um pouco mais próximo ainda dessa realidade. Eu não vejo ainda...isso não é uma questão só da USE, acho que os serviços em geral, de partir um pouco mais da necessidade local. Porque como tem a questão da Universidade, às vezes, também tem um interesse...tudo é interesse. Então, também tem um interesse, um desejo pessoal do docente, dentro da expertise dele e tudo mais, e nem sempre isso está tão articulado. Porque, eu imagino...poderia se partir de indicadores do município para

pensar em ações. Nem sempre isso ocorre. Acho que é isso” (E2). Essa análise da entrevistada vai ao encontro do que foi apresentado por Canzler *et al.* (2017) quando apontam que a defesa dos interesses é fator preponderante para o movimento dos atores dentro do campo e propicia que, entre si, os atores levem em consideração uns aos outros em suas ações para se construir as regras dentro campo ainda emergente. Em uma associação com as ideias defendidas por Tureta e Júlio (2016), conhecer a realidade local do SUS pode ser uma estratégia fundamental para a USE. Os autores apontam que a estratégia pode ser mais explorada ao se extrapolar a organização, saindo em direção ao campo organizacional, já que o estrategizar, assim como outras práticas sociais, está profundamente relacionado ao seu contexto.

Essa indicação de conhecer a realidade local, o que envolve o campo como um todo, incluindo seus atores e demandas, também está relacionada à habilidade social mencionada por Fligstein (2001). Para o autor, os atores hábeis – neste caso, esse ator seria a USE – se relacionam empaticamente com as situações de outras pessoas e, ao fazê-lo, são capazes de fornecer razões para que elas possam cooperar. Essas habilidades sociais permitem que os atores-chave utilizem essas compreensões para oferecer uma interpretação da situação e definam ações condizentes com os interesses e necessidades identificados.

Outro ponto abordado nas entrevistas é a relação da USE com as demais unidades da rede que será tratada na próxima subseção.

5.1.4 Relação da USE com as demais unidades da rede

Como apontam Oliveira (2016), Mendes (2011) e Paulillo *et al.* (2016), a interação entre os integrantes da rede é fundamental para analisar o funcionamento da estrutura. Com foco na análise deste trabalho, a relação entre USE e os demais atores do sistema de saúde é importante para levantar os possíveis gargalos para os quais a comunicação, no seu âmbito, possa sugerir um caminho de resolubilidade.

Na visão da Secretaria Municipal de Saúde, a relação entre a USE e os outros equipamentos de saúde é adequada: “Eu acredito que é boa sim, eu nunca ouvi nada” (E11). Na visão da USE, a relação dela com as unidades acontece especialmente para tratar questões de referência e contra-referência de usuários e discutir, em poucas oportunidades, os casos de alguns pacientes: “A maior parte é isso mesmo, referência e contra-referência, mas já aconteceu de eu ligar na unidade para conversar com enfermeira de uma demanda de um paciente que está aqui, e que está aqui por ser uma unidade especializada, mas não é referência do cuidado, que é na unidade, para discutir o caso, ver como a gente pode articular esse cuidado aqui e lá na

Atenção Básica com o paciente” (E5). Para E9, a relação mais próxima com alguma unidade acontece quando há alguém da Universidade na rede: “Quando tem uma proximidade maior com a rede, que vai além disso, por exemplo ‘Vamos discutir o caso de um paciente’, é quando tem alguém nosso, da Universidade, na rede. Não é a rede, em si, vamos pensar, a rede municipal de saúde. Então, assim, pensando no cuidado, no plano terapêutico no usuário, se dá em alguns momentos, na minha experiência, quando tem alguém da Universidade, no caso, algum professor, lá na rede. Ou no HU, que tem quem já foi daqui e está lá e aí a gente tem acesso ao profissional, mas você vê que é... não é institucional, é pessoal”. E7 cita também canais de contato criados informalmente para agilizar a troca de informação entre as unidades: “A equipe do Acolhimento é um contato mais pontual, pessoal. Então, a gente liga nas unidades, a gente conversa com a enfermeira da unidade, com os demais profissionais. Nós temos também um grupo de WhatsApp que foi criado pelos fisioterapeutas da rede e esse grupo foi unindo muitas pessoas, inclusive a equipe do Acolhimento, de todas as especialidades. Agora a questão mais gerencial, né? Aí, a gente pressupõe que a direção faz essa comunicação, tá?” (E7).

A relação entre a USE e as demais unidades da rede foi algo bastante presente nas entrevistas. A USE entende que as unidades sabem da sua existência, mas desconhecem o seu papel, o que realmente executa e oferece ao cuidado em saúde da população. Essa fala de E3 exemplifica a colocação: “Olha, eu acho que às vezes compreender que a gente é um serviço de média complexidade. Esse é ponto principal. Eu acho que muitos serviços acreditam que a gente tem que atender tudo e alguns perfis de usuários não são perfis para média complexidade. Eu acho que umas das dificuldades é essa, os profissionais que estão fazendo o cuidado em saúde entenderem o que é a USE, pensando na sua essência de atendimento. E aí eu cito muito a questão da Fisioterapia porque é onde eu acho que tem mais problema de compreensão” (E3). Já para E8, a rede ainda conhece pouco o que a USE realmente desenvolve, e o que se sabe parte de pessoas que já estiveram na USE e hoje estão atuando na rede: “Algumas pessoas que já passaram, alguns preceptores, alguns médicos que estão na rede, já passaram de alguma forma por aqui ou conhecem a UFSCar, sabem da USE. Temos também, por exemplo, pessoas aqui da USE, profissionais que participam dos Conselhos Municipais. Mas, ainda há muito desconhecimento também por falta de vontade, que eu sinto. Mas, as pessoas que conhecem, assim, nós temos feito grande propaganda, tentando veicular informações sobre a nossa unidade, melhorando o site, eu sei que a gestão tem feito isso. Divulgando nossos números, nossos atendimentos, nossas atividades...tem sido feito esse esforço” (E8). Para E4, o desconhecimento da rede sobre o papel da USE tem ligação com todas das unidades envolvidas: “O desconhecimento é porque falha dos dois lados. Acho que se são serviços que, de certa

forma, são complementares, eu acho que deveria ter mais interfaces. Mais vivências, mais comunicação, mais acertos, né? E não tem” (E4).

Além das unidades de atendimento em saúde de São Carlos, a USE também se relaciona com outros atores que estão dentro da UFSCar, como os docentes, departamentos e a gestão da própria Universidade. Essa relação também foi abordada nas entrevistas e é considerada importante para avaliar esse campo em que o objeto de pesquisa está inserido. E1 explica essa relação com atores docentes e servidores da própria Unidade determina as vagas de atendimento oferecidas. “Cada supervisor/docente e servidor da USE disponibiliza o número de vagas para o acolhimento e cada um deles gerencia a abertura e fechamento da lista, com base nas altas de pacientes atendidos e/ou número de alunos durante os revezamentos de turmas de estágio”. E2 faz outras avaliações e levanta a necessidade da participação da USE em decisões referentes à graduação e estágios, por exemplo: “A gente faz essa pactuação, essa pactuação faz em negociação com os docentes. É claro, sabendo o que acontece aqui. Então, a gente sabe que vai ter um novo estágio, uma nova área, isso vai entrar na pactuação. Esse é o movimento. Como a USE, aí é uma questão interna que acho que é fundamental ser olhada...a relação da USE também com os departamentos. Isso é essencial, com os departamentos da UFSCar da área da Saúde, Psicologia, que não está na saúde, e com o CCBS. Porque eu acho que pega. Como eles não entendem? A USE não tem assento nesses conselhos, a USE não é chamada para discutir plano pedagógico, nada disso, ou mesmo grades de estágio, isso impacta bastante aqui. Todas discussões que a gente fica alheio e impacta aqui, porque a gente tem uma pactuação com eles. Então, também tem esse lado para eles. Principalmente, também, projeto de extensão” (E2).

Nesse contexto, a questão dos interesses dos atores é algo bastante citado entre os entrevistados. Reforça-se aqui a presença dos interesses dos diferentes atores dentro do campo de ação estratégica, como citam Fligstein (2001) e Candido *et al.* (2017). Os trechos a seguir das entrevistas mostram a existência desses interesses dentro da relação entre USE e docentes e departamento da UFSCar: “E também tem os nichos: ‘Olha, eu atendo ombro, a minha especialidade é ombro’. Então, assim, não importa que a maior parte das pessoas tem problema da coluna [...] Tem as especificidades de pesquisa e nem todo docente, profissional, aqui está interessado nessa vinculação com o SUS. Tem os interesses próprios da pesquisa, de publicação” (E7) e “A USE é composta por tantos atores com diferentes interesses. Muito forte a questão de interesses, a questão de não querer fazer o papel, de não ter tanta flexibilidade com relação a isso. Então, eu acredito que não porque a USE não é uma decisão da diretora. Como a gente não tem muito uma relação com os departamentos, apenas com os docentes que atuam

aqui com liberdade” (E2). E2, inclusive, defende a necessidade de explicitar para os docentes que é importante a USE estar integrada à rede até por questões financeiras: “Um lado nosso que a gente precisaria melhorar, até porque tentando fazer com que os docentes, principalmente, compreendessem que nós precisamos desse convênio inclusive financeiramente” (E2). E3 acredita que a própria UFSCar não compreende e reconhece o papel da USE: “A Universidade conhece a USE? Porque, às vezes, a gente fica falando da rede, ok, a gente tem as relações com o município. Mas que relação a gente estabelece com o nosso gestor local da Universidade? Então assim, são incômodos que a gente precisa provocar porque se é tão importante, se é tão necessário, que importância que os gestores, aí penso em gestor local, enquanto nosso superior direto, e gestores municipais, têm dado para isso, sabe?” (E3).

Algo que se destacou durante as entrevistas no contexto da relação entre USE e unidades foi a importância de aproximação entre todos esses atores. “eu acho que se a gestão quiser fazer diferente, eu acho que é começar por aí, é aproximar os serviços. Como aproxima serviços? Um indo para o espaço do outro, né? Para conhecer, para conversar, para propor, para ter interface, né?” (E4); “Os problemas estão centrados na dificuldade de negociação com os parceiros municipais, a demora nas tramitações e negociações de propostas encaminhadas e muitas vezes ausência de respostas; baixo reconhecimento por todo trabalho prestado à comunidade; falta de compreensão de como funciona um serviço-escola, sendo que a maior demanda de atendimentos vem da força tarefa e presença de estagiários/alunos, sendo o maior número de atendimentos ocorrendo no período letivo. Esses problemas poderiam ser resolvidos se houvesse maior aproximação e envolvimento das partes, com pactuações sólidas” (E1); “Então, essa aproximação seria muito importante para construir, para desenhar, redefinir o processo de trabalho” (E7).

Nesse contexto, E6 relata que a aproximação também ajudaria a exercer o papel formador da USE: “Eu penso que poderia ser importante. Eu acho que em primeiro lugar, a gente estaria cumprindo mais o nosso papel de universidade se a gente tivesse essa relação mais próxima. Porque a gente é uma unidade saúde escola e teria que ter esse diferencial de estar ajudando a qualificar o serviço em saúde, e não apenas reproduzir. E a gente acaba ficando soterrado pelas necessidades e pela falta de profissionais, né? E essa missão nossa pouco a gente dedica pra isso” (E6). E2 defende que a aproximação da USE com as unidades é que algo potencial que seria importante para a Unidade: “Com certeza, eu acho que isso poderia ser um diferencial que a gente não aproveita” (E2). A aproximação também tem base na literatura, por exemplo, quando Canzler *et al.* (2017) falam que, entre si, os atores levem em consideração uns

aos outros em suas ações para se construir regras dentro do espaço social (campo) ainda emergente.

Essa abordagem da importância da aproximação entre a USE e as demais unidades da rede está bastante atrelada à comunicação entre os atores. Essa temática será analisada a seguir.

5.2 COMUNICAÇÃO

Essa parte da análise destina-se a apresentar o que foi observado nas entrevistas relativo à comunicação dentro da rede, compreendendo o fluxo de informação sobre a rede entre as unidades, os canais de contato, ações e produtos de comunicação que podem facilitar e agilizar esse fluxo.

Para Pitta e Magajeswski (2000), a comunicação é um meio de construção e implementação de políticas públicas uma vez que colabora com a tomada de decisões, amplia a participação e o debate e negocia com a pluralidade de interesses da sociedade e do território. Silva e Rocha (2013) expõem que a comunicação é uma premissa da participação dos usuários no SUS por fortalecer a cultura popular, auxiliar a construção de projetos terapêuticos comprometidos com a vida e os direitos dos usuários. Além disso, a comunicação, em seu sentido mais básico e singular, é tornar algo comum, é a troca de informação entre indivíduos por meio da fala, da escrita, de um código comum e até do próprio comportamento.

Antes de analisar os destaques levantados nas entrevistas, essa subseção destaca alguns conceitos e achados na literatura que reforçam a relevância do uso da comunicação em saúde. Montoro (2008), por exemplo, coloca que as práticas de comunicação em saúde devem se constituir em estratégias de promoção da saúde e serem mobilizadoras de ações intersetoriais. Além da difusão de informações, ela ser precisa educativa e um referencial para a mudança de atitudes e de comportamento. Nesse seguimento, Pitta e Rivera (2006) defendem a importância de a saúde estar no cotidiano das pautas, mas sempre adaptada às necessidades e contextos do público, que variam diariamente.

Nesse propósito, Araújo *et al.* (2009) reforçam que, atualmente, a comunicação em curso no SUS segue pela linha da transmissão da informação, sendo mais centralizada, verticalizada e unilateral, com pouco espaço para escuta. Para os autores, a dificuldade da atual comunicação em saúde estar mais próxima da realidade e das necessidades de saúde do público residem no campo das disputas políticas, ideológicas, econômicas e culturais, na falta de recursos e infraestrutura técnica, em estratégias voltadas apenas à visibilidade midiática de gestores ou organizações e ao perfil dos profissionais mais ligado à lógica de mercado.

Dellazzana (2012), cita que nas organizações de saúde a preocupação com a comunicação é constante, visto que algumas já dispõem de assessorias na área, mas focadas na comunicação interna, visando melhoria da qualidade do trabalho, e na comunicação externa, pensando na criação e manutenção de uma imagem positiva junto aos seus usuários, mas pouco voltadas para as reais de necessidade de informação em saúde dos seus públicos. Neste caso, Silveira *et al.* (2010) destacam que ainda há pouco preparo dos gestores de saúde em planejar a comunicação e a educação permanente dos profissionais/gestores de nível central da Atenção Básica. Além disso, Pitta e Rivera (2006) reforçam a importância das duas áreas – comunicação e saúde - trabalharem juntas na compreensão da necessidade de informação do público e executarem ações conjuntas desde o planejamento.

Iniciando a análise das entrevistas dentro da temática da comunicação, há um consenso entre todos os entrevistados de que a comunicação na rede de saúde de São Carlos é falha. Vários trechos de entrevistas podem reforçar essa avaliação dos entrevistados, mas destacamos alguns para ilustrar esse apontamento: “as comunicações são muito falhas entre as pessoas que fazem parte do serviço” (E22); “Eu acho que a dificuldade é de comunicação, né? A comunicação desde entender o papel da USE, que eu já falei, até essa comunicação da gente conseguir dizer para eles quais são as ações que a gente está oferecendo, quais são temporárias, quais não são” (E6); “Acho que é uma rede muito grande de profissionais que atuam na área da Saúde e não tem um fluxo sistematizado para essa comunicação” (E10); “A comunicação [é uma dificuldade da relação entre USE e outras unidades]. Primeiro que, assim, cada vez que a gente liga é uma pessoa, nas experiências que eu tive. Então, cada um vai propondo uma ideia. Aqui também a gente vê essa mudança. Então, acho que a comunicação é uma falha. E, assim, a ausência de uma equipe estruturada lá interfere também nesse nosso encaminhamento, na referência e contra-referência” (E8); “A gente tem necessidades também na questão da comunicação, isso é uma coisa que permeia toda a atenção, entendeu? De como se dá essas articulações porque são vários atores envolvidos” (E12); e “essencial porque a gente identifica que grande parte dos problemas, dos ruídos se originam na comunicação, na falta dela, dela ser deficiente e tudo mais. Com certeza, mas, assim, é...desafio é conseguir estruturar realmente um plano de comunicação para a unidade. E a gente conseguir viabilizar” (E2).

Diante dessa constatação por meio das entrevistas, essa parte do presente trabalho vai avaliar, a seguir, essa questão da comunicação em diferentes frentes de análise.

5.2.1 Comunicação na USE-UFSCar

A Unidade Saúde Escola (USE) não possui profissionais da Comunicação em seu quadro de pessoal. O trabalho de divulgação das ações da Unidade para a imprensa e de informes direcionados ao público interno da UFSCar é feito pela Coordenadoria de Comunicação Social (CCS) da Universidade, assim como é realizado para todos os departamentos da Instituição. A Unidade também tem o apoio da sua própria secretaria que utiliza algumas redes sociais e ferramentas internas para divulgar informações. Representantes da USE falam sobre isso e sobre os recursos para a área de comunicação da Unidade: “A gente não tem pessoas para fazer, então, assim, um pouco vai a secretária, até porque ela também domina algumas ferramentas[...]Então, a gente tenta. Mas, isso assim, são estratégias de comunicação, não que seja algo que a gente tem um plano de comunicação em que seja definido” (E2) e “Por meio do trabalho da secretaria da USE, que encaminha as informações recebidas da direção, coordenação, membros internos da USE, para o CCS e inforede e atualização do site da USE” (E1).

A comunicação também é citada no planejamento estratégico da USE, elaborado entre 2018 e 2019, como afirma E1: “Seria fundamental para a ampliação da visibilidade interna e externa da USE. Pretendemos inserir esse eixo [comunicação] nas ações da USE, por meio do recebimento de informações mensais/ semestrais/ anuais, encaminhadas por seus servidores, uma vez que, não temos equipe para uma busca sistematizada e direta das informações. A informatização do serviço também irá favorecer o direcionamento de relatórios, com adequado e preciso gerenciamento de dados”.

Pelo o que foi observado durante as entrevistas há uma falha na comunicação interna da USE sobre ações e projetos internos que a Unidade oferece à rede, por meio de assistência, pesquisa ou extensão. Entre os próprios profissionais da USE há um desencontro de informações, sendo que alguns detêm mais informações e outros as desconhecem. Isso pode ser notado em alguns trechos: “Continua pelo meu conhecimento e das minhas colegas. Então, eu te falo da falha da comunicação interna porque ela é muito forte[...]eu tenho uma planilha do Acolhimento que tem todas as ações da USE, estão cadastradas numa planilha com os critérios. Por exemplo, fisioterapia respiratória: pessoas com problemas respiratórios e tal tipo. Adultos. Mas eu sei que tem respiratória de criança. Por quê? Porque é da minha vivência, mas não está escrito. Por que não está escrito? Porque não ficou claro para o profissional que aquela informação era para o Acolhimento. Aí, eu pedi para corrigir, só que não corrigiu” (E7) e “...e muitas vezes não está claro pra gente o que está aberto e o que não está aberto” (E7); “Se falha

a comunicação ali [Acolhimento da USE], nesse pequeno grupo, imagina daqui para o município...” (E8); e “é difícil mesmo saber o que acontece aqui porque muda muito. Nem a gente que está lá no Acolhimento tem noção de tudo o que acontece e quando está iniciando, quando está terminando, quando está aberto, quando está fechado. É difícil mesmo. Acho que isso dificulta a nossa participação efetiva na rede. Se a gente que está aqui dentro não consegue saber direito o que que está funcionando, o que está aberto, o que está fechado, imagina a rede?” (E9).

A partir do exposto, fica clara a falha de comunicação sobre os serviços entre a própria equipe da Unidade. Na visão das profissionais da USE entrevistadas, essa falha repercute na comunicação entre a USE e a rede, e essa questão será também tratada na próxima subseção.

5.2.2 Fluxo de informação na rede de saúde pública de São Carlos

Como já foi apresentado ao longo deste trabalho, o Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde tem, entre outras atribuições, manter o fluxo das informações sobre a rede entre as unidades. De acordo com a Regulação, todas as informações recebidas pelo Departamento são repassadas para as chefias das unidades por e-mail ou nas reuniões periódicas realizadas: “Vem pro Departamento aqui e a gente passa para as unidades. Acho que isso precisava ser mais claro. Eu sei que todo mundo oferece coisas, mas, assim, é as pessoas saberem, terem claro isso. Porque acho que muitas vezes a gente deixa de encaminhar por desconhecer. E encaminha errado também pelo mesmo motivo” (E12). E11, que representa a SMS, acredita que a comunicação é fundamental na rede de saúde, mas aponta que ainda é algo a ser melhorado na gestão: “Acho que isso é fundamental, acho que a comunicação, ela é fundamental para que tudo aconteça. Eu acho que eu, a gente sempre aqui na gestão, quando a gente aponta ‘vamos olhar os pontos positivos e negativos’, eu acho que a comunicação é bem ruim”. O entrevistado cita que há o projeto de um sistema informatizado que vai reunir todas as informações e procedimentos dos pacientes dentro da rede pública, em todos os níveis de atenção, acreditando que isso agilizará e qualificará o atendimento: “Agora você imagina a hora que o médico abrir uma tela com seu nome, seu prontuário, sabe tudo o que você fez. ‘Olha, ela fez um hemograma ontem. Vai colher, não vai? Não, está aqui’. Você consegue economizar, consegue ser ágil, consegue salvar mais vidas” (E11).

A maior parte das unidades reconhece que esse fluxo de informação não é suficiente e dificulta o processo de referência e contra-referência dentro da rede. Os trechos a seguir mostram a dificuldade de comunicação entre as unidades: “Não, não é. Eu tenho unidade que é

muito difícil de você falar. A gente não consegue falar lá. É uma unidade que você liga, liga e não consegue falar, nunca atende. E, às vezes, a gente tem o sistema para agendamento, e não tem vaga. Às vezes, precisa de alguma informação, você não consegue. É difícil até entre unidades. Tem unidades que você consegue” (E23); “Não [é suficiente]. O setor de referência e contra-referência ele acaba não funcionando. Já aconteceu de você mandar paciente pro posto e ele voltar” (E25); “Mas é por conta disso, uma Atenção Básica precaríssima. Isso deve dificultar muito a parte da comunicação, chega uma hora que você não sabe nem como você vai orientar o paciente, ou como fazer o paciente”. (E14); e “Eu acho, que assim, não é suficiente [o processo de comunicação] porque você percebe no dia a dia. Você percebe tanto de ambas as partes, que estão no serviço, tanto do serviço como dos usuários. Se ele se bastasse, eu teria um fluxo acontecendo, mas não” (E12).

Na visão dos entrevistados, se esse fluxo de informação fluísse, se as unidades conhecessem as ofertas umas das outras, o resultado seria bastante positivo para o encaminhamento mais efetivo dos usuários: “Se eu entendo que não tem o serviço ali eu não encaminho, eu crio outra alternativa, outra estratégia para dar conta das necessidades. Se não tem essa informação, a gente acaba encaminhando e o usuário vai e acaba achando a porta fechada” (E16); “Paciente viria mais esclarecido, eu acho. Para gente, que é funcionário, eu acho que otimizaria o serviço. Acho muito importante, pertinente isso” (E20); “Eu acho que teria uma melhora significativa. É justamente a falta de informação que faz com que haja tantas falhas no sistema, né? Com certeza haveria uma melhora com isso, com a informação” (E25); e “Seria perfeito. Seria excelente. Facilitaria muito o fluxo, ia ser perfeito, ia melhorar muito o fluxo” (E17).

Em relação às informações e/ou orientações da USE chegarem às unidades da rede, há respostas diferentes: “Vem por e-mail. A Federal passa para a chefia e a chefia repassa para a gente. Funciona. A cada 15 ou 20 dias, ou qualquer alteração na USE, seja de horário, de agendamento, a USE funciona assim, assim e assim. Quando é notícia mais complexa, a gente imprime e já deixa na recepção. Sempre vem por e-mail” (E24); “Eles [USE] informam em bolsão, assim. Como a USE agora está no CROSS aparece para o profissional da Regulação ‘A USE está dando tantas vagas para tal ou a USE está solicitando vaga’. Aparece isso, mas não tem um canal, assim, falta canal de comunicação. Eu acho que falta também mais associação das gestões. As gestões precisam estar mais próximas, eu acho que isso está atrapalhando um pouco...aquela coisa de olhar sistemicamente” (E17); “Não, nunca [recebe informação/orientação sobre a USE]. Se tem, eu desconheço” (E18); e “Geralmente, são feitas reuniões administrativas e a gestora da Unidade dá a devolutiva nas nossas reuniões de equipe

sobre o que tem e não tem” (E16). Alguns entrevistados relatam que a troca de informações sobre a USE acaba ficando mais restrita a contatos informais com pessoas que atuam na Unidade, como relata E2: “Fica mais nas relações e as conversas com as pessoas”. Outra fala também mostra isso: “Não fico [sabendo informações sobre a USE], e uma vez ou outra que gente ouve alguma coisa de falar é por esse contato, assim, com os professores que têm esse apoio e estudantes que circulam aqui” (E21).

Nesse contexto da divulgação das informações da USE para a rede, as entrevistadas da própria Unidade têm diferentes entendimentos sobre isso, o que retoma o desalinhamento da informação dentro da Unidade. E3 aponta que as informações são enviadas para a Regulação, “mas a gente não manda falando número de vagas. Tem um relatório que a Administração disponibiliza. O serviço eles já sabem[...]A coordenação executiva informa, sempre que tem serviço novo, principalmente ambulatorios médicos, eles informam. Olha, está aberta vaga na saúde... Então, aí tem iniciativas particulares de alguns professores ou profissionais que nesses grupos de WhatsApp acabam divulgando” (E3). Sobre isso, E5 acredita que o repasse das informações é por e-mail ou em reuniões: “Eu não sei dizer com propriedade. Em algumas conversas que eu participei, é por e-mail. Então, quando tenta marcar a reunião com o secretário, com diretor de Atenção Básica, eu ouço a chefe falar: ‘Nós mandamos um e-mail’...E aí eu vejo muito essa falha, mas fulano respondeu e outro fulano não respondeu. Será que vai fazer a reunião ou não vai? E tal... Mas eu entendo que é por e-mail” (E5). Os três próximos trechos de entrevistas com profissionais da USE também trazem informações diferentes: “Nós temos aqui o profissional que é responsável pelas agendas do CROSS e então essas informações sempre chegam pra ele. Ou através dos próprios profissionais que estão oferecendo a ação, ou pela gestão da USE. E aí, quando chegam pelas profissionais ele confere com a gestão da USE. Tudo ok. Quando chega pela gestão, ele já faz que está tudo acordado. Mas a gente tem essa figura aqui dentro” (E10); “Por meio do site da USE. O número de vagas disponíveis na maioria das atividades desenvolvidas na USE não é divulgado para as unidades de saúde, exceto os ambulatorios inseridos no CROSS” (E1) e “Eu acho que não informa. Eu acho que as únicas informações que eles têm são as informações de quando é feita pactuação, dos serviços, do que vai oferecer. Então, fica uma informação de um ano, pelo menos, quando é feito o relatório anual. Não é algo constantemente atualizado” (E6).

Há um reconhecimento da gestão da USE de que esse processo de divulgação das informações sobre a Unidade para a rede ainda é um desafio: “Esse processo de comunicação não é suficiente. Considerando o grande número de ações desenvolvidas na USE, precisaria de um servidor para gerir as informações de comunicação e, também, realizar busca ativa de

informações e divulgá-las” (E1). Nesse aspecto, a Regulação reconhece que recebe as informações sobre a USE e as repassa para as Unidades, mas aponta que esse fluxo não garante que todos se apropriem e repliquem as atualizações de forma satisfatória: “Por mais que, toda vez, que cria um novo ambulatório ou uma nova especialidade dentro da USE, alguma oferta, a gente [Regulação] comunica as unidades. Isso é comunicado, mas, muitas vezes, essa comunicação não é garantida 100%. Porque, assim, quando chega via Secretaria, a Secretaria nos comunica. A gente, o nosso ponto de comunicação é o supervisor, é uma pessoa, né? Da unidade. A gente cobra dessa pessoa que ela dissemine isso para toda a equipe, até porque eu tenho uma equipe além da equipe que trabalha ali diretamente no agendamento, eu tenho a equipe multi, que às vezes, o multiprofissional ele não sabe de tudo isso. E, às vezes, você percebe que não chega a todos. É uma coisa que tem que cobrar o tempo todo. Então, tem uma falha aí nessa comunicação de chegar realmente a todos os atores. Chega, mas não chega a todos eles” (E12).

Na próxima subseção serão apresentados canais, produtos e ações de comunicação que foram mais citados pelos entrevistados e que poderiam ser aplicados como ferramentas para aprimorar esse fluxo de informação na rede.

5.2.3 Canais de contato, produtos e ações de comunicação

Outro ponto abordado na entrevista refere-se mais diretamente ao levantamento de canais de contato, produtos e ações de comunicação que a USE pode fazer uso e que sejam mais indicados para a realidade das unidades e da rede como um todo. Silva e Rocha (2013) colocam, por exemplo, que as campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro utilizam textos escritos e não atingem grande parte da população devido ao analfabetismo (ou analfabetismo funcional). Em contraponto, as autoras mostram que a mídia e a imprensa usam anúncios audiovisuais e influenciam opiniões e padrões. Nesse caso, Silva e Rocha (2013) mostram que o setor de saúde deve utilizar a comunicação como forma de publicizar suas ações, ideias e serviços para tornar o SUS transparente e aberto ao público. Portanto, é importante conhecer, na realidade da rede de saúde de São Carlos, quais instrumentos podem ser aplicados para facilitar o fluxo de informação entre a USE e as unidades desse campo.

Nas entrevistas, tanto a USE quanto as unidades, citam o e-mail como o canal mais fácil e ágil para encaminhar e receber as informações. O telefone fica em segundo lugar, mas é apontado como canal apenas para alinhamento de casos mais pontuais.

Entre os produtos e ações de comunicação que a USE pode utilizar para divulgar suas informações os mais indicados pelos entrevistados foram *house organs* (jornais) periódicos da USE-UFSCar; boletins e informes da Unidade; e material impresso direcionado ao público das unidades, como cartazes com instruções sobre a USE. Alguns entrevistados, inclusive, citam a necessidade de uma oferta conjunta desses produtos. “Acho que você ter o cartaz é importante porque algumas pessoas não acessam e-mail, o e-mail... às vezes, se o supervisor recebesse e ele disponibilizasse a informação. Mas, assim, se vier panfleto pronto, informativo, a gente costuma, por exemplo, se for direcionado à população, a gente deixa no balcão, a pessoa tem livre acesso para pegar. Então, assim um conjunto de meios de comunicação, você tem que trabalhar em várias áreas porque a gente trabalha com várias pessoas...mas, eu acho que o melhor seria ter um pouco de cada um. Aí, consegue atingir públicos diferentes, que nem todo mundo é igual, nem todo mundo acessa e-mail, nem todo mundo olha no mural” (E25); “Eu acho que tem que ser um misto. Eu acho que tem que ser presencial porque, aí, cada um vai conhecer a sua realidade e poder expor a sua realidade e discutir isso. Eu acho que o folder é interessante no sentido de consulta. Se não for possível folder, o e-mail, porque eu acho que, assim, às vezes, é necessário ter um material de consulta, né? E pode ser por e-mail que a gente sempre imprime quando vem material, que é por e-mail e que a gente considera importante ter fixado na unidade, a gente faz...” (E12); “Às vezes, eu fico pensando um cartazinho lá na unidade de saúde, onde ele vai buscar o primeiro serviço, se tem um cartaz lá ‘Acolhimento na USE, de tal a tal período, é necessário reunir tais e tais documentos’” (E9); “Algumas coisas são documentos e são impressos, folhetos ou cartilhas que conseguem divulgar para os profissionais da rede qual é a especificidade da USE. Algumas vezes, é questão de valorização, são reportagens ou um tipo de mídia social que dê esse...essa ideia de que a USE está fazendo o seu papel, que se ela não atendeu não é porque ela não quis, mas ela tem outras especificidades. Eu acho que depende muito da situação, que público que você quer chegar (E10); e “Eu acho que poderia ter esses diferentes níveis funcionando. Se tudo funcionasse, maravilha. Um site legal, e-mail informando mensal para a unidade para que eles pudessem consultar, e, de repente, um panfleto mais geral, com algumas informações básicas para deixar nas unidades básicas de saúde” (E6).

Outra indicação destacada das entrevistas é a sugestão de uma plataforma da USE que pudesse reunir as informações e mantê-las atualizadas para que as unidades pudessem consultar os serviços e vagas disponíveis antes de encaminharem os usuários. Para E7, essa plataforma também seria importante para manter os dados de contatos atualizados facilitando o trabalho da própria Unidade: “Eu acho que plataforma que reúna as informações, cadastros profissionais

para a gente ter fácil acesso aos e-mails, aos telefones, aos WhatsApp” (E7) e “Se a gente tivesse uma plataforma oficial de divulgação, porque o WhatsApp é difícil de encontrar alguma coisa lá. Poderia ser um site. Jornalzinho eu não acredito porque perde, você não atualiza. Um meio digital para canais oficiais de comunicação que não fosse o telefone. Porque com o telefone você limita se a pessoa está lá ou não. O e-mail pode ser, desde que sejam oficiais” (E7). E17, por exemplo, cita um site único sobre USE e Hospital Universitário (HU) da UFSCar para acesso às informações: “Às vezes, até site também, né? Colocar a informação no site como o HU, USE...acho que são federais e poderiam ter um site que tem a informação de tudo, dos hospitais, tanto da USE quanto do HU, para a gente acessar, e o e-mail” (E17).

Além da distribuição de produtos de comunicação com informações da Unidade, é necessário registrar que a USE-UFSCar tem um site, reformulado recentemente, com informações sobre a Unidade e, também tem página no Facebook, que são atualizados pela secretaria da Unidade. Além disso, alguns dos entrevistados destacam a atuação do Acolhimento da USE como multiplicador de informação para os usuários: “A gente tem muita dificuldade da pessoa no Acolhimento. E o ‘boca a boca’ entre pacientes é muito bacana, é efetivo. Ali, nós mesmos entregarmos para o paciente algumas regrinhas...não regras, alguma divulgação da unidade para cada paciente que está rede, que não tenha...que o próprio paciente saia daqui com as informações. Então, eu penso o Acolhimento, por si só, pode ser um canal de comunicação também para poder divulgar as atividades que acontecem na USE” (E5). Para a gestão da Unidade, o Acolhimento pode ter esse papel, mas é preciso o envolvimento de outros integrantes da equipe: “Dependerá de cada ação específica. O Serviço de Acolhimento poderá ser o canal direto para resolução de questões pontuais dos encaminhamentos. Entretanto, o planejamento e construção de ações de integração entre serviços, a necessidade de envolvimento da direção e coordenação executiva da USE” (E1).

Entre as unidades da rede a ideia dos produtos de comunicação e plataformas que reúnem as informações são bem avaliadas, mas também surgiram outras indicações interessantes e que podem ser inseridas no plano de comunicação da USE. Uma ação é o envio das informações diretamente da USE para as unidades, com o compromisso de atualização por parte dos profissionais da rede quando há mudança do local de trabalho: “É muita gente, é muito médico, muito enfermeiro. Se a gente pudesse receber direto, eu acho que seria mais rápido. Mais rápido do que Regulação receber, manda pra chefia, chefia manda pra nós. É muita gente, até entendo. E assim, hoje eu estou aqui, amanhã pode ter ido de transferência e muda a enfermaria daqui. O que a gente podia fazer? ‘Olha, mudei. Estava aqui e fui para uma UBS’. Informo a USE que estou em tal lugar. Acho que seria mais rápido” (E24).

Eventos da USE para os profissionais da rede também surgiram como uma ação de comunicação com o intuito principal de aproximar e capacitar todos esses atores: “Eu acho que seriam encontros. Eu acho que são encontros não só focados na gestão, eu acho que esses encontros teriam que ter atores no cenário do Acolhimento porque quem está ali, que está vivenciando, é que muitas vezes sabe, numa reunião ou conversa, explicar e se fazer entender. Essas reuniões tinham que ter também quem está na prática, na linha de frente” (E10); “Eu acho que tudo [cartazes e eventos] é válido e possível de fazer, e barato. Nós não queremos, assim programas caros, eu acho que uma ação pequena que fosse eu acho que o resultado seria grande” (E4); “Interessante. O que eu percebo, às vezes, as capacitações que eu fui, principalmente na Federal, foca muito em enfermeiro ou médico. Eu acho que tem que focar a equipe como um todo, eu acho que chamar também agentes comunitários, tem muita coisa que eles sabem, né? Os auxiliares de enfermagem também” (E23); “Sim. Porque nós tínhamos isso. Em algum momento se perdeu, não tem capacitação, a gente não tem encontro. Pode me ajudar. Tem muito isso, eu gosto disso” (E24); e “Eu acho que seria interessante, eu acho essas aproximações informais que eu acho que elas são válidas tanto ou mais que as formais” (E19).

Por fim, outra ação que foi citada durante as entrevistas foi a participação da USE nas reuniões periódicas que acontecem entre as UBSs e USFs. A própria Regulação citou a presença de outros prestadores de média e alta complexidades que fazem apresentações nessas reuniões para atualizar seus serviços, tirar dúvidas dos profissionais da rede e aproximar os contatos: “A gente abre espaço para outros setores quando solicitam. Ou, às vezes, a gente solicita. A gente chama a representação, geralmente é supervisor ou gestor da unidade, para participar. E, aí, a gente garante que ele vai replicar isso, multiplicar na reunião de equipe na unidade. Ele vem com o compromisso que a equipe dele vai ser informada na reunião” (E12); “Diferente da semana passada, que nós tivemos reunião com o pessoal do AME...do AME, do HU a gente teve também reunião, justamente para passar é... troca de informações. O que está dando certo, o que não está, o que está acontecendo. Nós já tivemos. Uma coisa que eu nunca vi é a USE participar.” (E23).

5.3 CONCLUSÃO DA ANÁLISE

Com a intenção de resumir os levantamentos realizados nessa análise das entrevistas, essa subseção reúne, de forma sintetizada, os principais pontos apurados ao longo da pesquisa, com base em todo o referencial teórico e na pesquisa de campo realizada.

Inicialmente, há uma percepção de todos os entrevistados de que o sistema de saúde do município não funciona como uma rede integrada e horizontalizada em que os serviços se comunicam e estabelecem um fluxo ágil de atendimento e caminho do cuidado em saúde dos usuários. As unidades, em seus diferentes níveis de atenção, atuam de forma desconectada umas das outras e a rede fica fragmentada. Há também escassez de verbas e de profissionais suficientes para atender as demandas de saúde da população.

Tendo como base a Rede de Atenção à Saúde (RAS), nota-se que há um esforço do município em implantar esse formato de organização na saúde pública, dada a configuração do fluxo de atendimento, cuja porta de entrada é a Atenção Básica (AB). No entanto, na RAS, essa Atenção Primária à Saúde precisa estar fortalecida, robusta e preparada para ser a ordenadora do cuidado em todo o caminho de atenção ao usuário e para atuar como o centro de comunicação do sistema. A percepção predominante é que, em São Carlos, existe uma AB fragilizada, com poucos profissionais, infraestrutura insuficiente para atender as necessidades da população, ausência de capacitação e treinamento das equipes, trabalhadores desmotivados e comunicação falha entre as unidades.

Outros fatores também foram apontados como influenciadores desse contexto, como a ausência de uma gestão mais técnica, que se pautar por um olhar mais aprofundado para as necessidades de saúde da população, por meio de levantamentos e distribuição das unidades de atendimento; interferência de fatores políticos nas ações e na sua continuidade, especialmente quando há mudanças da Administração do município; e a necessidade de tecnologia apropriada que agilize o fluxo das informações entre as unidades da rede, sejam referentes a questões mais internas/administrativas da rede ou do percurso dos usuários pelo sistema de saúde.

Com a AB fragilizada há uma sobrecarga na média complexidade. Isso se explica pelo fato de a AB não ter condições de acompanhar e dar continuidade ao tratamento de pacientes que já teriam condições de deixar a atenção secundária e voltar para sua unidade de referência. Com isso, a média complexidade não consegue abrir novas vagas e acaba absorvendo casos que poderiam ficar na AB.

Compreende-se que esse contexto do campo da saúde pública de São Carlos se reflete também na comunicação dentro da rede, que é falha, que não permite um fluxo de informação ágil, proativo e resolutivo entre as unidades. Apesar de haver um caminho da informação que se configura na responsabilidade da Regulação em multiplicar as informações entre as unidades, esse fluxo não funciona adequadamente, gerando problemas na referência e contra-referência dos pacientes, prejudicando a efetividade do atendimento em saúde para a população.

O Departamento de Regulação da SMS compreende que essa realidade existe e relatou o empenho de esforços para melhorar essa condição, como a recente implantação da CROSS (sistema para agendamento das consultas e exames), que ainda não envolve todas as demandas da rede, como as cirurgias, e engessa, de certa forma, a autonomia das unidades em reorganizar suas agendas de atendimento; reuniões periódicas com a AB para multiplicar informações e resolver problemas pontuais das unidades e suas equipes; reflexão sobre os processos de trabalho no sentido de dar mais agilidade e efetividade ao trabalho já realizado.

Em relação à USE, a importância da Unidade como prestadora da rede, inclusive com serviços exclusivos para atender algumas necessidades dos usuários de São Carlos e microrregião é nítida, mas há uma incompreensão por parte da rede no que se refere ao papel e à natureza da USE. Além da assistência aos usuários, a Unidade também tem foco na formação dos estudantes e se configura também como espaço para o desenvolvimento de ações de pesquisa e extensão e, por ter sua força de trabalho relacionada à presença dos alunos em estágio, seu funcionamento também acontece conforme o calendário acadêmico. Neste caso, a Unidade acaba recebendo críticas por diminuir os atendimentos durante determinados períodos do ano. Além disso, nota-se que as unidades têm informações muito desconstruídas sobre a USE.

Essa constatação se revela por meio dos relatos uníssimos de encaminhamentos errados que chegam à USE, sem informações sobre as necessidades de saúde dos pacientes e com usuários desinformados e perdidos no fluxo do atendimento na rede, mesmo com um padrão mínimo de encaminhamento determinado pela Regulação. Dentro da USE também há um desalinhamento de informações e dos processos realizados, o que prejudica uma atuação homogênea dentro da equipe. O contato entre a USE e as unidades é voltado majoritariamente para assuntos pontuais sobre referência e contra-referência ou casos de pacientes. A necessidade de aproximação da USE com os demais equipamentos de saúde da rede é reconhecida pelos atores internos e externos da Unidade, que já tem iniciado algumas medidas para melhorar essa comunicação, como a reformulação recente do site e criação de páginas em redes sociais e promoção de alguns eventos abertos a profissionais de saúde. Apesar disso, essas iniciativas ainda não deram conta de publicizar todos os serviços e agendas da USE para a rede.

Além disso, a Unidade lida com a autonomia dos docentes e a pouca relação com os departamentos da UFSCar, que, por sua vez, não compreendem a necessidade da USE, inclusive financeira, de estar associada à rede de saúde de São Carlos. Em alguns casos, isso gera um descompasso entre as ofertas da Unidade, pautadas nos interesses de ensino e pesquisa, e a demanda da rede do SUS. É evidente que a USE-UFSCar não tem a função de atender a

demanda de saúde do município, pois seu foco é voltado à formação de futuros profissionais, envolvendo espaços para pesquisa e extensão. No entanto, é necessário buscar um equilíbrio entre esse papel e as necessidades de saúde demandadas pelo SUS local.

Diante do escopo desse trabalho, fica claro que o plano de comunicação externa da USE que será proposto não tem como objetivo resolver os problemas da rede e dar solução às questões que envolvem o gestor municipal da saúde, até porque a USE não tem gerência sobre esse cenário. No entanto, compreende-se que uma relação mais próxima com as unidades de saúde, que são a base do sistema, pode reverberar de forma positiva na gestão, implicando em mudanças nesse cenário e uma consolidação mais expressiva da USE no campo da saúde pública do município. A partir da análise realizada foi possível levantar produtos e ações de comunicação que ampliem as possibilidades da USE de se aproximar das unidades da rede e melhorar seus canais de contato e divulgação de informações necessárias para as unidades. Isso será importante para consolidar seu papel na rede e aumentar as chances de conquistar mais recursos. A proposta dessas ações e produtos será apresentada no plano de comunicação da próxima seção, considerando as limitações da USE de recursos financeiros para a comunicação e de profissionais da área.

6 PLANO DE COMUNICAÇÃO EXTERNA PARA A USE-UFSCar

Conforme expõe Kunsch (2016), é preciso pensar a comunicação nas organizações em um contexto mais amplo que permita reflexões mais profundas e abrangentes da realidade das instituições. Baccega *et al.* (2002) já apontava transformações no estudo da comunicação que passou a se preocupar também com a inter-relação entre emissor e receptor, considerando a importância de se conhecer o repertório desses polos. Nessa mesma compreensão, Tureta e Júlio (2016) também reforçam que a estratégia das organizações envolve considerar os atores sociais, suas ações e interações para definir a melhor forma de se relacionar com seus públicos.

A análise feita até aqui segue esse caminho e apresenta o conhecimento do campo de atuação da USE-UFSCar, principalmente no que se refere à sua interação com a rede pública de saúde de São Carlos. Dentro do escopo desse trabalho, a proposta é apresentar um plano de comunicação externa composto por ações e produtos que serão ferramentas importantes para apoiar a USE na consolidação do seu papel na rede de saúde pública de São Carlos, em uma relação mais próxima e efetiva com as demais unidades da rede, desempenhando seu papel de ensino e formação, o que, futuramente, pode se tornar parte do embasamento para a conquista de mais recursos.

Os públicos que se relacionam com a USE já foram apresentados na subseção 3.1.1.1, mas é importante destacar que nem todos estão contemplados nesse plano, visto que alguns seriam foco de um plano de comunicação interna, que pode até se tornar propósito de pesquisa futura, e outros não foram foco do presente trabalho por questões de limitação para entrevistas com grandes amostras de diferentes públicos. Sendo assim, serão considerados os seguintes pilares (públicos) deste plano de comunicação externa: imprensa; comunidade externa, envolvendo a sociedade de São Carlos, usuários da USE e seus familiares e até pessoas que integram a UFSCar; unidades de saúde de São Carlos e microrregião, incluindo seus profissionais e gestores; e o gestor local da saúde São Carlos, o que inclui a SMS e a Regulação.

É importante ressaltar que esse trabalho não desenvolveu pesquisa direta com usuários e com a totalidade de integrantes da comunidade externa, mas são públicos que serão automaticamente atingidos ao se elaborar estratégias de comunicação embasadas no levantamento feito junto às unidades de saúde de São Carlos e ao gestor da saúde municipal. O atendimento aos usuários, por exemplo, terá reflexos de um processo de comunicação bem elaborado e desenvolvido entre a USE e as unidades, sem contar que alguns produtos sugeridos no plano serão produzidos para informação a esse público. Já a comunidade externa terá mais

conhecimento sobre a USE e sua atuação a partir da comunicação realizada junto à imprensa, que constantemente, já abre espaços para notícias sobre a USE-UFSCar.

O ambiente interno da USE, com levantamento feito junto a representantes das categorias que atuam na Unidade, também não foi foco desse estudo, mas entende-se a sua importância e a necessidade de elaboração de plano de comunicação interna detalhado, que pode ser desenvolvido em pesquisa futura. O que pode ser levantado a partir das entrevistas realizadas foi que a comunicação interna da USE é insuficiente. As informações são divulgadas por e-mail para os profissionais, docentes e alunos e há murais que podem servir para veiculação de informações sobre a Unidade também para o público interno. No entanto, falta um fluxo formal e padronizado de informação entre as equipes e o reconhecimento da importância que esse fluxo tem para o atendimento aos usuários que chegam à Unidade. Também é preciso aprimorar o trânsito mais ágil de informações entre as linhas de cuidados e suas ações e as demais equipes da USE que atendem na linha de frente os usuários encaminhados. Essas ações precisam ser contempladas em um plano de comunicação interna e contar com estratégias defendidas pela gestão e impulsionadas pelo envolvimento da equipe e demais integrantes da USE.

6.1 OBJETIVO GERAL

Esse plano de comunicação externa tem por objetivo fortalecer a aproximação entre a USE e a rede pública de saúde de São Carlos, consolidando o papel da Unidade nesse cenário, com reflexo em diferentes públicos e, tornando-se base para conquista posterior de recursos mais amplos para a USE.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dentro do propósito geral, os objetivos específicos desse plano são:

- Construir uma agenda positiva de pautas sobre a USE na imprensa local e regional, que atingirá grande diversidade de público;
- Estabelecer uma relação mais próxima entre a USE e as unidades de saúde encaminhadoras;
- Promover divulgação sobre a USE na rede pública de saúde de São Carlos, tanto para profissionais como usuários;

- Estabelecer um processo de divulgação mais ágil e efetivo entre a USE e a SMS, via Regulação.

6.3 AÇÕES E PRODUTOS DE COMUNICAÇÃO PARA A USE-UFSCAR

Aqui serão apresentados eventos, produtos e ações, com indicação de público, objetivo, detalhamento, prazo e equipe envolvida. Pelo fato da USE não dispor de recursos financeiros para a comunicação, todas as iniciativas estão planejadas com custo zero, contando apenas com a expertise dos profissionais envolvidos e/ou recursos que outros departamentos parceiros podem dispor.

Como a USE não tem um profissional de comunicação dentro da Unidade, que acompanhe o cotidiano das ações realizadas e que possa levantar temas e assuntos a serem divulgados sobre a Unidade, é importante que a gestão da USE indique um interlocutor que possa ser a ponte entre a CCS-UFSCar e a Unidade. Em reuniões mensais, é preciso que esse interlocutor apresente informações sobre a Unidade, algumas conquistas, projetos em desenvolvimento e ideias que possam ter surgido dentro da vivência diária da USE. Claramente, isso também pode ser feito por outros integrantes da Unidade, desde que as temáticas já tenham sido aprovadas pela gestão.

A falta desse profissional de comunicação na Unidade vai demandar, necessariamente, a ação da equipe da CCS-UFSCar. É importante destacar que essa equipe é reduzida e não tem profissionais que ficarão à disposição exclusiva da USE. Neste caso, é preciso ressaltar que as estratégias propostas sejam fruto da otimização do trabalho já desenvolvido na CCS, de forma que ele seja replicado pela USE com breves adequações. Em outras situações, pode haver ações ou produtos que exijam mais participação da CCS e, nestes casos, devem ser organizados com antecedência e divulgados conforme periodicidade definida pela Coordenadoria.

6.3.1 Agenda positiva

Consiste na divulgação permanente de temas sobre a USE, como suas linhas de cuidado e diferenciais de atendimento; boas práticas na formação de futuros profissionais; projetos de extensão realizados; projetos de pesquisa que possam ter resultados aplicados à vida das pessoas; eventos realizados; número de atendimento à população; enfim, temas que podem divulgar a atuação da USE nos cenários da assistência à saúde e da formação de estudantes.

- **Público:** imprensa;
- **Objetivo:** manter a divulgação constante sobre a USE na imprensa. Isso é importante para mostrar a Unidade e suas ações para a sociedade, gestores e profissionais da saúde, e, também para usuários e familiares, que podem acompanhar as informações sobre a Unidade na imprensa. Esse trabalho da Agenda positiva também coloca a USE como fonte para os veículos de imprensa sobre temas que se referem à atuação e áreas do conhecimento da Unidade, garantindo mais espaço para a USE na mídia e, conseqüentemente, mais pessoas sendo informadas sobre ela;
- **Canais utilizados:** releases (sugestão de pauta) periódicos para a imprensa; contato ativo com a imprensa para conquista de espaço nos veículos; matérias no Portal da UFSCar e no site da USE; redes sociais da UFSCar e USE;
- **Equipe:** interlocutor da USE, jornalista da CCS e outros integrantes da USE que possam ser entrevistados, conforme o tema a ser divulgado;
- **Prazo:** imediato
- **Periodicidade:** quinzenal ou mensal

É necessário destacar que esse trabalho de agenda positiva da USE já é realizado pela CCS-UFSCar. Conforme dados do Sistema de Apoio à Comunicação Integrada (SACI)⁹ da CCS, em 2019¹⁰, foram divulgados 44 releases e 31 textos para o Portal da UFSCar. O site da USE, até o momento, não tem espaço para notícias. As publicações nas redes sociais não foram contabilizadas porque o SACI não registra esses dados ainda.

Há ainda desafios no desenvolvimento desse trabalho no que se refere à ausência de um interlocutor na USE que possa apresentar mais informações sobre a Unidade com frequência. Na maior parte das vezes, as solicitações de divulgação são enviadas em prazos muito curtos o que impede um trabalho com a antecedência necessária para que os releases, por exemplo, sejam enviados em tempo hábil para que a imprensa os divulgue e sejam articuladas entrevistas e possíveis coberturas pela mídia.

⁹ Sistema utilizado pela CCS-UFSCar para gerenciar o processo de informação desde a solicitação até a divulgação das pautas para a imprensa, além dos atendimentos à imprensa e *Clipping*.

¹⁰ Dados foram coletados no SACI no período entre 1/1 a 31/12 de 2019, com o termo de busca “Unidade Saúde Escola”.

6.3.2 Atendimento à imprensa

Consiste no atendimento às demandas da imprensa que solicitam fontes ou temáticas a serem divulgadas. O atendimento pode ser fruto dos releases enviados à imprensa ou podem surgir espontaneamente pela mídia, conforme a temática de interesse.

- **Público:** imprensa;
- **Objetivo:** atender à solicitação da imprensa, mantendo aproximação e canal de contato com jornalistas dos veículos; e manter o espaço da USE e seus integrantes (por meio de entrevistas) na mídia;
- **Canais utilizados:** e-mail, telefone, WhatsApp, site da CCS-UFSCar (www.ccs.ufscar.br);
- **Equipe:** jornalista da CCS e profissionais da USE que possam falar sobre o tema de interesse da pauta dos veículos;
- **Prazo:** imediato;
- **Periodicidade:** sempre que houve demanda.

Esse atendimento já é feito pela CCS e a indicação é que as demandas da imprensa sejam centralizadas na Coordenadoria que controla e registra as demandas em sistema específico e faz a articulação entre a imprensa e as fontes. Conforme dados do Sistema de Apoio à Comunicação Integrada (SACI) da CCS, em 2019¹¹, foram feitos nove atendimentos à imprensa sobre a USE.

6.3.3 USE na mídia

Esse produto vai divulgar tudo aquilo que sair sobre a USE na mídia. Ele será elaborado a partir do Clipping que a CCS já realiza, registrando tudo que os veículos divulgam sobre a UFSCar. A ideia é extrair desse Clipping só o que se refere à USE e divulgar na seção “USE na mídia”.

¹¹Dados foram coletados no SACI no período entre 1/1 a 31/12 de 2019, com o termo de busca “Unidade Saúde Escola”.

- **Público:** comunidade externa à USE, incluindo profissionais e gestores da saúde, usuários da Unidade e seus familiares, comunidade geral. Indiretamente, o público interno também será atingido;
- **Objetivo:** ampliar a divulgação da Unidade feita pela imprensa, fortalecendo a agenda positiva da USE; e aproximação junto à comunidade externa, principalmente profissionais da saúde;
- **Canais utilizados:** site e redes sociais da USE;
- **Equipe:** jornalista da CCS que já faz o Clipping e disponibiliza o material para a comunidade UFSCar; programados visual da CCS para elaboração de peça gráfica para divulgação em redes sociais e site da USE com a identidade da seção “USE na mídia” e integrante da USE que possa disponibilizar o produto no site e redes sociais da Unidade;
- **Prazo:** de imediato a longo, a depender da disponibilidade de profissional da USE para fazer esse trabalho;
- **Periodicidade:** semanal.

Como mencionado, o Clipping já é desenvolvido pela CCS-UFSCar e divulgado diariamente nos boletins informativos destinados à comunidade UFSCar, além de ficar disponível para consulta no site da CCS. De acordo com o SACI, em 2019¹², 54 clippings foram registrados com alguma notícia sobre a USE.

6.3.4 “Informe USE” e “Sua Saúde”

A USE já tem o Facebook e pode ampliar a ação nessa rede social de duas formas. A seção “Informe USE” para divulgação de informações sobre suas linhas de cuidado, horários de funcionamento, documentos necessários para o Acolhimento, linhas de ônibus disponíveis até à Unidade, horários e funcionamento em épocas como final de ano, feriados etc. “Sua Saúde” é a proposta de uma seção em vídeo com conteúdos gerais de saúde, apresentada por diferentes atores internos da Unidade, falando sobre diversas temáticas como, por exemplo: prevenção de quedas para idosos, alimentação para crianças alérgicas, Terapia Ocupacional contra a depressão, posturas adequadas diante do computador, dicas de alongamento, dentre

¹² Dados foram coletados no SACI no período entre 1/1 a 31/12 de 2019, com o termo de busca “Unidade Saúde Escola”.

tantos outros temas. A ideia é que esses vídeos tenham, no máximo um minuto, e sejam produzidos por alunos, docentes ou servidores da USE com temáticas votadas às suas áreas de atuação. A gravação pode ser feita por um celular e o vídeo publicado na rede social, com o compromisso de responder, tem tempo hábil, as perguntas enviadas pelos seguidores, mantendo a interatividade das redes sociais.

- **Público:** externo da USE;
- **Objetivo:** ampliar o conhecimento que circula dentro da USE entre seus profissionais e alunos; aproximação do público que consome mais redes sociais; manter posts constantes da Unidade no ambiente virtual; e interatividade;
- **Canais:** redes sociais da USE;
- **Equipe:** integrantes da USE. Pode ser uma ação disparada nas linhas de cuidados, em projetos articulados entre alunos e docentes, por exemplo;
- **Prazo:** médio, a depender da organização dessa ação entre a equipe da Unidade.
- **Periodicidade:** quinzenal.

6.3.5 Site da USE

O site da USE passou por atualizações em 2019 e tem informações sobre a Unidade, profissionais, linhas de cuidados, ensino, pesquisa e extensão, horários e informação ao usuário, dentre outras. A ideia é potencializar a aba “Notícias/Eventos” que já está no site, atualizando com as divulgações periódicas propostas sobre a USE e reorganizar a interface do site de forma que algumas notícias fiquem visíveis já na página inicial. A sessão “Sua saúde” também pode ser agregada ao site, estimulando o acesso à página.

- **Público:** comunidade externa, incluindo profissionais e gestores da saúde, usuários e seus familiares e a comunidade geral;
- **Objetivo:** Manter o site atualizado com informações constantes sobre a USE e temas da área da saúde. A ideia vai replicar outras ações já realizadas, como notícias e vídeos, no site para dinamizar a página e aumentar a visitação ao site e, conseqüentemente, mais visibilidade para a USE e sua atuação;
- **Canais utilizados:** site da USE (www.use.ufscar.br);

- **Equipe:** pessoa indicada pela USE para atualização do site; programador visual da CCS caso precise de elaboração de alguma imagem ou banner na interface do site; jornalista da CCS que vai produzir as notícias (serão replicadas);
- **Prazo:** início imediato, a depender a disponibilidade técnica do site em abrir espaços novos na interface;
- **Periodicidade:** constante, sempre que houver novas notícias, eventos ou vídeos.

6.3.6 Plataforma com vagas da USE

Essa plataforma atende a uma demanda levantada durante as entrevistas no que se refere a ter informação clara sobre as vagas e serviços disponíveis da USE, uma vez que a CROSS, como descrito anteriormente, não consegue atender as especificidades das vagas da Unidade. A plataforma pode ser acessada no próprio site da Unidade e ter as informações sobre o serviço, quantas vagas disponíveis, quais os critérios e a que linha de cuidado está relacionado. É preciso assegurar que os coordenadores das linhas tenham o compromisso de manter esses dados constantemente atualizados para que a informação seja real e atual para a rede e, também, para a própria equipe da USE que, nas entrevistas, demonstrou dificuldade no processo interno de distribuição dessas informações. Além disso, a plataforma deve expor um modelo com as informações e dados que devem constar no encaminhamento de usuários para a Unidade.

- **Público:** gestores e profissionais da rede de saúde pública de São Carlos e, conseqüentemente, equipe interna da USE;
- **Objetivo:** principalmente, facilitar e agilizar o acesso à informação sobre as vagas na USE. Isso vai permitir que os encaminhamentos sejam feitos de forma mais adequada para a USE, ajudando tanto os profissionais das unidades encaminhadoras como a equipe da USE. Essa estratégia também mostra organização, controle e transparência por parte da Unidade;
- **Canais utilizados:** acesso à plataforma no Portal da USE;
- **Equipe:** integrantes da USE; coordenadores das linhas de cuidado para atualização permanente dos dados; profissionais de Tecnologia da Informação para desenvolver a plataforma.
- **Prazo:** médio a longo prazo
- **Periodicidade:** atualização constante

6.3.7 Exposições

A infraestrutura da USE dispõe de espaços amplos que podem se tornar potenciais áreas para exposições de temáticas associadas à atuação da Unidade. Exposições fotográficas, de obras de arte, pintura, escultura, banners, cartazes, e outros materiais que podem ser apresentados em espaços como o saguão da Unidade, nos corredores e áreas de outros blocos da USE, sem comprometer a circulação das pessoas.

Essas exposições podem ter temáticas relacionadas às campanhas já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, setembro amarelo, prevenção de DSTs no carnaval, novembro azul, dentre outras. As mostras também podem integrar atividades a serem elaboradas por grupos de usuários da USE (de TO, Psicologia, de mães, e outros) como forma de incentivar o trabalho em grupo, refletir sobre temas de saúde importantes para a sociedade, estimular a prevenção, educação em saúde e compartilhamento de informações com os visitantes e frequentadores da Unidade.

- **Público:** comunidade externa que visita a USE, como usuários e familiares e pessoas da UFSCar; e também a comunidade interna;
- **Objetivo:** Além de se aproximarem da temática da saúde, considerando as linhas de cuidados da USE, as exposições podem valorizar a Unidade como espaço de formação e disseminação do conhecimento, aproximar a USE de seu público interno e externo que frequenta a Unidade. Além disso, as mostras contribuem para a ambiência da USE, que é um dos princípios da Política de Humanização do SUS;
- **Canais utilizados:** uso dos espaços do saguão e blocos internos da USE. A divulgação das mostras pode ser feita pelo Inforede (CCS), Agenda de Eventos do Portal da UFSCar, site da USE, imprensa, redes sociais, conforme temática da exposição;
- **Equipe:** coordenadores das atividades de grupo da USE, interlocutor da USE, jornalista da CCS (para divulgação) e programador visual da CCS, caso seja necessário criar identidade visual para a mostra. Podem ter departamentos parceiros, como o Departamento de Ação Cultural da Biblioteca Comunitária da UFSCar e departamentos acadêmicos da área da saúde, por exemplo, que podem estimular seus alunos a produzirem exposições no espaço da USE;

- **Prazo:** início imediato para elaboração das exposições e busca de produtores interessados;
- **Periodicidade:** variável. Indicação do tempo de exposição entre 20 e 30 dias para cada mostra.

6.3.8 Boletim USE

Esse produto será um jornal digital da USE. O produto será dividido em seções: notícias da Unidade, que podem ser escolhidas entre as que foram divulgadas anteriormente; “Conheça a USE” com informações sobre linhas de cuidados, atendimentos exclusivos realizados pela USE, espaços diferenciados da USE, com a ideia de apresentar a Unidade à cada edição do produto. Outra seção será “Entrevista” com entrevistas diferentes à cada edição apresentando temas relacionados à USE, saúde, terapias que serão feitas com profissionais ou docentes da Unidade. Haverá também “Agenda de eventos” e espaços para publicação de informações sobre o Acolhimento, documentação necessária, ou outro tipo de informe. Por fim, a seção “Imagem da Edição” vai eleger uma fotolegenda com imagem da USE para ser publicada.

- **Público:** foco nas unidades da rede, SMS/Regulação, comunidades externa e interna da USE;
- **Objetivo:** divulgar informações sobre a USE para as unidades da rede, como forma mostrar à cada edição como a Unidade funciona, o que ela desenvolve, qual é seu papel, seu propósito. Além de informar, é um produto que vai manter a USE sempre presente nas unidades e junto a seus profissionais;
- **Canais utilizados:** envio da versão digital para os e-mails das unidades de saúde, gestores da saúde e versão impressa para afixar nos murais da Unidade. A divulgação pode ser replicada por e-mail também para o público interno;
- **Equipe:** jornalista da CCS para produção de alguns textos e reunião de pauta com interlocutor da USE; programador visual da CCS para elaboração do layout inicial do produto e diagramação à cada edição; e integrantes da USE que poderão produzir pequenos textos sobre suas áreas;
- **Prazo:** médio prazo;
- **Periodicidade:** bimestral.

6.3.9 Cartaz e folder do Acolhimento

A partir das entrevistas, notou-se uma falha na orientação de pacientes quando são encaminhados para a USE. Além da falta de informação na guia de referência, muitas vezes o próprio paciente chega sem informação do que será feito, de como funciona e o que precisa apresentar na USE. A ideia é elaborar cartazes com as informações básicas sobre o Acolhimento – horário de funcionamento, documentos necessários, telefone de contato, endereço, principais linhas de ônibus – para facilitar a orientação dos pacientes. O folder terá os mesmos dados com acréscimo de informações gerais sobre a USE.

- **Público:** externo (usuários) e unidades de saúde da rede;
- **Objetivo:** divulgar as informações corretas sobre o Acolhimento da USE para auxiliar a orientação dos usuários diante do encaminhamento;
- **Canais utilizados:** cartazes impressos para fixação nos murais das Unidades. Folders impressos para que as unidades da rede entreguem aos usuários encaminhados à USE;
- **Equipe:** interlocutor da USE; jornalista e programador visual da CCS; equipes das unidades para fixação e distribuição do material;
- **Prazo:** médio prazo, pois a USE precisa buscar recurso para a impressão do material;
- **Periodicidade:** enviar os materiais conforme a necessidade das unidades, fazendo a distribuição inicial com base nos números de encaminhamentos mais recentes das unidades.

6.3.10 Eventos para profissionais de saúde

Realização de eventos para profissionais da rede de saúde ou promoção de atividade em parceria com os profissionais. A ideia é promover oficinas de capacitação, discussão de casos clínicos, workshops, palestras, rodas de conversa conforme temas que são comuns à rede e à atenção ofertada na USE. A Unidade possui infraestrutura para abrigar eventos como esse, além de profissionais, docentes e alunos que podem compartilhar conhecimento com profissionais da rede. Além disso, a equipe da rede também tem muito a contribuir pela proximidade dos casos, vínculo com usuários e cenários de atendimento. Portanto, é a

organização de eventos numa ação mútua entre a USE e rede, contando com o engajamento e participação de todos os atores.

É interessante frisar que a oferta de eventos pela USE foi aprovada por todos os entrevistados como forma de aproximação entre a Unidade e os equipamentos de saúde do município e como oferta de capacitação para os profissionais da rede. A proposta é promover as atividades na USE em horários que permitam a participação das equipes da rede, ou em espaços das unidades que também podem reunir os participantes. Devem participar todos os profissionais da rede, ampliando as oportunidades de capacitação e aproveitamento das equipes.

- **Público:** profissionais da rede;
- **Objetivo:** aproximação entre a USE e os profissionais da rede; exercício do papel social da UFSCar e do foco da USE; compartilhamento mútuo do conhecimento; e incentivo à participação de alunos para aproximá-los da realidade profissional;
- **Canais utilizados:** espaço da USE e das unidades da rede;
- **Equipe:** profissionais da USE e profissionais da rede; jornalista da CCS para divulgação;
- **Prazo:** início imediato, a depender a disponibilidade de participantes e indicação de temas;
- **Periodicidade:** trimestral

6.3.11 Participação em reuniões das Atenção Básica

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) promove reuniões mensais presenciais com as equipes das UBSs e USFs (separadamente) para atualizar informações, corrigir eventuais desvios e divulgar informes e procedimentos necessários. São reuniões de equipe realizada pela gestão da Atenção Básica que também abrem espaço para instituições parcerias fazerem apresentações, esclarecer dúvidas e atualizar suas informações. A ideia é que a USE participe dessas reuniões para divulgar suas informações, passar orientações sobre os encaminhamentos, esclarecer dúvidas e resolver questões com as unidades. Além disso, é uma forma de manter contato com demais atores.

- **Público:** unidades de saúde da rede e gestores da saúde (SMS/Regulação);
- **Objetivo:** aproximação entre USE e unidades e entre USE e SMS; disseminação das informações atualizadas e corretas sobre a USE para os profissionais da rede; oportunidade de responder a dúvidas levantadas diretamente pelos profissionais que estão na linha de frente com os usuários;
- **Canais utilizados:** reuniões presenciais nos locais indicados pela chefia da Atenção Básica;
- **Equipe:** representantes da USE
- **Prazo:** início imediato;
- **Periodicidade:** semestral ou, quando necessário, em menor intervalo de tempo.

6.3.12 Relação com a UFSCar

A USE precisa estabelecer uma relação mais resolutiva com os departamentos afins à sua atuação. É preciso propor reuniões mais abertas com os departamentos, apresentando a importância da Unidade no cenário de formação dos alunos, a necessidade de sua inserção na rede, até por questões financeiras, e a abertura de espaço privilegiado para ações de extensão e pesquisa que devem ser explorados por docentes em equilíbrio com as demandas de saúde do SUS local.

- **Público:** docentes e departamentos da UFSCar (integram a comunidade externa);
- **Objetivo:** aproximação com os docentes; oportunidade de apresentação da USE como espaço aberto para docentes; ênfase na necessidade da USE na rede; e mostrar a importância do papel social da Unidade;
- **Canais utilizados:** apresentações diretas em reuniões com chefias de departamentos, docentes e conselhos de centro;
- **Equipe:** representantes da USE, e apoio técnico (texto e diagramação, conforme viabilidade da CCS);
- **Prazo:** médio;
- **Periodicidade:** semestral.

6.3.13 Relatórios da USE para SMS/Regulação

A proposta é elaborar relatórios mais atrativos sobre a USE para a gestão local – SMS e Regulação. A USE já faz esses relatórios (quantitativos e qualitativos) para a Secretaria como cumprimento do plano operativo e contrato assinado para a prestação de serviço. A ideia é elaborar um relatório com os mesmos dados, mas apresentando também os benefícios dos atendimentos realizados pela USE no cenário da saúde pública de São Carlos. A proposta é mostrar o quanto a USE conseguiu colaborar com a resolutividade dos casos da AB e conseguiu evitar o agravamento dos casos diminuindo os encaminhamentos para a atenção terciária. Além de divulgar a operação da USE, o relatório pode até subsidiar decisões e levantamentos técnicos das necessidades de saúde da população e de capacitação e preparação das equipes de saúde da rede, no que se refere ao âmbito de atuação da Unidade.

- **Público:** SMS e Regulação;
- **Objetivo:** apresentar os dados necessários da USE mostrando a importante atuação da Unidade no cenário da saúde pública; oferecer dados e análises da USE que podem contribuir para a compreensão das necessidades de saúde do município;
- **Canais utilizados:** envio do relatório por e-mail e apresentação impressa para SMS e Regulação;
- **Equipe:** gestão e administração da USE. Se houver necessidade de diagramação mais publicitária, o programador visual da CCS pode elaborar um modelo padrão personalizável para diferentes edições do documento;
- **Prazo:** médio;
- **Periodicidade:** trimestral.

6.4 IMPLANTAÇÃO DO PLANO

A elaboração desse plano de comunicação externa considerou não só a realidade do campo de atuação da USE como também as condições e possibilidades da Unidade em aplicá-lo futuramente. Sendo assim, é preciso que a gestão da Unidade tome conhecimento desse plano, promova reuniões com integrantes da USE, com seu Conselho Gestor e com a

comunicação da Universidade para avaliar as frentes de ação que podem ser adotadas, prazos, responsáveis nomeados para as ações e possibilidades de execução.

Todo plano de comunicação é adaptável às necessidades da organização e deve ser atualizado e constantemente remodelado para atender às mudanças de cenários e necessidades de comunicação das organizações. Portanto, entre a elaboração desse plano e sua efetiva aplicação, podem surgir novas demandas que refletirão em adequações e alterações nos produtos e ações propostos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco do plano de comunicação desenvolvido neste trabalho é o público externo da USE. Nesse sentido, o delineamento dos atores relevantes e a compreensão de sua percepção sobre a Unidade constituem um dos seus alicerces. Foram entrevistas com a equipe do Acolhimento, principal porta de entrada dos usuários na USE, com a gestão da Unidade, com a gestão da saúde do município e com atores que estão na ponta do sistema, que referenciam os pacientes para a USE, ou seja, as unidades de rede de saúde de São Carlos.

Todavia, desses atores, o público externo da USE também é formado pelos pacientes e seus familiares, pela comunidade de São Carlos e, também pela comunidade da UFSCar. Consideramos que a principal limitação da pesquisa refere-se à inserção direta desses grupos nas entrevistas, o que ocorreu devido à falta de tempo hábil para o processo de definição de um plano de amostragem, estabelecimentos de agendamentos, realização de entrevistas, transcrição e análise das mesmas, dentre outras dificuldades. Apesar disso, entendemos que as propostas de produtos e ações apresentadas no plano de comunicação externa também refletirão nesse público, seja na qualidade do atendimento ofertado, na capacitação das equipes de saúde, em encaminhamentos mais assertivos e informações mais direcionadas e esclarecedoras.

Compreende-se também que a comunicação interna da USE demanda por plano de comunicação específica que, se organizada, vai colaborar prontamente para o sucesso da comunicação externa, e vice-versa. Nesse caso, uma pesquisa futura pode focar no aspecto interno da USE, incluindo plano de comunicação, engajamento e pertencimento de equipes.

O trabalho também apontou percepções dirigidas às necessidades de melhorias em aspectos que não fazem parte do seu foco, como uma maior presença da dimensão técnica na gestão da saúde em São Carlos, a questão dos gargalos no fluxo de informação dentro da rede de saúde pública, falta de capacitação, a condição de fragilidade da AB e a fragmentação da rede que, entre outros possíveis fatores, impede a realização efetiva de uma Rede de Atenção à Saúde em São Carlos. Esses levantamentos foram importantes para a análise do campo de ação estratégica da USE, mas não são foco do plano de comunicação da Unidade, que não tem gerência sobre as questões apontadas. É necessário um estudo mais específico desse cenário e propostas que precisam ser analisadas à luz da SMS e às questões políticas que envolvem a saúde local.

O plano proposto também apresenta um leque restrito de ações, partindo das limitações técnicas e orçamentárias da USE, além de compreender que a unidade de comunicação institucional da Universidade, a CCS, tem, igualmente, equipe e recursos reduzidos. A inserção

e interatividade da USE em novas redes sociais, a entrega de material impresso para usuários, visitas constantes às unidades de saúde, dentre outras iniciativas, poderiam colaborar com o projeto, mas necessitariam de equipes e recursos mais amplos. Com isso, o plano se limitou a ações que podem ser desempenhadas com as possibilidades atuais da Unidade, reforçando a importância do engajamento da comunidade interna, do reconhecimento da importância da USE no cenário do SUS local.

Por fim, avalia-se que o plano elaborado poderá ser efetivo para a USE, atendendo às proposições feitas no Planejamento Estratégico da Unidade no que se refere à aproximação junto aos equipamentos de saúde e na ampliação da comunicação externa. O trabalho de comunicação atualmente desenvolvido na Unidade e na CCS, que atende todos os demais departamentos da Universidade, tem alcançado um resultado limitado por não dar conta de explorar outras possibilidades de divulgação e por não ser realizado a partir de avaliação detalhada no campo de atuação da USE. Com o plano proposto, desenvolvido a partir de uma abordagem que vai compreender o sistema de saúde local, onde a USE está inserida, como um campo de ação estratégica, entendemos que as ações propostas, se implementadas, podem melhorar a posição relativa da Unidade junto ao seu público externo, consolidando e ampliando o papel da Unidade Saúde Escola da UFSCar na rede local.

REFERÊNCIAS¹³

- ALPUIM, N. S. F. **O papel da comunicação estratégica nas instituições de saúde: o caso do Hospital de Braga**. Relatório de estágio de mestrado em Ciências Comunicação. Universidade do Minho. Braga, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/41057>. Acesso em: 4 maio 2019.
- ARAUJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. *In: Revista Latinoamericana de Ciências de La Comunicación*, v. 6, n. 10, p. 104-115, 2009. Disponível em <https://www.alaic.org/revista/index.php/alaic/article/view/88>. Acesso em: 15 maio 2019
- BACCEGA, M. A. (org.). **Gestão de Processos Organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2002.
- BAÊTA, O. V. *et al.* O plano de gestão nas universidades federais brasileiras sob o olhar do institucionalismo sociológico. *In: Colóquio Internacional de Gestão Universitária*, 14., 2014, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/131357>. Acesso em: 13 maio 2019.
- BAHIA, Ligia. Trinta anos do Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 7. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROSO, Lorena G. Carvalho. **Comunicação em Saúde: Planejando a Comunicação Interna no ambiente Hospitalar**. Trabalho de conclusão de Curso (Trabalho de Conclusão de Curso em Comunicação Social) – UFJF. Juiz de Fora, 2013.
- BIOLCHINI, J. C. A. *et al.* Scientific research ontology to support systematic review in software engineering. **Advanced Engineering Informatics**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2007, p. 133-151. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147403460600070X>. Acesso em: 30 abr. 19.
- BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília DF, 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 abr. 2020.

¹³De acordo com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT NBR 6023/2018).

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 abr. 2020.

BUENO, Wilson da Costa. **Comunicação empresarial: teoria e pesquisa**. Barueri: Manole, 2003.

BUENO, Wilson da Costa. **Comunicação Empresarial: políticas e estratégias**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CANDIDO, S. E. A., CORTES, M. R., TRUZZI, O. M. S., SACOMANO NETO, M. Campos nos estudos organizacionais: abordagens relacionais? *In: Gestão & Produção*, São Carlos, v. 25, n.1, p-68-80, 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2017005010102&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 nov. 2018.

CANZLER, W. *et al.* From “living lab” to strategic action field: bringing together energy, mobility and information technology in Germany. *In: Energy Research & Social Science*, v. 17, p. 25-35. Elsevier, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214629617300440?via%3DIhub>. Acesso em: 12 maio 2019.

COSTA, Greiner (org.). **Comunicação e Gestão Pública**. Campinas: Alínea, 2015.

DELLAZZANA, Angela L. A saúde na perspectiva da comunicação institucional e mercadológica. **Organicom. Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**. Edição Especial, n. 16/17, p. 199-212, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-2593.organicom.2012.139138>. Acesso em: 12 abr. 2019.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. Jaula de Ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. *In: CALDAS, M. P; BERTERO, C. O. Teoria das Organizações*. São Paulo: Atlas, 2007.

DURIAU, V. J., REGER, R. K., PFARRER, M. D. A Content Analysis of the Content Analysis Literature in Organization Studies: Research Themes, Data Sources, and Methodological Refinements. *In: Organizational Research Methods*, 2007. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1094428106289252>. Acesso em: 30 set. 2018.

EMERICH, T. *et al.* Necessidades de saúde e direito à comunicação em tempos de mediatização. *In: RECIIS*, v.10, n. 4. Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1065>. Acesso em: 12 maio 2019.

EPSTEIN, Isaac. Comunicação de massa para saúde: esboço de uma agenda midiática. *In: Revista Latinoamericana de La Comunicación*, v. 5, n. 8-9, p. 132-142. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.alaic.org/revista/index.php/alaic/article/view/63>. Acesso em: 17 out. 2019.

FLIGSTEIN, Neil. Habilidade Social e a Teoria dos Campos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 47, n. 2, p. 61-80, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v47n2/v47n2a13.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FLIGSTEIN, Neil; DAUTER, L. A sociologia dos mercados. **Caderno CRH**, Salvador, v. 25, n. 66, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792012000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 maio 2019.

GODRI, L.; COSTA, R. S. Mercados como arenas sociais: como se dá a arbitragem das disputas em campo de ação estratégica de mercados periféricos. *In: EnANPAD 2017*, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321124012_Mercados_como_Arenas_Sociais_com_o_se_da_a_arbitragem_das_disputas_em_campos_de_acao_estrategica_de_mercados_perifericos. Acesso em: 14 maio 2019.

KUNSCH, M. M. K. **Relações Públicas e Modernidade: novos paradigmas na Comunicação Organizacional**. São Paulo: Summus Editorial, 1997a.

KUNSCH, M.M.K. (org.). **Obtendo resultados com Relações Públicas**. São Paulo: Pioneira, 1997b.

KUNSCH, M. M. K. Planejamento e gestão estratégica de relações pública nas organizações contemporâneas. **Análisi**, v. 34, pp. 125-139. Escola de Comunicações e Artes (USP). São Paulo, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/13270600.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019

KUNSCH, M. M. K. **Comunicação Organizacional estratégica: aportes conceituais e aplicados**. São Paulo: Summus Editorial, 2016.

MACHADO-DA-SILVA, C. L. *et al.* Campos organizacionais: seis diferentes leituras e a perspectiva de estruturação. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 11, n.sp., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552010000600006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 maio 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MISOCZKY, A. C. A. Implicações do uso das formulações sobre campo de poder e ação de Bourdieu nos estudos organizacionais. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 70, n.sp., Curitiba, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v7nspe/v7nespa02.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

MONTORO, Tânia. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. *In: Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 25, p. 442-451. Botucatu, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200020. Acessível em: 14 abr. 2019.

NASSAR, Maria Rosana Ferrari. **O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios**. Trabalho apresentado ao NP-10 Políticas Estratégicas de Comunicação do V Encontro do Núcleo de Pesquisa, Intercom, 2006. Disponível em: <http://intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R0096-1.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

NEVES, R. C. **Comunicação empresarial integrada: como gerencia: imagem, questões públicas, comunicação simbólica e crises empresariais**. Rio de Janeiro: Mauad, 2000.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Aberta do SUS(UMA-SUS)/UFMA. São Luís: EdUFMA, 2016.

PAULILLO, L. F; SACOMANO NETO, M.; GARCIA, L.M. **Governanças de Redes: economia, política e sociedade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PITTA, A. M. da Rocha; MAGAKEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. In: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n.7, p. 61-70. São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 abr. 2020.

PITTA, A. M. da Rocha; RIVERA, F. J. U. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. In: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 395-410. Botucatu, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832006000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2019

SÃO CARLOS (SP). Poder Executivo. Lei nº 13.194, de 25 de julho de 2003. **A Folha**, São Carlos, 26 jul. 2003. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/lei13194.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SÃO CARLOS (SP). Poder Legislativo. Lei nº 18.700, de 17 de julho de 2018. **Diário Oficial**, São Carlos, ano 10, n. 1234, p. 1, 31 jul. 2018 (extra). Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/2019/LDO/lei18700%20-%20LDO%202019-digital.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SÃO CARLOS (SP). Poder Legislativo. Lei nº 18.700, de 17 de julho de 2018. **Anexo V**. Descrição dos programas governamentais/metast/custos para o exercício 2019. São Carlos, 2019. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/orcamento-municipal/171767.html>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SANDER, J. A; CUNHA, C. R. Atores sociais e campo organizacional: estratégias discursivas e de mobilização de recursos na construção do complexo avícola na Cooperativa Agroindustrial Copagril. **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2013. p. 189-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712013000400008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 maio 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (São Carlos). **Estrutura Organizacional**. São Carlos, 2019. Disponível em: http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/2017/administracao/017_SMS.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

SENHORAS, Elói Martins. **A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan./jun., 2007. Disponível em: http://www.academia.edu/1596065/A_cultura_na_organizacao_hospitalar_e_as_politicas_culturais_de_coordenacao_de_comunicacao_e_aprendizagem. Acesso em: 9 ago. 2018.

SILVA, V. C; ROCHA, C. M. F. **A comunicação em saúde no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura**. Trabalho de conclusão de curso (Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva) – UFRGS. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/97638>. Acesso em: 10 maio 2019.

SILVEIRA, Denise Silva et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1714-1726. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900005. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOUZA, Renilson Rehem. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. *In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistema de Saúde das Américas*. São Paulo, 2002. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 18 abr. 2020

SPEDO, S. M., PINTO, N. R. S., TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, pp. 953-972. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2019.

SPENCE, C. *et al.* Taste matters: cultural capital and elites in proximate strategic action fields. **Human Relations**, New York, v.70, n.2, p.211-236. 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0018726716649247#> Acesso em: 12 maio. 2019.

TEIXEIRA, J. Comunicação em Saúde – Relações Técnicos de Saúde-Utentes. **Análise Psicológica**. Lisboa. v. 22, n. 3, pp. 615-620. 2004. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

TURETA, C.; JÚLIO, A. C. Estratégia como prática social e trabalho institucional: uma proposta de articulação teórica. **Teoria e Prática em Administração**, Vitória, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/tpa/article/view/28196/16806>. Acesso em: 12 maio 2019.

UNIDADE SAÚDE ESCOLA. **Planejamento Estratégico 2018**. São Carlos: UFSCar, 2018.

UNIDADE SAÚDE ESCOLA. **Relatório de Atividades da USE-UFSCar 2016**. São Carlos: UFSCar, 2017.

UNIDADE SAÚDE ESCOLA. **Relatório de Atividades da USE-UFSCar 2017**. São Carlos: UFSCar, 2018.

UNIDADE SAÚDE ESCOLA. **Relatório de Atividades da USE-UFSCar 2018**. São Carlos: UFSCar, 2019.

UNIDADE SAÚDE ESCOLA. **Relatório de Atividades da USE-UFSCar 2019**. São Carlos: UFSCar, 2020.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – Transcrição das Entrevistas

Este Apêndice contém a transcrição das entrevistas realizadas ao longo da pesquisa. Os trechos iniciados com P (em negrito) referem-se às perguntas da pesquisadora e os trechos iniciados com a letra R indicam as repostas de cada entrevistado. Nomes de profissionais citados pelos entrevistados não foram transcritos para garantir sigilo e privacidade.

Entrevista com Gestão/Administração USE – Entrevistado1 (E1)

P: Qual é a atuação da USE na rede pública de São Carlos? Como ela está inserida neste cenário?

R: A USE está inserida como um Serviço de média complexidade/atenção especializada, onde recebe pacientes referenciados de todos os pontos de atenção à saúde de São Carlos e microrregião, além de serviços sociais e de educação. Oferta serviços compostos por 11 ambulatórios médicos, 10 especialidades em Fisioterapia, 4 especialidades em Terapia Ocupacional, além da assistência em Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Fonoaudiologia e Farmácia.

P: Quais são as contribuições que a Unidade oferece para os usuários atendidos?

R: Assistência de qualidade, serviço humanizado, acolhedor e gratuito. A educação e a pesquisa acontecem de forma integrada com assistência aos usuários do SUS e por meio de capacitação de recursos humanos que atuam na área da saúde. Ainda, integra ações de docentes e alunos dos cursos de engenharias e de Libras, para fortalecer a integralidade do cuidado em saúde. Os atendimentos são realizados por docentes, profissionais de saúde da Unidade e, principalmente, por estagiários dos cursos da UFSCar como Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional. Ressalta-se que a USE é o único serviço de Fisioterapia na atenção especializada de São Carlos e microrregião. Devido a presença dos profissionais e alunos/estagiários dos diferentes cursos da área de saúde é possível o trabalho interprofissional. Isso promove o olhar ampliado em saúde, com foco no modelo biopsicossocial, favorecendo a identificação de necessidades dos pacientes e de seus cuidadores.

P: A USE também tem um papel importante na formação de futuros profissionais de saúde. De que forma esse trabalho se reflete em benefícios para a assistência ofertada?

R: A presença dos estagiários é fundamental para a assistência de qualidade, uma vez que esses são preparados com base em evidência científica, do que há de mais avançado em técnicas de avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O estagiário atua com a presença permanente do docente, para a realização dos procedimentos realizados. Além disso, a presença de alunos propicia a possibilidade de um atendimento de alta qualidade, bem como possibilita maior

número de atendimentos a população. A USE recebe em média 433 discentes por ano, cadastrados em atividades de ensino, pesquisa e extensão e em 2018 possibilitou 28.527 atendimentos e em 2019 foram 26.341 atendimentos. Esse maior número de atendimentos em 2018 foi devido ao aumento no número de estagiários de um curso de graduação (excepcionalmente nesse ano).

P:Quais são os principais diferenciais da USE frente aos demais serviços ofertados na rede?

R: Trabalho interprofissional, acolhimento com escuta qualificada, presença de estagiários e estudantes de pós-graduação, trabalhando com prática baseada em evidência. Além disso, o serviço de Fisioterapia é o único serviço na atenção especializada de São Carlos e microrregião.

P: Por que é importante para a USE atuar na rede pública de São Carlos?

R: Importante para fortalecer a rede de cuidado em saúde e o serviço-escola.

P : Qual ou quais são os interesses/objetivos da Unidade em atuar na rede de atenção à saúde na cidade?

R: A atuação da USE na rede de atenção à saúde de São Carlos e microrregião tem a finalidade de aproximar e fortalecer a rede serviço-escola, possibilitar a capacitação de profissionais e uma forma da universidade retribuir todo o conhecimento adquirido em prol da população, com um atendimento gratuito e de qualidade. Além disso, o aluno vivenciará as reais demandas de um serviço de saúde.

P: A USE enfrenta problemas para atuar na rede? Quais? Como eles poderiam ser resolvidos, na avaliação da Unidade?

R: Sim. Os problemas estão centrados na dificuldade de negociação com os parceiros municipais, a demora nas tramitações e negociações de propostas encaminhadas e muitas vezes ausência de respostas; baixo reconhecimento por todo trabalho prestado à comunidade; falta de compreensão de como funciona um serviço-escola, sendo que a maior demanda de atendimentos vem da força tarefa e presença de estagiários/alunos, sendo o maior número de atendimentos ocorrendo no período letivo. Esses problemas poderiam ser resolvidos se houvesse maior aproximação e envolvimento das partes, com pactuações sólidas.

P: Como se estabelece a relação de vocês com a SMS? São reuniões periódicas? Como acontecem? Quem participa?

R: As relações ocorrem por meio de encaminhamentos realizados pela USE, como oferta de novos serviços, repactuação de convênio, encaminhamentos de relatórios dos serviços prestados pela USE, guias de atendimento SUS. As reuniões não são periódicas. Quando ocorrem, na sua maioria é por solicitação da USE. As pessoas que participam, depende da pauta

em questão, e qual serviço está envolvido na pauta. Temos reuniões com a regulação, com o secretário de saúde, Conselho Municipal de Saúde. Para as reuniões que ocorreram entre 2018-2019 para a assinatura do convênio foram necessários o envolvimento da FAI, reitoria, secretário de saúde, prefeito e direção da USE.

P: Há um interlocutor direto na SMS para atender questões relacionadas à USE? Quem é? Ele consegue atender a demanda?

R: Não há um interlocutor direto. As demandas são encaminhadas, dependendo do assunto, para diretor da regulação ou secretária de gabinete do secretário de saúde.

P: Como a USE estabelece contato com o Departamento de Regulação do Município?

R: O contato com o Departamento de Regulação é realizado pela servidora administradora e direção da USE

P: São feitas pactuações entre USE e SMS para estabelecimento de especialidades (ambulatórios) e serviços que a USE pode oferecer para atender a população de São Carlos? Ou essas áreas de atendimento são definidas apenas pela USE, conforme demanda do ensino?

R: As áreas de atendimento são definidas apenas pela USE, conforme demanda do ensino, na maioria das vezes.

P: De que forma você acredita que a SMS vê a atuação da USE na saúde pública da cidade?

R: Acredito que há um grande reconhecimento pelo trabalho de qualidade prestado à comunidade, entretanto, não há o entendimento de que não conseguimos atender a demanda do Município.

P: Quais são as principais dificuldades na relação da USE com a SMS no que se refere à compreensão do papel da USE por parte da Secretaria?

R: Dificuldades na compreensão quanto: a USE não consegue atender toda a demanda de pacientes da atenção especializada do município; dependemos de ações desenvolvidas por docentes e a presença de estagiários/alunos de graduação e pós-graduação; estamos sujeitos a mudanças de projetos pedagógicos de cursos de graduação e ações pactuadas podem ser modificadas ao longo dos anos; temos um corpo técnico reduzido, o que dificulta a manutenção no número de atendimentos no período de férias dos alunos.

P: Há outras dificuldades? Quais?

R: Manter diálogo/contato com os responsáveis, mudanças frequentes de coordenações dos serviços, mudança de secretário de saúde (especialmente nesse mandato municipal), o que dificultam as negociações e manutenção das pactuações realizadas.

P: Quais ações a USE já adotou para alterar esse quadro? Foram suficientes? Por quê?

R: Foram realizadas várias reuniões com os responsáveis dos serviços de regulação, secretário de saúde, entre outros, explicando o papel da USE e as peculiaridades de um serviço-escola. Mudança na escrita de algumas cláusulas do contrato/convênio SUS, com destaque para esses fatores citados. Apresentação da USE no Conselho Municipal de Saúde, presença de uma servidora da USE (representante técnica) como membro do CMS, bem como de uma docente representante do CCBS. Foram várias tentativas nos últimos anos para a construção de um sistema de referência e contra-referência nos serviços de reabilitação da criança e adolescente no município, uma vez que temos alguns locais de atendimento em comum. A USE passou a ter uma representação no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência do Município. Implementamos os Encontros Interprofissionais na USE, sendo que a SMS e Educação foram sempre convidados a participar das discussões. Esse ano, havíamos programado encontros para que eles fizessem parte da mesa de discussão. Temos docentes do DFisio que estão em interlocução com a Atenção Básica na tentativa de fazermos ações em rede. Aumentamos a divulgação da USE nos meios de comunicação, com o apoio de uma servidora do CCS.

P: A USE está disposta a alterar algum procedimento para facilitar essa relação? Qual?

R: Não sei ao certo, qual outro procedimento poderíamos adotar para facilitar essa relação. A direção e a coordenação da USE têm várias frentes de trabalho interno, o que dificulta a manutenção das tentativas de contato com a SMS. Talvez se conseguíssemos um servidor que cuidasse dessa frente de trabalho, com a comunicação entre as partes. Estamos dispostos a fazer o que for preciso para alterar essa relação.

P: Um aumento no repasse de verbas para a USE, por parte da SMS, seria importante de que forma?

R: Sim, o aumento no repasse seria muito importante, para conseguirmos fazer reparos nos equipamentos que temos e ampliar compras de novos equipamentos e materiais. Isso favorecerá a qualidade dos serviços prestados a comunidade. Ressalto que conseguimos dobrar o teto mensal do faturamento da USE, por meio da comprovação de uma série histórica de números de atendimentos mês, bem como, por meio do levantamento de atividades realizadas que antes não eram consideradas no faturamento e pactuações alcançadas para gerar guias SUS para as atividades de pesquisa. Entretanto, temos problemas com glosas no faturamento, uma vez que existe um teto por procedimento pactuado e não conseguimos manter os valores exatos em cada um deles, devido as especificidades e mudanças nas ações realizadas. Assim, cada procedimento que excede o número pactuado não são pagos.

P: Qual é a relação prática da USE com o CMS? Há encontros periódicos, reuniões? Como vocês participam?

R: Não há uma relação direta CMS e USE. Os encontros são somente quando a USE solicita novas ofertas de serviços e a renovação do Convênio SUS. Considero que a USE, bem como HU deveriam ter representações no CMS.

P: A USE conhece, claramente, os critérios que o Conselho utiliza para dar deferimentos/indeferimentos das demandas dos equipamentos da rede? Seria importante para a Unidade conhecê-los? Por quê?

R: Não temos conhecimento. Seria muito importante conhecer os critérios utilizados, considerando a questão de transparência dos serviços públicos. Além disso, conhecer os critérios possibilitaria reflexões e planejamentos para novas ações e criar demandas da USE. OBS: Encaminhei solicitações para adquirir emendas de vereadores, quando obtive informações das possibilidades.

P: A USE tem conhecimento das definições e despachos do CMS? De que forma?

R: Não. No momento temos algumas informações, pois temos um membro do CMS, que por acaso é servidora da USE, mas não está como representante da USE. Assim, dificilmente consegue colocar nossas demandas.

P: De que forma você acredita que o CMS veja a atuação da USE na saúde pública de São Carlos?

R: Os membros não têm conhecimento. Pude perceber isso, quando apresentei dados da USE, com as ações desenvolvidas e o número de atendimentos ao longo do tempo. Essa apresentação foi para a renovação do Convênio SUS.

P: O que a USE tem feito para manter e/ou melhorar a relação da Unidade com o Conselho?

R: Somente quando temos novos serviços a serem ofertados para o município.

P: O quanto essa relação pode ser importante para a USE consolidar sua atuação na saúde de São Carlos?

R: Vejo a grande importância para o entendimento das conquistas, dificuldades e demandas do município e poder participar de reflexões e planejamentos, para construção de um sistema de saúde integrado ou seja, a tão sonhada rede de cuidado em saúde.

P: Como se dá o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades de saúde pública de São Carlos e a USE?

R: A USE recebe pacientes encaminhados de todos os pontos de atenção à saúde de São Carlos e microrregião, da educação e serviço social. Os pacientes passam pelo serviço de Acolhimento

da USE, recentemente implementamos um serviço de Avaliação Interprofissional, avaliando os pacientes com baixa funcionalidade, ou seja, que necessita de cuidado em mais de uma área de especialidade. Esses pacientes ou são inseridos em ações desenvolvidas na USE, ou quando não há vagas, a equipe passa orientações ao paciente e cuidador. Na ausência de vagas na USE, os pacientes são contra-referenciados a outros serviços existentes no município. Entretanto, o grande problema que enfrentamos é que não há serviços no município em muitas das especialidades, especialmente Fisioterapia e Psiquiatra. Além disso, a rotatividade de pacientes crônicos em atendimento, em muitas áreas de especialidade, fica comprometida, pois não temos locais no município para encaminhamentos.

P: Quem é responsável por esse fluxo?

R: O encaminhamento para a rede é realizado pela equipe do Acolhimento da USE.

P: A USE está no CROSS? Por quê?

R: Sim. Para o agendamento de algumas consultas médicas e teste ergométrico.

P: Vocês pretendem abrir a agenda de atendimentos da Unidade para gerenciamento do Departamento de Regulação, via CROSS? Por quê?

R: Não temos governabilidade direta sobre isso, pois depende da disponibilidade de cada profissional/docente que propõe atividade de ensino, pesquisa ou extensão na USE. Além disso, os docentes dependem do número de alunos presentes a cada trimestre/semestre na USE. Além disso, muitas áreas não possuem grande rotatividade de pacientes, como acontece na Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por não terem locais no município para contra-referenciar os casos crônicos, por exemplo, de saúde mental e pacientes neurológicos.

P: Esse fluxo é adequado? Por quê? Como esse fluxo poderia melhorar?

R: Não é adequado. Seria necessário que outros serviços fossem implementados, bem como, os serviços existentes precisam de articulação/ integração para a real construção de fluxos. Determinar critérios de inclusão e descontinuação dos pacientes que serão atendidos e a forma de encaminhamentos.

P: Na sua visão, qual é o principal motivo que gera problemas nesse fluxo? Como resolvê-lo?

R: Falta de serviços, corpo técnico reduzido, alta demanda de pacientes e dificuldade de integração com os serviços existentes.

P: A USE acredita que as unidades conhecem sua atuação e sua natureza que une assistência, ensino e pesquisa?

R: Acredito que não conhecem.

P: A USE mantém relação com as unidades de saúde que extrapolam a referência e contra-referência de usuários? Essa relação é necessária? Por quê?

R: A relação é baixa. Sim, a relação é extremamente necessária para os avanços na rotatividade de pacientes, redução de listas de espera, entre outros fatores.

P: Como vocês avaliam essa relação entre a USE e as demais unidades?

R: Precária.

P: Vocês acreditam que uma relação mais próxima pode ser importante para a USE consolidar a sua atuação? Por quê?

R: Sim. Se tivéssemos locais definidos para encaminhamentos, poderíamos estabelecer de forma conjunta, os critérios de inclusão e descontinuação dos pacientes em cada ação ofertada e assim, otimizar os atendimentos e minimizar filas de espera.

P: Quais ações a USE já adotou para apresentar seus serviços e linhas de cuidado para os profissionais de saúde que atuam na rede de São Carlos? Elas funcionaram?

R: Apresentação dos serviços e Linhas de cuidados para os profissionais de saúde, que atuam na rede de São Carlos não foi realizada. Entendo que isso ocorrerá, mediante o planejamento para construção conjunta (SMS e USE), de um sistema/fluxo de referência e contra-referência.

P: Quais seriam os melhores canais de contato da Unidade com o restante da rede?

R: Dependerá de cada ação específica. O Serviço de Acolhimento poderá ser o canal direto para resolução de questões pontuais dos encaminhamentos. Entretanto, o planejamento e construção de ações de integração entre serviços, a necessidade de envolvimento da direção e coordenação executiva da USE.

P: Como a USE realiza o trabalho de comunicação interna e externa?

R: Por meio do trabalho da secretaria da USE, que encaminha as informações recebidas da direção, coordenação, membros internos da USE, para o CCS e infrede e atualização do site da USE.

P: Como a USE informa e atualiza às unidades da rede sobre seus serviços, linhas de cuidado e vagas disponíveis?

R: Por meio do site da USE. O número de vagas disponíveis na maioria das atividades desenvolvidas na USE não é divulgado para as unidades de saúde, exceto os ambulatórios inseridos no CROSS. Cada supervisor/docente e servidor da USE disponibiliza o número de vagas para o acolhimento e cada um deles gerencia a abertura e fechamento da lista, com base nas altas de pacientes atendidos e/ou número de alunos durante os revezamentos de turmas de estágio.

P: Esse processo de comunicação é suficiente? Por quê?

R: Não é suficiente. Considerando o grande número de ações desenvolvidas na USE, precisaria de um servidor para gerir as informações de comunicação e também realizar busca ativa de informações e divulgá-las.

P: Como a USE avalia o papel da Comunicação como ferramenta para a gestão da Unidade?

R: Seria fundamental para a ampliação da visibilidade interna e externa da USE.

P: A comunicação foi um fator citado no planejamento estratégico da USE feito em 2018. De que forma vocês pretendem inserir esse eixo nas ações da USE?

R: Pretendemos inserir esse eixo nas ações da USE, por meio do recebimento de informações mensais/ semestrais/ anuais, encaminhados por seus servidores, uma vez que, não temos equipe para uma busca sistematizada e direta das informações. A informatização do serviço também irá favorecer o direcionamento de relatórios, com adequado e preciso gerenciamento de dados.

P: O que vocês avaliam que a Comunicação pode proporcionar como apoio para a gestão da USE frente ao público externo?

R: Ampliará a visibilidade das ações desenvolvidas na USE, as demandas reprimidas que devem ser absorvidas pelo município, entre outros aspectos respondidos nas questões anteriores.

P: Quais ações ou produtos vocês esperam que a Comunicação possa realizar? A USE tem condições (recursos e estrutura) para prover essas ações?

R: Busca ativa e divulgação de ações desenvolvidas na USE, avanços, conquistas (aspectos quantitativos e qualitativos), aumentando a visibilidade interna (UFSCar) e externa (comunidade em geral, SMS, Conselhos Municipais). A USE não possui recursos humanos para a realização de ações de comunicação.

P: Quais fatores podem impactar em dificuldades para que esse trabalho seja realizado?

R: Equipe reduzida e falta de colaboração de servidores.

Entrevista com Gestão/Administração USE – Entrevistado 2 (E2)

P: Bom, vamos começar falando da atuação da USE na rede de atenção à saúde de São Carlos. Qual é a atuação da USE na rede pública de São Carlos? Como ela está inserida nesse cenário?

R: A USE está inserida como prestador de serviços. Sempre tem esse olhar administrativo. Então, a relação dela é como prestadora de serviços, ela não é uma unidade da rede, ela integra a rede, mas não pertence à rede. Dentro dessa rede ela vai se configurar como ambulatório de média complexidade, no SUS, que prestava serviços, antes conveniada ao governo do estado,

e, desde dezembro de 2013, passou para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos.

P: Quais são as contribuições que a Unidade oferece para os usuários atendidos?

R: Com certeza, o diferencial da USE, que é o trabalho interprofissional, eu acho que isso é o essencial, né? O ambiente e a questão de vários cursos atuando aqui dentro, profissionais de várias áreas, organizadas em linhas de cuidado, potencializa isso. Não que a gente pode falar que todas as ações acontecem de forma integrada e tudo, mas é favorecido isso, a Unidade tem isso, inclusive, em seu regimento, tem isso sempre como um desejo de cada vez mais consolidar em relação a outros serviços de saúde. Então, acho que nosso diferencial é isso, de sermos também uma unidade de pesquisa, acaba proporcionando um cuidado ao paciente, de repente, uma nova tecnologia, seja leve ou dura, enfim, então, eu acho que isso é impronte, é um diferencial em relação a outros serviços de saúde. E a questão também de sempre focar, através do trabalho interprofissional, buscando a integralidade do cuidado. Esse é o grande eixo norteador do cuidado, questão de visualizar o paciente e cuidar dele como um todo, e não separadamente.

P: Um olhar mais ampliado para a necessidade dele. A USE também tem um papel importante na formação dos alunos que são os futuros profissionais da saúde. De que forma que esse trabalho se reflete nos benefícios para a assistência que é ofertada.

R: Desculpa, de novo.

P: A USE tem um papel importante na formação dos alunos. Como que essa preocupação com a formação deles se reflete em qualidade na assistência ao paciente?

R: Com certeza. É a busca do diferencial...por ser uma unidade saúde escola, o corpo docente que ele é de um nível altíssimo, ainda mais os cursos que têm pós-graduação, que têm uma exigência muito grande. Acabam realizando aqui pesquisa, e muitas pesquisas estão coladas tanto com a assistência e, também com o ensino, né? Então, isso com certeza, mas não sei eu entendi tão bem a sua pergunta.

P: Eu acho que essa questão que penso muito, até a direção já comentou isso em outras matérias que a gente fez, fala muito da atualização. Como você está trabalhando com a formação daquele aluno, ele tem que ter a informação mais atualizada da literatura mais atualizada, e isso, sem dúvida, acarreta num atendimento melhor para o paciente. Ele vai receber o que há de mais atual.

R: Entendi, concordo.

P: Bom, eu ia te perguntar agora dos principais diferenciais da USE frente aos serviços que são ofertados na rede. Do que você já falou você quer acrescentar ou frisar algo?

R: Com certeza, a estrutura física, porque acho que isso também é um diferencial. Acho que tem impacto, inclusive, no tratamento, né? Não só questão de amplitude, a questão desse verde em volta, enfim, é um ambiente gostoso e a ambiência em saúde é importante, está dentro da humanização que o SUS tem como política. Então, acho que, com certeza, isso é mais um diferencial além dos que eu já falei.

P: Por que é importante para a USE atuar na rede de saúde de São Carlos?

R: Com certeza porque ela está formando profissionais para o SUS, na minha visão. Não tem como formar profissionais para o SUS dissociado da realidade local do SUS. Porque é o grande entregador ainda é o SUS, dos profissionais de saúde, ainda é o SUS no Brasil. Então, com certeza é isso. Então, colada à realidade local até acho que, talvez, pudesse pensar em ser...um pouco mais próximo ainda dessa realidade. Eu não vejo ainda...isso não é uma questão só da USE, acho que os serviços em geral, de partir um pouco mais da necessidade local. Porque como tem a questão da Universidade, às vezes, também tem um interesse...tudo é interesse. Então, também tem um interesse, um desejo pessoal do docente, dentro da expertise dele e tudo mais, e nem sempre isso está tão articulado. Porque, eu imagino...poderia se partir de indicadores do município para pensar em ações. Nem sempre isso ocorre. Acho que é isso.

P: Qual ou quais são os interesses e os objetivos da USE em atuar na rede de atenção?

R: Objetivos da USE em atuar?

P: É.

R: Com certeza é...deixa eu pensar... Bom, certeza a questão do papel social, de exercer o papel social da universidade. Possibilitar o desenvolvimento das ações de ensino, pesquisa e extensão porque sem esse público não tem como ser realizado, a gente precisa eu acho que é uma relação assim mútua, a rede precisa da gente e a gente precisa da rede. Então, acho que um objetivo é esse, de poder ter o público para suas ações, e poder é... acho que são esses dois.

P: Na sua visão, a USE enfrenta problemas para atuar na rede? Quais são esses problemas e como eles poderiam ser solucionados?

R: Problemas de comunicação (risos). Com certeza, problema de comunicação, problema de compreensão, esse, assim, é histórico, que é a questão de não compreender que a USE ela é mais um parceiro, mas ela é um serviço escola, então, ela não vai assumir a responsabilidade da SMS, ela tem que respeitar o calendário acadêmico, ela tem que respeitar que o docente não é vinculado à USE diretamente. Então, pode ser que ele oferte, esse ano, um projeto de extensão, super legal para a rede, de interesse, e pode ser que no semestre que vem ele já não oferece. E, assim, a gente não tem autonomia e nem nada para alterar essa situação. Então, essa interseção é uma questão. Eu acho que existe uma cultura, uma coisa que já ficou, sabe, assim, nas

representações sociais desses atores, embora a gente pense que mudaram gestões, mas, na verdade, o corpo burocrático da Secretaria é praticamente o mesmo, das pessoas que estão ali que estão tocando. Às vezes, elas revezam, assim, cargos ali dentro, o que muda é sempre, sempre mudou, foi o Secretário, mas ali, as pessoas, da Regulação, por exemplo, desde quando estão? Vários estão há muito tempo e tudo mais. Então, acho que isso vai carregando, por anos, essa visão distorcida do que a gente aqui, que a gente faz o que a gente quer, que a gente não colabora, que a gente não atende a demanda, e a gente realmente não atende e não vai atender. O que precisaria, mas também da parte da USE, foram feitos esforços, mas a gestão precisa aprofundar isso é... também de tentar compreender um pouco o que é essa demanda real, o que poderia ser feito, né? Já que a gente está formando profissionais, cuja maioria vai atuar aqui depois. O que poderia ser feito para cortar esse ruído, entende? Tem ruído.

P: Perceptível. Ainda estou começando, tentando marcar com eles, mas pela exploratória a gente vê que tem esse ruído. Agora, vou falar um pouco da relação da USE com a SMS, especificamente. Como se estabelece a relação de vocês com a secretaria, tem reuniões periódicas, como acontece, quem participa?

R: Não tem reuniões periódicas. A gente assinou outro convênio e convênio ele tem um plano operativo anual e a cada quadrimestre é estabelecido uma prestação de conta, um relatório daquele quadrimestre em relação às ações que estão pactuadas. Aí, teoricamente, nessa avaliação, em outros momentos já aconteceu da equipe, duas ou três pessoas, virem para essa avaliação, as pessoas que são do setor de Auditoria e tudo mais. Isso não acontece já há algum tempo. É para acontecer, mas não tem acontecido. E aí, fora isso, seria periódica definido isso. E aí, extra, vários momentos, são iniciativas principalmente nossa, levando demandas para eles, mas aí não é nada já periódico, nada. Isso é conforme surge.

P: Esse plano operativo que você citou é um plano que indica as ações que vocês têm que oferecer a partir do contrato?

R: Isso, com metas quantitativas e qualitativas. E aí, a gente tem que atingi-las, o repasse sempre está atrelado a isso. Mas, aí a gente não tem...a gente fica assim... Este é segundo convênio, o primeiro teve cinco anos e esse é o segundo. Anteriormente, era com a Secretaria Estadual, com a Secretaria Estadual fazia as reuniões quadrimestrais perfeito, era muito diferente a relação. Quando a gente ia na DRS ela falavam “Olha, que bom a universidade está aqui, vocês estão contribuindo tanto”. Elas valorizavam demais o que a gente fazia, reconheciam essa questão do diferencial da Universidade, que ela pode contribuir para a rede e... Assim, era muito diferente do que é hoje. Com a Secretaria só teve. Por ano é para ter três avaliações. Houve duas, só duas, no primeiro convênio.

P: De cinco anos?

R: É.

P: Seriam 15 reuniões e teve só duas?

R: É, formal de avaliação.

P: Vocês têm um interlocutor direto na SMS para atender as questões da USE? Quem é? Ele consegue atender vocês?

R: Aí, varia. Por exemplo, na rotina, na operacionalização desse convênio tem questões, por exemplo, específicas em relação a exames. Exames para os nossos usuários atendidos aqui. Então, aí tem um interlocutor específico lá, que é um canal com essa pessoa. Aí, se tem financeiro...é de acordo com a demanda. Não tem uma pessoa que responda, um gestor único para isso. Até porque lá eles subdividem também. Mas, geralmente, assim, a gente tem bastante contato com a assessora do Secretário, a chefe de Gabinete, mas ela é uma das pessoas que a gente tem dificuldade de compreender. Ela é uma das pessoas que no início, logo que a gente sentou, quando eles assumiram, para conversar sobre a USE, ela foi uma das pessoas que, assim, ela verbalizou que ela vinha com fala de outras pessoas, era nova, não conhecia “Mas vocês precisam atender”. Do nada, assim, ali ficou claro que ela vinha, que veio produzindo coisa que ela tinha ouvido.

P: Que foram construídas anteriormente?

R: Exatamente.

P: Como a USE estabelece contato...eu entendo até que seria importante, se eu estiver errada, você me corrige. O Departamento de Regulação é aquele que controla o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades?

R: Isso.

P: Tanto das unidades da Secretaria, dentro da Secretaria, como com as unidades parceiras via contrato. A USE tem um contato com a Regulação do Município?

R: Sim. É...bom, mais diretamente, acho que as pessoas do Acolhimento em situações que acontecem no dia a dia, né? E aí, situações maiores para resolver, que a direção e tudo mais, com a chefia. Que na verdade, a Regulação, na figura da Secretaria, o Departamento de Regulação, Controle e Avaliação, tem uma diretora. Aí, dentro dela tem as divisões, aí, tem a divisão da Regulação, que é essa pessoa que a gente tem mais contato, meio que deixaram o contrato da USE agora mais sob responsabilidade dela, então é essa pessoa que a gente tem mais contato. Mas, não é uma coisa de dia a dia, da rotina.

P: Mas, por exemplo, se você ligar, ela sabe quem é, sabe que a USE está aqui, conhece o serviço que a USE oferece?

R: Sim. Conhece com algumas distorções.

P: São feitas as pactuações entre a USE e a Secretaria para estabelecer...assim, acho que você já me falou sobre isso. Existe pactuação entre USE e Secretaria para estabelecer as especialidades, ambulatorios, serviços que ela pode oferecer para a população. Ou, pelo o que você me falou, não, parte da área de interesse dos professores que têm projetos aqui?

R: Isso. Na verdade, a oferta nós que disponibilizamos. Nesse plano operativo, nós temos assim, quais são as linhas de cuidados que nós temos. O que eles olham principalmente, são as metas quantitativas de acordo com cada...Por exemplo, consultar médicas por mês, 200, entendeu? É isso que eles vão olhar.

P: Ver se vocês bateram as 200?

R: Isso. Atendimento fisioterapêutico ginecológico, 50...é sempre dentro dessa meta quantitativa. Tem as qualitativas também que eles olham menos. Que deveriam...inclusive é o nosso diferencial nas qualitativas, mas eles olham para as quantitativas. E aí, é isso. A gente faz essa pactuação, essa pactuação faz em negociação com os docentes. É claro, sabendo o que acontece aqui. Então, a gente sabe que vai ter um novo estágio, uma nova área, isso vai entrar na pactuação. Esse é o movimento. Como a USE, aí é uma questão interna que acho que é fundamental ser olhada...a relação da USE também com os departamentos, você pensa numa tese de doutorado (risos)...Isso é essencial, com os departamentos da UFSCar da área da Saúde, Psicologia, que não está na saúde, e com o CCBS. Porque eu acho que pega. Como eles não entendem? A USE não tem assento nesses conselhos, a USE não é chamada para discutir plano pedagógico, nada disso, ou mesmo grades de estágio, isso impacta bastante aqui. Por exemplo, no ano passado, a Fisioterapia estava com muitos alunos, acho que por conta que voltaram vários dos Ciências sem Fronteiras, outros tinham repetido de outros anos e tudo mais. Então, a gente teve um *boom*, dobrou o estágio, alguns estágios que aconteciam só à tarde a gente teve que colocar também de manhã. Isso, assim, elevou nosso atendimento. Para a SMS é ótimo e tudo mais. Esse ano já caiu. E quando mudar o plano pedagógico, que agora estão em transição, vai ter um ano que, provavelmente, a USE vai ficar sem nenhum estágio da Fisioterapia, por exemplo. Porque são alunos que vão passar de quatro para cinco anos, uma coisa assim. Hoje eles vêm um ano pra cá. Então... (inaudível). Estão nessa transição. Mas, são todas discussões que a gente fica alheio e impacta aqui, porque a gente tem uma pactuação com eles. Então, também tem esse lado para eles. Principalmente, também, projeto de extensão. Projeto de extensão que acontecia e aí, super interessante, super bom, super legal, serviço que, às vezes, só existia aqui no município, e aí, o docente, ou ele sai pra pós doc, ou ele fala que

não tem incentivo da Universidade e ele não quer mais, ou ele está com outra questão, ou ele mudou o enfoque dele, e extingue.

P: De que forma que você acredita que a Secretaria vê a atuação da USE na rede pública?

R: Quando você fala Secretaria, você fala de quê?

P: Do geral?

R: Porque, assim, seu eu falar Secretaria, a Secretaria... não sabe, nem sabe.

P: O que você faz aqui?

R: É. É estranho dizer assim, “a gente não sabe o que vocês estão fazendo, a gente não tem acesso ao que vocês fazem, vocês querem ser gestores, não tem vagas”. Por exemplo, Fisioterapia não tem vagas na Regulação, que é a proposta deles, que eles pudessem regular todos os nossos atendimentos. Mas, aí, existe uma questão...hoje, a gente consegue para alguns ambulatórios de Medicina somente.

P: Que é agendado via CROSS?

R: Isso, exatamente. Mas também porque é objetivo. Eu vou atender tais CIDs, está aqui. Agora, já nas outras áreas, tem outros componentes. Então, por exemplo, o aluno dentro da neuro, ele precisa ver casos de AVC agudo, AVC...entendeu? Vários casos, ele não pode...De repente se está na Regulação 20 AVC, não. Ele precisa de um AVC, uma distrofia, ele precisa ver vários. Por isso que os docentes precisam ter uma certa...

P: Triar um pouco essa demanda?

R: Exatamente. Essa é a questão. Aí, por isso que eu falei a Secretaria... Às vezes, pontualmente, a gente tem uma valorização, mas é muito também das relações, tudo é interesse e relação. Então, por exemplo, atualmente, a diretora de Gestão do Cuidado Ambulatorial, que é um departamento que cuida, em que estão subordinados todas as UBSs, CEME e tudo mais. E os contratados...é uma central dentro de Secretaria. Ela é diretora, é a Denise, assumiu há poucos meses, mas tem muito tempo de rede. Ela tem proximidade da Universidade, ela tem uma parceria grande, de longa data com a Universidade. Então, muitas vezes, pelas conversas que eu falo com ela, informais, eu vejo que ela entende, que ela valoriza.

P: Mas é muito pontual, é dela?

R: É dela. Não é institucional. Institucionalmente, é aquilo que eu tinha colocado. Representação social deles, infelizmente, em relação à USE, é de que não funciona quando eles precisam, não atende. Tem três ou quatro meses de férias no ano, são falas, assim, meio...

P: Quais são as principais dificuldades na relação da USE com a Secretaria no que se refere à compreensão do papel da USE por parte da Secretaria?

R: As dificuldades na relação? Com certeza compreender que somos uma unidade escola, que a gente não tem corpo técnico aqui, como o HU que tem uma equipe que está no Estado tocando o serviço e que os alunos eles vão passar. Aqui, quem toca os serviços são os alunos. Por exemplo, de Fisioterapia. Por que sempre falo da Fisioterapia? Não porque estou reforçando que é importante, mas é porque é a maior demanda do município, porque somos hoje o único espaço de atendimento especializado em Fisioterapia do município. Antigamente, existia um contrato terceirizado, privado, da Prefeitura com uma clínica, esse contrato foi extinto há uns 6 ou 7 anos, e, desde então, não foi substituído. Foi extinto porque não tinha qualidade. De fato, as pessoas vinham aqui com a guia carimbada para ir para aquele prestador de serviço, mas vinham aqui implorar atendimento aqui porque era muito ruim o serviço. Era pago. E, assim, a gente recebe tabela SUS. Esse serviço recebia, que eu entrei para consular na época, 4 vezes a tabela SUS. Então, é... você perguntou dessa questão...perdi. Ah, sim, estou falando da Fisioterapia que é, o olhar que eles têm principalmente, quando fala da USE eles enxergam Fisioterapia. É... então, mas esqueci a pergunta.

P: No HU tem os profissionais e os alunos passam e aqui os alunos é que fazem...

R: Ah, sim. Eles tocam. São 40 alunos e temos três fisioterapeutas, uma da área de cardiovascular, um de respiratória e um de ortopedia. Qual é a capacidade de atendimento? 40 alunos x 3 profissionais? Claro que vai ter oscilação sim, nos meses de férias, a gente tem que seguir a lei do estágio. E, assim, esse é o principal problema nas relações, eles compreenderem isso, que a gente não tem como tocar demanda e que não seria nem nosso papel enquanto universidade. Acho que é um pouco dessa incompreensão do papel da universidade também. Ao invés, de trazer como aliado, discutir como a gente pode direcionar para o fluxo que realmente demanda, de pessoas que demandem atendimento diferenciado. Porque aqui a gente acaba recebendo, pela desorganização da rede, um fluxo que não seria pra cá. Uma dor lombar, poderia ter grupo, poderia ter lá, e está sendo atendido aqui. De repente, esse profissional, esses alunos, esse docente, super qualificado, poderiam ofertar outras coisas, mas para isso, precisaria que eles tivessem indicadores, que eu sei que eles não têm da saúde do município, georreferenciados, fizessem planejamento. Isso não existe. Essa questão da reabilitação, que eu acho que é o que mais pega no município, por isso, eles têm tanta “bronca” com a USE porque eles têm a expectativa de que a gente assuma um papel que não é nosso, não tem política para reabilitação no município. Porque eu estou no Conselho e várias vezes a gente leva isso, já pautamos isso e aí “vamos buscar recursos, vamos, vamos...”

P: Quais as ações que a USE já adotou para alterar esse quadro, tentar reverter essa incompreensão que eles têm? Foram suficientes?

R: Então, na realidade as ações que a USE já adotou? Tem um histórico muito grande, já tivemos um planejamento estratégico e sempre isso aparece em planejamento estratégico “Melhorar o fluxo de comunicação com a rede”. Foi criado um grupo, esse grupo faria visitas às unidades de saúde porque a gente entendeu que era melhor trabalhar, mesmo com as unidades, e deixar um pouco a gestão, até porque a partir do fortalecimento do entendimento das unidades isso acaba reverberando na gestão, né? Enfim, e...mas a gente não conseguiu porque também tem aquela questão “Vamos formar um grupo, e agenda? E quantas unidades temos?”. Isso não aconteceu. “Vamos disponibilizar nosso site as ações, o que é a USE, deixar atualizado, compartilhar com o município”. Foi feito, foi compartilhado, também não. “Vamos inserir no grupo de WhatsApp que eles têm os profissionais da rede para poder...”. Também não. Reuniões com a Secretaria também não, via Conselho Municipal de Saúde, atualmente ofícios, nada disso funcionou.

P: Tudo foi feito e mesmo assim, eles não mudam a forma de olhar. Você acha que a USE estaria disposta a alterar algum procedimento para facilitar essa relação? Se é que seria necessário, se é isso que precisa ser feito?

R: Então...a USE alterar...Se ela está disposta e qual seria?

P: Isso. Por exemplo, você deu um exemplo aí do CROSS “Ah, a gente quer cuidar”. “Então, está bom, cuida da agenda e agora vocês cuidam”. Então, acredito que não. Qual é o problema também?

R: Quando a gente fala a USE, quem é a USE? É composta por tantos atores com diferentes interesses. A gente fez uma pesquisa tem dois anos com docente, técnicos e alunos e não teve uma resposta tão grande de...enfim, não lembro quantos exatamente, mas a gente identificou, assim, muito forte a questão de interesses, a questão de não querer fazer o papel, de não ter tanta flexibilidade com relação a isso. Então, eu acredito que não porque a USE não é uma decisão da diretora. Como a gente não muito uma relação com os departamentos, apenas com os docentes que atuam aqui com liberdade. Aí, um exemplo, o CROSS. A gente já teve situação, mandamos ofícios...também é uma coisa que eu falo, um lado nosso que a gente precisaria melhorar, até porque tentando fazer com que os docentes, principalmente, compreendessem que nós precisamos desse convênio inclusive financeiramente. Não sei se respondi quando você falou da questão de convênio, os objetivos da USE, mas assim, uma questão também é financeira porque a gente tem questão de que a Universidade, ela não tem vindo recursos, a gente tem muita dificuldade, são processos eternos na pró-reitoria. Então, assim, isso acaba fazendo com que a gente custeie a universidade. Tem esse lado que é importante. Porém, em relação ao CROSS, a gente mandou o ofício com a relação de ambulatórios, vagas que seriam

disponibilizadas e tudo mais, mas esse ofício foi protocolado, compromisso nosso, a gente já reviu, já alteramos, que aí teve docente que “Ah, não está dando certo, eu quero receber só de unidade que tem meus alunos”. Tem ambulatório que recebe só de unidade que têm alunos da Medicina, porque ele quer fazer o diálogo só com alunos da Medicina e não com outras unidades. Então, a gente teve que voltar para retirar do CROSS e isso também...

P: Acaba tendo muita especificidade para deixar, não é um agendamento exato, assim, “Precisou, marcou horário e foi”.

R: Sim, mas eu acho que poderia ser um pouco diferente. O lado de cá, mas é bem complexo.

P: Por exemplo, você estava falando de verbas, de repasse, de financeiro. Um aumento no repasse de verbas para a USE seria importante para a Unidade de que forma?

R: Sim, nós já tivemos nesse convênio. Quase dobrou o que a gente recebia, mas foi muito do que a gente reviu, porque procedimentos a gente estava registrando num valor mais baixo e que poderia ter o CID e tudo mais, poderia ser um procedimento mais alto. Não, necessariamente, foi aumento da oferta, foi um rearranjo e eles acordaram com isso. Mesmo com tudo isso, a gente está tendo dificuldade porque os faturamentos não estão batendo, a gente envia um valor e está recebendo abaixo. E quando eu disparo o contato com a pessoa que cuida especificamente com o faturamento, mandando quatro ou cinco e-mails, depois de ligar. Ligo “Ah, você vai mandar? Vou”. Envio 4 ou 5 e-mails pedindo um relatório para poder bater e ver o que eles estão fazendo lá pra dar essa diferença, eu não tenho resposta. Mas, aí, o que acontece? Se eu mando, pra complicar...se eu mando um ofício para o Secretário colocando isso, depois a minha relação com aquela pessoa... sempre meio que pisando em ovos.

P: Agora sobre a relação de vocês com o Conselho. Qual é a relação da USE com o Conselho Municipal de Saúde? Vocês têm reuniões periódicas?

R: Não. Na realidade, no CMS, a UFSCar tem um vaga que é indicada pela Reitora, titular e suplente, que tem a professora da Fisioterapia, é uma pessoa bem legal. Ela não atua diretamente na USE com estágios, mas ela atua na Atenção Básica com os alunos, ela é conselheira municipal, é uma pessoa boa pra você conversar. Enfim, ela atualmente está ocupando essa representação, mas não é a USE, ela está lá enquanto UFSCar, cursos da saúde, e no nosso regimento um representante da UFSCar no Conselho tem um assento aqui. Então, por isso que ela tem um assento no nosso Conselho. Seria esse canal, não que ela leve pautas da USE, mas ela acaba também...E, no momento, eu também estou, mas não é vaga também da USE, é dos prestadores de serviços, e aí, teve uma eleição e aí eu, atualmente, estou até março nesse papel. Então, eu acabo também fazendo, mas não é nada que seja...eu não sou representante da USE lá. E aí, a relação institucionalmente, a relação da USE com o Conselho? Eu diria que não

existe. Porque são esses arranjos por conta das pessoas que estão. Por exemplo, se amanhã ou depois, a Reitora, ou qualquer outro, resolve indicar alguém que não atua na USE para essa vaga, tudo bem. Assim, como a USE não mandar ninguém para concorrer à vaga dos prestadores, também fica sem. Aí, se extingue isso, o movimento que foi feito pela diretora foi de alguns momentos, enviar ofício ao CMS solicitando apoio. Quando verificou “Olha, convênio não assina, não assina, vamos...”

P: E o CMS ajudou?

R: Pouco. Assim, na verdade, pautou, pediu esclarecimento para o Secretário. Na minha leitura, o Conselho tem pouca influência, não só na USE, mas em várias dessas questões da política de saúde, infelizmente.

P: Na relação com a Secretaria, o que fazer, o que realizar?

R: Isso, exatamente.

P: A USE conhece claramente os critérios que o Conselho utiliza pra deferir ou indeferir as demandas dos equipamentos da rede? Seria importante a Unidade conhecer esses critérios?

R: A USE não conhece porque acredito que até mesmo o Conselho tem isso pouco claro, infelizmente. Você vai conversar com o presidente e você vai perceber. Poucas coisas estão bem claras, estão...até porque mesmo no fluxo da rede você consultar, por exemplo...as pautas, as atas de reunião dos Conselhos, você vai ver discussões a respeito disso, também são discussões que são levadas por três pessoas dentro de 24.

P: São sempre as mesmas?

R: Exatamente. Aí também fica aquela questão assim “Tem a Universidade aqui para ficar no nosso pé”. É muito claro isso. É...então, assim, mesmo a Secretaria não tem clareza desses fluxos. Por incrível que pareça, em vários momentos a gente pega incoerências, inconsistências (inaudível). “Por que o outro, outro?” Inclusive, projetos que envolveram a USE. Por exemplo, a gente teve um projeto de uma professora que envolvia bolsa e foi autorizado e tudo mais. E depois o Peditasuite foi submetido, que o tratamento que não existe na rede pública, não é padronizado com o SUS, num valor bem abaixo que ofertado, que hoje a SMS compra do privado, e aí eles tinham aceitado e depois “Olha, o Jurídico indeferiu porque tem bolsa e a bolsa é da Universidade”. Espera aí, a gente está no mesmo local e a gente tem dois olhares diferentes. A gente fica no limbo, ninguém responde e assim fica. Então, desde a Secretaria já não tem, isso reflete no Conselho. Desde a questão de preparo mesmo, de entender qual é compromisso do conselheiro, tem que estudar, tem que correr atrás, disponibilizar um pouco

mais o tempo, e de manter...processos mapeados, os fluxos para saber “olha, esse é o caminho”. Cada um vê de um jeito.

P: A USE tem conhecimento, vocês conhecem as definições do Conselho? “Ah, deferiu isso, decidiu isso, autorizou isso. Ah, o Conselho autorizou que tal unidade faça isso”?

R: Informalmente, quando eu passo por estar lá.

P: Por que você está lá?

R: Isso. Uma professora tem assento no Conselho, eu não estou mais no Conselho da USE, eu não sei o que ela traz como informe. Pode ser que questões mais importantes ela traga como informe, mas não sei por que não tenho acompanhado aqui o Conselho da USE. Mas, só dessa forma. Mas, aí, que é uma questão da qualificação do Conselho também, no geral. Porque aí, não seria só a USE, teria que pensar a rede que não tem, e o cidadão também não tem. Se você entrar no site da Prefeitura e for lá no Conselho, você vai ver atas de 2013.

P: Não tem, eu procurei.

R: É. Deveria ser transparente.

P: De que forma que você acredita que o Conselho veja a atuação da USE na saúde? Eu fiz essa pergunta referente à SMS e agora é sobre o Conselho. Ele tem mesma construção social enraizada?

R: Uns poucos momentos que...foi discutido, de alguma forma, a USE seja quando passou o convênio ou quando a gente pautou que estava demorando o convênio, ou quando eu levei algum problema “Olha, o transporte para os pacientes da USE” e tudo mais, pelo contrário, a receptividade quando a diretora foi apresentar o convênio e apresentou a USE a receptividade foi muito boa e as pessoas valorizando bastante, mas assim “Nossa, eu não sabia”. É...e outras épocas realmente a gente já teve contato, já tive experiências e muito bem atendido e a gente viu que é diferencial, “a rede toda deveria ser assim”. Inclusive até o secretário, logo no início quando ele assumiu e que veio visitar a USE, e falou no Conselho isso “Gente, aquilo é o modelo que eu quero, humanizado. Estava lá esperando, os alunos recebendo os pacientes com sorriso, abraços, de mão dada com paciente. É isso que a gente quer”, ele falou na primeira reunião. Então, assim, mas nesses momentos...poucos eu vi que a visão é muito boa, entendeu? Agora, assim, conhecimento....

P: O fato de ter essa visão não reforça, não motiva o trabalho deles em empenhar mais essa causa da USE? Eles entendem que é boa.

R: Eles entendem que sim, mas é porque eu não vejo essa atuação...

P: Do Conselho junto à Secretaria?

R: É.

P: Entendi. Bom, vocês têm feito alguma ação ou algo para manter ou melhorar a relação da Unidade com o CMS? Ou é mesmo aproveitando a oportunidade da sua vaga lá como conselheira?

R: E da professora, são essas duas vagas. É dessa forma, institucionalmente não tem.

P: Agora vamos falar, no penúltimo bloco, a relação da USE com a rede. Como se dá o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades e a USE?

R: Bom, via Acolhimento esse fluxo. É...de acordo com os critérios, com áreas que estão abertas ou não, que também é uma dificuldade um pouco, quando atinge tem uma lista de espera e aí fecha a área, e as pessoas ficam sem ser encaminhadas, mas são acolhidas. Então, assim, tem esse momento de Acolhimento. É... mas, isso fica muito...porque, assim, teoricamente, a Regulação deveria ficar gerenciando, pelo menos, a referência e contra-referência de toda a rede, eu não vejo que isso aconteça, isso é mais em contato com as unidades, e algumas unidades.

P: Eu iria te perguntar aqui quem é responsável por esse fluxo, é a Regulação?

R: Seria a Regulação, né? Idealmente, a Regulação, mas, na realidade acaba sendo da aproximação das unidades que conhecem o serviço e que ligam, que já estão acostumadas.

P: Fica sendo uma relação unidade a unidade?

R: Exatamente. Demanda que envolva a estrutura e se dá (inaudível)

P: Uma rede?

R: Pensado em rede. Tanto que em vários momentos foi tentado essa...por exemplo, aproximações em blocos. “Olha, vamos, então, olhar para a saúde da criança agora. Porque identificou-se, por exemplo, questão grave - crianças da intervenção precoce -, então, assim, elas já nasciam com alguma questão de saúde que poderia ter...importante ter um atendimento já a partir de 3 meses, ou quatro, que eles recebem aqui na intervenção precoce, mas que, por conta de um serviço da rede, uns dos serviços, eles estavam segurando muito tempo até que viesse pra cá quando já estava mais avançado. Então, quando se identificou isso há três anos “então, vamos conversar só com a área da criança no município. Vamos ver todos os atores e tudo mais”. Até hoje a gente está esperando essa reunião que gente pediu umas 10 vezes.

P: Complicado porque você atende, mas não tem a voz.

R: Exatamente.

P: Você me explicou um pouco essa questão da USE no CROSS, que tem alguns ambulatórios e especialidades médicas, mas outras áreas não estão porque tem muita especificidade. Uma profissional o Acolhimento me explicou que tem projetos com requisitos específicos para o usuário participar. E fica difícil para o CROSS agendar isso

porque não sabe o perfil que a pessoa tem que atingir. A USE não está no CROSS por isso, ou por pactuação, ou por decisão da gestão, “vamos nós cuidar da nossa agenda”?

R: Não, na verdade é...é complexo. Porque é isso, não é uma decisão de gestão de estar ou não estar no CROSS. Envolve uma pactuação com todos os atores. Então, por exemplo, digamos, “Olha, vamos colocar a Fisioterapia no CROSS”. Eu até entendo isso que a profissional falou, mas acho que não é impeditivo. A extensão, a assistência, a gente poderia colocar ações que são mais regulares, por exemplo, as de ensino, que ficam o ano todo e tal, poderiam estar no CROSS, e extensão, entendo que sim, e pesquisa “Dor no joelho, 40 a 75 anos, e tal e tal”, isso eu entendo que não poderia ser CROSS, acho que nesse caso acho que poderia ter uma comunicação com as unidades para que eles pudessem encaminhar para pesquisa mais porque levando-se em conta, mas a gente vê que nem sempre é usuário do SUS, que tem acesso que divulga em rede social, enfim. Eu acho que isso é uma das coisas que poderia melhorar, melhoraria nossa imagem, inclusive. Mas eu acho que poderia, mas eu acho que o problema é que depende de uma pactuação. “Vamos colocar fisioterapia no CROSS”. Mas tem 10 subáreas, “Cinco querem e uma não...”.

P: Mais uma pactuação aqui do que daqui para lá?

R: Exatamente, interna. E, também é incompleto, porque assim “Qual é o problema?” Como a expectativa deles é de que a USE dê conta da demanda, o que precisa? É diferente do nosso tempo porque aqui a gente está formando um profissional qualificado. Ele não vai querer girar, não vai pegar “Bom, você tem direito a 20 sessões, tchau, volta pra fila e vou chamar o próximo”, que eles já sugeriram “Olha, dá um x de atendimentos, acabou, só se for uma coisa muito justificada pode continuar, senão, até pode voltar para o final da fila e a gente chama o próximo” para ir girando porque, na verdade, eles têm demanda para atender. Então, assim, a gente nunca vai atender essa expectativa deles, jamais.

P: Porque não fazem isso, vai até a alta mesmo.

R: Exatamente.

P: Ou vai demorar ou vai ser rápido?

R: Exatamente. E aí, essa alta, se tivesse uma rede estruturada, ok, porque você poderia dar seguimento ali. O problema é que não tem para onde encaminhar. Então, é claro que em caso crônico, às vezes na criança ou neuro adulto, poderia ir pra rede, mas assim, não tem nada oferecido, está muito desestruturado.

P: Você não tem para onde mandar esse paciente?

R: Exatamente. Por isso, acaba ficando aqui. É um problema sério, poderia ser resolvido, mas não depende da gente também.

P: E vocês pretendem, por exemplo, conversar com professores para pensar no CROSS ou não é uma preocupação da USE essa questão do CROSS. “Quero estar, precisamos empenhar um esforço nosso” ou não?

R: Eu acho que não. Porque eu acho que para a USE, assim, essa questão da autonomia do docente é importante, né? Enfim...ter CROSS não fica também, também não ter mais uma lista. É complicado porque a lista também pode ser usada para pesquisa.

P: E aí, você acaba perdendo um pouco o poder da informação, de usar aquilo?

R: Exatamente. Eu não sei, é meio complicado.

P: Na sua visão, o fluxo de referência e contra-referência em São Carlos na saúde pública é adequado?

R: Eu acho que ele nem está bem estabelecido. É difícil falar que é adequado, ele não está bem estabelecido. Existe muito ruído de comunicação, falta de definição. Um exemplo, a USE tem saúde mental e saúde mental no município está um caso muito sério. É claro porque aumentou muito a população, mas também porque não está estruturada a rede, não tem psiquiatra no CAPS, CAPS que é a atenção psicossocial, que o essencial na equipe é o psiquiatra, até porque prescreve medicamento e não tem. Também não é uma culpa direta da gestão, da Secretaria, porque eles abriram concursos, os profissionais, alguns é...assumem, ficam um mês e, segundo eles, eu estou falando isso porque foi falado no Conselho do Secretário, formam sua cartela de clientes – porque, assim, saúde mental é uma coisa que se a pessoa tem ela paga o psiquiatra particular, se ela tiver condições, só se não tiver mesmo – forma a cartela de clientes e sai. Então, assim, gira muito, dizem que o salário não é compatível com as outras cidades da região, que São Carlos paga menos, a Secretaria de Administração de Gestão de Pessoas da Prefeitura fala que não tem como pagar mais porque para pagar mais para psiquiatra tem que pagar para todos os médicos e aí quebra a Prefeitura. Enfim, não resolve. A gente está o ano todo sem psiquiatra. Então, a USE ela atende, principalmente um professor, que nem é psiquiatra, é homeopata e tem doutorado em saúde mental tudo mais, então, ele faz esse atendimento da saúde mental. Então, a USE hoje é parceiro que mais atende. Entretanto (entrevista interrompida). Saúde mental, enfim, aí teve uma reunião de fluxo. Você já sabe disso, nem preciso repetir. Que daí chamaram todos, inclusive o HU, não sei se ele está na sua pesquisa, mas, assim, você vai entrevistar?

P: Vou.

R: Então, assim, eu quero ver depois sua dissertação, porque, assim, ele também pertence à Universidade, mas é uma dificuldade de comunicação absurda, absurda. Enfim, e não chamou

a USE que é quem atende. Isso só, assim, na minha opinião, é difícil falar como está esse fluxo porque para mim ele não está bem estabelecido.

P: E quem deveria falar “oh, vai ser assim”?

R: Seria a Regulação, seria a Regulação junto com o Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial, que é da chefe que eu te falei, que as unidades estão subordinadas à ela.

P: Eu ia te perguntar o motivo que gera problemas nesse fluxo, mas acho que você respondeu. O fluxo nem está estabelecido corretamente. Quem manda pra quem, quem recebe o quê. Você acredita que as unidades conhecem a atuação e a natureza da USE?

R: Eu acredito que muitas sim, eu acho até que a maioria conhece. Mas também, mas é assim, a questão, de novo, esbarra na questão pessoal. Porque teve uma situação uma vez que um profissional me falou, né. Assim, num espaço fora, era um encontro do Conselho, alguma coisa, uma conversa, da unidade x “Você acha que o paciente vai lá e pede pra mim para ser atendido na USE porque é melhor. Melhor, não vou mandar para lá”, ficou super incomodado porque a gente acha que por ser universidade, enfim...Então, assim você entra na questão do pessoal, mas, de forma, geral, as unidades conhecem.

P: Bom, eu já conversei com o Acolhimento sobre a relação da USE com as unidades, se extrapola um pouco essa questão de referência e contra-referência. Você acha que é importante, além de ter “olha, estou de mandando um paciente”, é importante também ter uma outra relação, uma parceria, “Vamos fazer trabalhos em conjunto”, você acha?

R: Com certeza. Eu acho que isso poderia ser um diferencial que a gente não aproveita.

P: Eu acho que nesse trabalho junto com as unidades, é um termo que você usou aqui, “reverbera na gestão” quando você começa a movimentar a base.

R: Exatamente. Tudo é a base, né? Até porque a base que reclama também da gestão. Enfim, e...eu acho que sim, mas isso envolveria, e não é coisa do Acolhimento, isso deveria envolver docentes e técnicos, no geral, da Unidade. Porque isso, momentos, começa assim. Algumas iniciativas aconteceram, matriciamento, “Vamos lá fazer matriciamento com profissionais da rede”. Isso, às vezes que acontece foi muito legal. Porque você vai, conversa com os profissionais sobre aquele paciente. Você, docente, às vezes, você dá uma ideia de alguma coisa que está sendo feita, você sugere, aí de repente você consegue alta e tudo mais.

P: Os interprofissionais, aqueles encontros.

R: Aqueles encontros interprofissionais muito legal, e também...o que mais que eu ia falar, um terceiro ponto que era...me deu um branco. A questão também de capacitações mesmo, sabe?

P: Para rede?

R: Isso, mas a partir da perspectiva deles, entende? Porque, às vezes, isso também é um pouco complicado. Assim, que... primeiro levantar a necessidade, o que eles precisam e não, assim, o que eu quero oferecer.

P: Sim, atender uma demanda deles?

R: Isso, e tudo isso aproximaria e potencializaria essa parceria, e o fluxo enfim.

P: Então, você acha que seria importante, essa proximidade?

R: Sim, fundamental.

P: Eu ia perguntar se vocês já adotaram alguma ação ou trabalho para apresentar o serviço, as linhas de cuidados para as unidades?

R: Sim. Então, teve esse grupo que não vou saber se ele chegou a fazer as visitas e quantas, porque foi em 2012 isso, era um grupo mesmo que tinha esse nome.

P: Esse grupo não funciona mais?

R: Não. Foi depois do planejamento, foi pensando em workshop e até foi feito um de pesquisa e extensão, aqui, uma vez, e foi convidada a rede, mas não lembro quem veio e quantos vieram. Tem muito tempo já. Mas, estratégias que foram pensadas.

P: Quais, você acha, que são os melhores canais de contato da USE com a rede?

R: Os melhores canais?

P: É. “Ah, esse pessoal não vê e-mail. Se eu mandar esse e-mail eles respondem, eles acessam. Melhor fazer um cartaz e colocar lá, melhor fazer folder”?

R: Olha, eu acho que...então, o que funcionaria melhor? Difícil porque ofício não funciona, não responde e-mail, telefone não atende. WhatsApp é o que eu tenho mais usado porque vai aproximando e, às vezes, você faz, respira fundo, engole e tá...Tem WhatsApp, mando direto o problema e aí resolve. Entendeu? Então, WhatsApp com certeza. Mas, acho que a USE investir no site, é divulgar o site.

P: O site ficou ótimo.

R: É.

P: Bom, como a USE faz o trabalho de comunicação interna e externa?

R: Bem precário por conta de falta de pessoal. Estamos precisando de alguém (risos). Porque...a gente não tem pessoas para fazer, então, assim, um pouco vai a Andrea, da Secretaria, até porque ela também domina algumas ferramentas. Então, ela acabou fazendo e aí a gente tem tentado investir na questão do site, das redes sociais, do Facebook, Instagram, não lembro se já tem Instagram da USE, mas a gente quer também, e a gente vê que tem acessos, as pessoas acessam, as pessoas curtem quando compartilham um evento, alguma coisa, é bem interessante isso, né?

Então, a gente tenta. Mas, isso assim, são estratégias de comunicação, não que seja algo que a gente tem um plano de comunicação em que seja definido.

P: São ações que não são suficientes?

R: Exatamente. Porque assim, internamente na UFSCar, existe também incompreensão da USE, do papel, do que é e tudo mais.

P: E como vocês avaliam o papel da comunicação como ferramenta para a gestão da Unidade?

R: Essencial porque a gente identifica que grande parte dos problemas, dos ruídos se originam na comunicação, na falta dela, dela ser deficiente e tudo mais. Com certeza, mas, assim, é...desafio é conseguir estruturar realmente um plano de comunicação para a unidade. E a gente conseguir viabilizar.

P: A comunicação foi um fator citado no planejamento estratégico da USE em 2018, melhorar a comunicação com a rede, inclusive a interna. De que forma que vocês pretendem inserir esse eixo nas ações da USE?

R: Eu vou ficar devendo essa resposta porque participei somente dos primeiros encontros de Planejamento Estratégico, porque saí de férias. E depois, teve um fechamento que eu não participei eu me ative ao que foi específico para mim. Então, a Comunicação, com certeza a direção ou a coordenação vai falar o que foi estabelecido.

P: Quais ações ou produtos vocês esperam que a comunicação possa realizar? Se a USE tem recurso e estrutura para prover ações de comunicação?

R: As ações eu não sei te falar do que está lá no planejamento, nem os responsáveis. Mas, em relação aos recursos, já posso falar que não tem.

P: Eu ia te perguntar, questão de não ter recursos, mas que fatores podem impactar para realizar esse trabalho de comunicação?

R: Recurso é o principal. Quando eu falo recursos, primeiro, pessoas e depois, os financeiros. O essencial é pessoas e não tem.

P: Era isso. Muito obrigada.

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 3 (E3)

P: As primeiras perguntas são sobre a relação da USE com as unidades da rede. Os encaminhamentos recebidos pela USE chegam aqui corretamente, no que se refere à documentação, CID, histórico do paciente, indicações da unidade solicitante?

R: Não, não chegam redondinhos assim. São poucos os encaminhamentos que vêm com uma guia de referência e contra-referência, que existe esse modelo no município, inclusive. Às vezes utilizam essa guia, porém sem história clínica, ou “encaminho à Fisioterapia”. E assim, nós temos 10 especialidades de Fisioterapia e o médico, o profissional encaminhador coloca “à Fisioterapia” e às vezes, “à Fisioterapia devido dor no joelho”, mas sem hipótese diagnóstica, sem nada, às vezes vem sem carimbo da unidade encaminhadora. Aí tem alguns pontos de atenção da rede que fazem encaminhamentos bem feitos. A gente pode citar o AME que tem feito, relatando história clínica, o HU também tem feito bons encaminhamentos. E, às vezes, a gente vê bons encaminhamentos da Santa Casa, em número menor, mas às vezes vem.

P: Da atenção básica?

R: A Atenção Básica deixa a desejar. Um ou outro, mas o número é muito pequeno se a gente for fazer um levantamento. Às vezes, nem carimbo vem. E quando vem, é ilegível.

P: Os usuários que vêm encaminhados pra cá eles vêm bem informados, bem orientados, sobre esse processo de referência e contra-referência, o que vai ser aqui, como funciona, ou não?

R: Mais ou menos. Não é algo homogêneo, é bem heterogêneo. Tem aqueles que vêm, sabendo que vão passar pelo Acolhimento, mas desconhece o que é esse espaço. “Olha, pediram para eu vir na USE para procurar esse atendimento”, mas sem saber que esse Acolhimento é um espaço de escuta para compreensão da demanda que ele vai trazer. E, muitas vezes vem com a informação do serviço que encaminhou que ele será atendido aqui de qualquer forma. “Olha, eu sei que meu problema de saúde tem que ser atendido”. E não necessariamente é assim, dentro dos moldes, hoje, que a USE está estruturada nessa rede de serviços.

P: Quem tem que orientar bem esse usuário é quem encaminhou pra cá?

R: Partindo de uma lógica de trabalho em rede, onde todos se comunicam bem e sabem da responsabilidade de cada serviço, a partir do momento que você encaminha seu usuário – principalmente pensando na Atenção Básica que você é responsável por ele, por aquele cuidado - a gente parte do princípio que você precisaria orientar, que seu usuário vai passar por atendimento na USE, no Acolhimento, que uma equipe vai atendê-lo, para ouvir a demanda e tudo mais. Tanto é que quando chegam a gente pergunta “O senhor conhece a USE, A senhora conhece a USE?”, “Ah, não conheço”. Acho que 99,9% fala não conheço, às vezes vem gente fora do horário. Acontece, menor grau, mas quando a gente pergunta se eles sabem, é sempre o não que vem. E aí, a gente tem como hipótese que talvez, a pessoa fala procure a USE de manhã, sem falar que vai ter esse acolhimento.

P: Essa falta de informação adequada no processo de encaminhar e, também na falta de orientação adequada do usuário, isso gera um impacto aqui na hora de atender? Atrasa mais, “poxa, não veio o histórico dele e então, a gente demora para entender o caso dele e saber pra quem encaminha, ou ele veio perdido, não sabe pra que lado vai, até a gente conseguir entender e explicar tudo demora mais”. Ou é indiferente, se viesse bem encaminhado não faria diferença?

R: Eu acho que se fosse bem orientado, ele pudesse saber que, como não é agendado, talvez ele tenha um tempo de espera. Talvez se, “olha, o senhor vai procurar a USE, não é atendimento agendado...”, mas aí eu não sei se... Tem pessoa quem vem e vai embora, é Acolhimento, não é horário agendado. Não tem como a gente prever o tempo de atendimento. Então, assim, não sei o quanto que impactaria pensando a dinâmica da nossa assistência em si. É claro que um encaminhamento bem feito já traz alguns nortes pra gente encaminhar a entrevista de acolhimento que a gente faz. Porque é isso, a gente vai puxando, puxando... Quando já tem alguma informação já fica mais fácil pra ver se a lista está aberta, se está oferecendo. Quando vem encaminhamento mal feito, você tem que voltar todos os tipos de pergunta para aquele usuário e, às vezes, ele não sabe falar, dependendo da condição de compreensão. E tem o familiar ou pessoa conhecida (que também não sabe responder). Como não é agendado, às vezes, ele tem que esperar uma hora.

P: E nessa questão, por exemplo, dos encaminhamentos que nem sempre vem bem feitos, principalmente da Atenção Básica, por que será que acontece? É desconhecimento mesmo das unidades ou é porque aqui vocês olham?

R: Não acho que seja desconhecimento.

P: Deveria ter um padrão para encaminhar?

R: Não é desconhecimento, principalmente porque as pessoas que estão atendendo sabem da importância de um encaminhamento bem feito. Que quando você encaminha para um serviço, você precisa apresentar as necessidades de saúde daquele sujeito. Então, eu acho que essa questão está em outra esfera. Qual é o compromisso desse profissional com aquele usuário? Qual é o compromisso do profissional com o fluxo de referência e contra-referência? Qual é o compromisso desse profissional com o outro profissional que vai receber esse usuário? Por que é assim... a guia de referência e contra-referência é uma comunicação, né? Seria interessante até, dependendo da complexidade, ligar e “olha, estou encaminhando um caso assim...”. Porque o papel não vai trazer tudo. Ainda bem que a gente tem o serviço de Acolhimento que consegue saber de fato qual é a necessidade desse sujeito. Mas, imagina os serviços que nem sequer tem acolhimento? Vamos pensar que tem um CEME, que também tem ambulatórios como

agente – é que agora tem CROSS, mudou recentemente - vamos pensar que foi alguns meses atrás, está lá... Você não sabe se é urgente ou não, há quanto tempo paciente tem aquele problema. Acho que essa pergunta tangencia mesmo quanto ao compromisso profissional, termos éticos. Tem normativa, eu acho que não é desconhecimento, eu acho que entra em “qual é a minha postura profissional diante desse processo de cuidado?”.

P: As unidades de saúde daqui sabem que a USE existe?

R: Sabem, sabem.

P: Eles sabem que a USE está aqui e o que oferece?

R: Sabem. Ainda que exista um discurso socialmente construído no imaginário das pessoas, eu acho que tem uma representação social grande que a USE tem desconstruído de um tempo pra cá: “existe, mas não sei o que tem lá”. É muito comum a gente ouvir “mas o quem tem lá?”. A gente tem site que está lá posto o que tem lá, nós temos página no Facebook que está lá, que existe aqui, e o tempo inteiro é informado para o sistema de Regulação o que temos aqui. Nós temos a participação da USE dentro de conselhos, é falado o que tem aqui. Então, eu não sei muito bem quando às vezes acontece, hoje muito menos, mas sabe que a USE existe, mas não sabe o que a USE oferece.

P: Esse conhecimento/desconhecimento é creditado à atuação da Regulação? A Regulação tem a obrigação, ou é princípio dela, informar a rede tudo que as unidades oferecem umas para as outras?

R: Eu acho que ela regula serviços, né? Eu acho que deveria informar, tanto é que quando a gente oferece uma ação, nós informamos ela. E para quem ela informa?

P: Ela teria que repassar isso para a rede?

R: Eu fico pensando que precisaria uma forma de melhorar essa comunicação. Pensando num serviço que reúne todas as informações que existe no município e toda a região, a DRS aí, é o sistema de regulação que tem todas as informações do que existe no município. E, mas é isso. “Mas eu sei que todas as especialidades do AME? Eu sei que o AME existe, mas sei todos os serviços que ele oferece? Não. Se eu não sei o que eu faço? Eu busco. Então, sabe? Não sei o que é.

P: Não é responsabilidade só da regulação?

R: É, “eu sei que existe a USE, de média complexidade, o que está oferecendo? Existe o site, você pode ligar no serviço. Então, não sei o porquê. Depende da busca ativa do profissional também, sabe?

P: O contato da USE com as outras unidades de saúde é voltado mais para essas questões de referência e contra-referência? Ou também tem contato para estabelecer parceria, esclarecer dúvida, por exemplo? Ou é mais focado em fluxo de usuário?

R: A USE está representada em vários locais, a USE tem cadeira no Conselho da Pessoa com Deficiência, a USE participa do Conselho - pensando na UFSCar, né? - do Conselho Municipal de Saúde, se tem reuniões de rede, que é importante aí, tem algum usuário que estamos atendendo, que faz interface, a USE participa de reunião. O tempo inteiro que a gente pensa em algumas categorias de profissionais que fazem muita articulação intersetorial - serviço social é uma dessas categorias. Então, assim, a gente não é meramente de encaminhar, não. A gente trabalha mesmo a intersetorialidade, acesso, ela está bem presente, tanto é que hoje a está em dois conselhos importantes do município – Saúde e da Pessoa com Deficiência, pensando no público que a gente atende aqui. É isso. Por exemplo, essa semana, uma colega nossa vai para uma reunião para discutir um caso do CREAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social. Então, os profissionais da USE estão o tempo inteiro pensando as demandas que acontecem para qualquer serviço que está cuidando de gente. Então, eu vejo uma boa relação com os serviços. E estamos sendo lembrados.

P: Você acha que essa relação mais próxima com os profissionais da rede ela é importante para a USE? Por que isso é importante?

R: Questão de legislação, né? Na verdade, quando a gente olha o SUS, olha para as redes de atenção à saúde, você precisa trabalhar em rede, integrando. Então, assim, acho que todos os serviços, não somente a USE, precisam se alinhar à essa filosofia que o SUS traz como princípio. Então, como é esse cuidado do usuário? “Tá, ele está atenção básica, ele precisa de atenção secundária, mas aí ele vai voltar, como a gente vai conversar para ter essa alta, como vai ser o processo de cuidado dele?” Então, você precisa trabalhar próximo a todos os serviços, e não especificamente da saúde. Pensando num olhar de saúde ampliado, com outras políticas intersetoriais.

P: Essa relação na rede, pela USE acontece, tanto que ela está em outros cenários da rede. Mas esse fluxo da rede acontece?

R: A gente está entrando numa seara bem delicada de como está a rede em São Carlos. Então... Fala-se muito em trabalho em rede, em cuidado em rede, mas como está sendo a rede de São Carlos? Nós temos, de fato, uma rede de cuidado organizada? Porque é isso, a USE não faz sozinha trabalho em rede. A gente tem ações que promovem o cuidado em rede, mas a gente não tem hoje uma rede estruturada até pensando em rede escola, né? Então, assim, a gente tem várias frentes no fluxo de...eu acho que há iniciativas, há profissionais que tentam fazer isso,

tá? Mas, eu não posso falar que hoje há rede de cuidado. A rede está fragilizada, eu acho que isso precisa aparecer, não sei como. Então, assim, todo o município, o Brasil precisa trabalhar em rede. Na saúde a gente precisa falar em rede, caminho terapêutico, em linhas de cuidado, é isso que o SUS preconiza. Como São Carlos está estruturado hoje, pensando as redes de atenção à saúde, pensando as linhas temáticas de cuidado à saúde. Você tem a linha, as redes temáticas – rede cegonha, de doenças crônicas, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, como elas estão organizadas no município? Está discutindo com todo mundo, com todos os pontos de atenção da rede? Não está! Entendeu? Então, assim, hoje o município de São Carlos tem uma fragilidade da rede, tá? Então, assim, os diálogos acontecem? Acontecem. O trabalho em rede acontece? Para alguns casos, sim. É unânime, de fato está fortalecido? Tem fluxo estabelecido, tanto no trabalho de linha de cuidado, dentro das redes que estão sendo discutidas dentro da RAS? Não que eu perceba, só se eu estiver equivocada. Eu falo muito respaldada na minha prática profissional e dos espaços que eu estou participando, de conselhos, de discussões.

P: A partir dessa prática sua, o Acolhimento é uma ponta de contato principal da USE com a rede. Vocês são a ponta que encosta lá, é um ponto de contato. Onde você acredita que está a fragilidade dessa rede? Como resolver isso?

R: Essa pergunta!

P: Eu preciso ouvir as respostas. O ponto crítico é onde? Precisa melhorar a gestão? Não, a gestão está boa, os profissionais não estão engajados, não tem capacitação para isso, sabe? Onde é o problema, ou é tudo? Pode ser!

R: Olha, o gargalo tem muitos pontos. A gente tem uma fragilidade de gestão municipal, a gente tem uma fragilidade dos profissionais que não querem fazer o cuidado em saúde da forma como é preconizado, de não se responsabilizar. Então, eu acho assim, é algo muito complexo, muito complexo. A saída para essa situação, assim, eu acho que precisaria de bons gestores, e que precisa de recursos porque a gente está aí também com um cenário de cortes, e é isso. Veja que a gente está sem, por exemplo, psiquiatra no município. Então, você não tem psiquiatra em nenhum CAPS, nós temos 3 no município, nós não temos nenhuma na especialidade. Nós temos um psiquiatra aqui na USE, mas lembrando que somos escola, por mais que a gente presta assistência por meio...Então, eu acho que tem uma fragilidade de gestores, no sentido de compreender “como a gente vai trabalhar, onde precisa ser fortalecido?” Aí, como você faz uma boa gestão se não tem recurso? Aí, precisa de comprar tal coisa, precisa contratar profissionais. E aí, profissionais extremamente desmotivados, desmobilizados, isso vai acabar impactando no usuário – sei que o usuário não tem...tem tudo a ver com isso, pelo controle social – e o reflexo é direto nele. Então, assim, a saúde para isso é muito difícil. Eu fico pensando em um ótimo

assessor, sabe? Assessor bom para tentar olhar: “Município de São Carlos, qual é seu plano de saúde, o que você quer, qual é o perfil sanitário dos seus municípios? Onde vamos começar a atuar? É isso, às vezes, eles estão focando numa parte, mas é isso que a população precisa? Onde precisa fortalecer, onde precisa fomentar? Tem esse perfil? Deve ter, mas isso é divulgado, está sendo trabalhado, sabe? É isso. Está muito, muito... E assim para falar coisas simples, um problema que não é pontual, mas que isso repercute gravemente na saúde da população- vou falar como USE: você tem vaga para o usuário, usuário tem assistência garantida, e o usuário não consegue chegar. Não consegue chegar aqui por quê? De que população que estamos falando, qual é o perfil da USE? São populações mais vulneráveis economicamente, em sua maioria. Eles não conseguem chegar por causa de transporte. Aí, não tem remoção, que é realizada pela SMS - às vezes, a condição de saúde dele não dá pra pegar ônibus, ou a família não tem carro. Não tem carro para remoção, a remoção não tem RH e não tem carro. Aí, se ele é cadeirante, aí tem o sistema leva e traz, que também diminuiu a frota, na empresa anterior tinha um número x de carro, agora tem um número menor e só faz remoção de cadeirante, não pega quem está de bengala, de andador. Enfim, já foi discutido isso, mas não andou, tem um descaso, sabe? E aí, aquelas pessoas que podem ter gratuidade no transporte, consegue às vezes vir de ônibus comum, e tem aquelas que a condição de saúde delas pode fazer com que ela venha de ônibus, mas aí você liga pra tentar vale transporte pela Secretaria de Assistência Social, e não tem vale transporte. Olha o caos, não tem transporte. É um problema de transporte que afeta a saúde. É isso! Ele poderia estar sendo atendido, aí esse problema dele que, teoricamente pode ser simples, pode ser se acabe (não resolve). Então, assim, isso é gestão. Estou citando um exemplo simples que a gente tem na nossa realidade de trabalho aqui. O que eles estão fazendo? Então, assim, são muitas frentes para olhar. É um assunto muito complexo, muito complexo. Estava conversando...

P: Agora vamos falar da USE e da CROSS. A gente estava conversando quando eu fiz a exploratória, a USE estava no CROSS para algumas áreas médicas, mas ela não participa integralmente da CROSS. Aí, eu fui na exploratória conversar com uma pessoa da SMS, que me deu até muita informação, foi muito bacana. E, por coincidência, aquele dia que eu fui, ela tinha tido uma reunião um dia ou dois dias antes, com pessoas da USE para falar sobre isso. Aí, ela falou bem claro: “A USE tem que liberar a agenda para gente cuidar, pra fazer parte, assim”. Eu entendi que a USE tinha que integrar o CROSS integralmente, mas aí fica aquela questão lá: “Mas se a USE libera a agenda, a Regulação agenda como quer, e nossos princípios, nossa consulta, do atendimento humanizado, nós

temos consulta maior que as outras unidades, enfim.” Então, é assim, por que que a USE não participa integralmente da CROSS?

R: É difícil responder porque eu não estou na gestão. Não sei como foram essas conversas, esses diálogos, a pactuação, o que regulação pediu: “olha, vocês vão disponibilizar que tempo de consulta? Vai ser de 50 minutos e não de 20”. Não sei como foi esse diálogo, essa pactuação, não tenho subsídio pra trazer detalhes. Agora, uma situação que eu estou falando baseada no que alguns colegas relatam, qual é o embate de ter a agenda e não ter integralmente no CROSS? É que ela fica mais engessada. Então, às vezes, se tem determinado usuário querendo encaixar, eu não consigo fazer algumas mudancinhas na agenda, que por aqui é tranquilo. A agenda sempre foi transparente, sempre. A gente nunca faltou, mesmo quando não estávamos no CROSS. Todas as agendas são transparentes, estão aqui. A gente pode disponibilizar, umas estão no drive, outras estão fisicamente, ela é pública. Eles acham que, às vezes, não está no CROSS, dá a sensação de não querer trazer a visibilidade do que é feito, mas isso está aqui. Todo mundo, qualquer pessoa pode chegar, nós somos um serviço público, prestador SUS. Então, isso sempre foi falado claramente, a agenda está aqui, é só você olhar. Os professores da Medicina rebolam, alguns, para colocar demandas que chegam de última hora, caso urgente, mas vai atender e, às vezes, por agendar no CROSS tem essa dificuldade de marcação, de colocar e tal.

P: Então, as especialidades médicas estão no CROSS?

R: Alguns estão no CROSS, outros não estão. Mas eles aceitaram essa condição.

P: O que não está, é o Acolhimento que cuida?

R: Fica na recepção, mas fica nessa interface com o Acolhimento, a gente tem acesso. Está ali certinha, bonitinha pra quem quiser ver. A questão de vaga, está ali. Então, mas, enfim. Tanto é que tem profissional que tem a agenda mais mista, está no CROSS, mas tem umas ainda aí. Porque é isso, precisa dessa flexibilidade para situações que, às vezes, chegam aqui.

P: Vamos supor que passa a estar integralmente no CROSS, vocês podem determinar: “Tudo bem, nós vamos para o CROSS, mas nossos tempos de consultas são de 50 minutos, não adianta agendar a cada 20 minutos”?

R: Eu não sei, eu não sei como fica isso para a Regulação. Não sei responder se tem essa responsabilidade. Precisa ver na Regulação. Acho que é lugar mais indicado para ver. Porque assim, eu sei que a gente teve situação de um município que encaminhou para uma profissional daqui, que a agenda dela está integral no CROSS. Parece que o CROSS disponibilizou para aquele município uma vaga por mês. Quando a gente estava com a agenda aberta aqui, é isso, você agendou, fechou, entendeu? Então, assim, o município na ocasião ficou muito irritado,

muito incomodado, e falou: “quando estava lá era tão mais fácil”. Ri e falei que são mudanças. Então, é isso. Se a Regulação disponibilizar, vai ter. Porque é isso, quem vai disponibilizar é a Regulação, se não, fica fechado. Não é mais o usuário que vem aqui e a gente olha na agenda aqui e agenda.

P: Para eu entender o fluxo quando está funcionando pela Regulação: o paciente passou numa UBS no Santa Felícia, por exemplo, e ele vai precisar de uma consulta determinada aqui na USE...

R: Quando é pela Regulação, é a unidade que marca via CROSS, e ele chega aqui agendado, com horário, não passa pelo Acolhimento.

P: Ah, não passa mais?

R: Não passa mais, ele vem direto agendado.

P: Mas aí há uma perda para a USE se o usuário não passa pelo Acolhimento? Porque vocês têm um olhar mais integral quando passa aqui.

R: Sim, nessa lógica CROSS não tem esse olhar mais humanizado. Não tem acesso mais no Acolhimento. Tem esse olhar no ambulatório, se o profissional tiver esse olhar para as condições de saúde do usuário.

P: Corre-se o risco de descaracterizar esse perfil da USE?

R: É.

P: Quais são as maiores dificuldades que você pode pontuar na relação da USE com as outras unidades de saúde?

R: Mais difícil? Olha, eu acho que às vezes compreender que a gente é um serviço de média complexidade. Esse é ponto principal. Eu acho que muitos serviços acreditam que a gente tem que atender tudo e alguns perfis de usuários não são perfis para média complexidade. Entendeu? E encaminham aqui com a alegação de que na Atenção Básica você não tem equipamento, você não tem tecnologia, né? Mas, espera lá, que tecnologia é exigida para a Atenção Básica? Não é só a mão, se você é fisioterapeuta, não são grupos educativos, não tem alguns equipamentos básicos dentro de uma atenção básica? O que você deseja com isso? Que fala é essa? Porque aí, dentro de uma sociedade que acredita que tecnologia é tudo, e a gente pensa tudo... Vamos falar das tecnologias leves de cuidado. O usuário acha que não é relacional que... Porque é isso que a sociedade quer, é tecnologia, de ponta. Alguns profissionais fazem esse discurso para o usuário. Eu acho que umas das dificuldades é essa, os profissionais que estão fazendo o cuidado em saúde entender o que é a USE, pensando na sua essência de atendimento. E aí eu cito muito a questão da fisioterapia porque é onde eu acho que tem mais problema de compreensão.

P: Vêm casos muitos simples que poderiam ser tratados na atenção básica?

R: Com certeza. E não sou que estou falando, estou produzindo fala dos profissionais da fisioterapia.

P: Isso reflete bem o quanto a atenção básica está fragilizada?

R: Fragilizada, ela não está dando conta do cuidado que ela deveria cuidar, tendo que passar para a média complexidade pra dar conta daquele usuário. E aí, a gente vai continuar trabalhando assim, é essa lógica? Até quando? O que o gestor vai fazer? Entendeu? Vai contratar mais profissional?

P: Essa é a reclamação que a gente ouve em todos os outros lugares.

R: Sim. E, às vezes, a gente acaba absorvendo uma população, um perfil que não é demanda. Mas por quê? Porque lá não está fazendo. Mas, espera lá, precisa rever o fluxo, precisa ser discutido. Então, a questão da USE ser média complexidade, esse discurso falacioso de que aqui vai ter toda a resolução do seu problema, e não é bem assim. Tem algumas falas bem delicadas, sabe? Mas, eu acho que eu pontuaria essa questão mesmo do perfil da Unidade, do que ela atende. Essa questão do senso comum, da representação social que, por anos, a USE teve no município. Eu estou aqui há não muito tempo, mas eu cheguei a frequentar espaços que as pessoas tinham uma fala muito equivocada. Então, você precisa trabalhar nesse processo de reconstrução desse espaço, do que fazemos, do que somos... “Vocês não atendem...” Então, é assim, é muito triste porque os números estão aqui, os números não mentem. Entendeu? Então, assim, eu fico muito chateada porque nós temos o equipamento enorme, que promove saúde de qualidade, temos presença de alunos e, então, assim... Nós temos 3 fisios na equipe, jamais esses três fisioterapeutas dariam conta de atender o que, com o custo de Fisioterapia aqui, com dez especialidades, mais cada especialidade tendo uma média de 5 alunos... Olha o retorno que a gente dá para São Carlos e região? Olha o retorno que a gente dá na terapia ocupacional? Gente, nós somos uma rede escola, nossa, cuide disso, cuide desse espaço, entenda o que é feito aqui! “Ah, mas nas férias diminui o número de atendimentos”. Sim, somos escola, não somos uma unidade que foi feita... assim, os profissionais foram contratados pensando essa essência. Não temos 10 fisioterapeutas, nós temos 3 fisioterapeutas; nós não temos 6 TOs, nós temos 2 TOs porque era, justamente, outra era. A USE foi designada em outra lógica de modelo de saúde. Então, as pessoas têm muita dificuldade de entender isso. Tem esse ranço histórico. Quantas pessoas estão abertas para entender isso? E, assim, não falta convite. Retomando uma pergunta que você falou: “A USE se relaciona?”, a gente chegou a marcar reunião para estabelecer fluxo na infância. “Tá, nós temos APAE que presta assistência parecida com a USE, temos o SAIBE que presta assistência parecida com a USE. “Vamos pensar em uma linha de cuidado, então, para as crianças que estão nesses pontos. Então, tá, você vem até aqui, eu vou até ali”. Não! Às

vezes, tem a mesma família em três serviços e gente em lista de espera. Tem que conversar, mas é isso. A gente tenta fomentar, mas essa responsabilidade é nossa exclusivamente? Não. Algumas dificuldades tangenciam isso, compreensão da média complexidade em saúde, a compreensão do que e a USE é enquanto cenário escola, que presta assistência e esse ranço histórico que aí eu não sei quando que o tempo vai resolver, né? Que vai mostrar isso. Mas eu tenho já visto algumas melhoras, mas eu acho que ainda tem uns caminhar de pré-conceitos em relação a esse cenário dentro do município.

P: E para tentar reverter isso, vocês acham que têm alguma ação que a USE, ou a SMS podiam promover para que esse papel, essa atuação da USE seja consolidada exatamente como ela é, com o papel positivo que ela tem, que as pessoas não distorçam essa realidade, não contestem os números reais?

R: Olha, eu acho que as pessoas usam muito pouco a potência que é aqui. Estou falando na esfera municipal, política, sabe?... (falhou gravação). Em algum momento alguém já olhou para isso aqui como uma potência de cuidado? Do tempo que estou aqui nunca vi.

P: Potência de formação de formar profissionais que podem voltar aqui?

R: Eu sou. Tive minha formação aqui e estou de volta. Então assim, eu nunca vi. Eu fico pensando, mesmo assim, em termos políticos, termos do município se orgulhar de ter uma UFSCar, do município se orgulhar de ter uma Unidade Saúde Escola, que é campo de prática, de atuação profissional para cursos de Medicina, cursos de Fisioterapia, TO, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e por aí vai. Tem orgulho? População tem orgulho disso? Que às vezes, eu acho que cai nunca descaso, em pleno desconhecimento, inclusive de gestores. Porque quando a gente recebe algumas visitas e a gente vai mostrar, sabe? “Nossa, vocês fazem isso aqui?” É completamente desconhecido, então, assim, a gente faz muito. É divulgar mais? Talvez seja um caminho (falha no áudio).

P: Uma das opções que eu tenho pensado, vendo as pesquisas, lendo iniciativas parecidas com a da minha pesquisa, até em outros países, uma das estratégias que usaram é mobilizar as pessoas que usam isso aqui, os profissionais da rede. Por exemplo, assim, eu quero que as enfermeiras, os profissionais de todas as unidades de saúde conheçam a nossa causa, eu quero que elas me entendam Porque vai vindo uma força que vem de baixo, vai se remontando e ela vai chegar lá em cima e falar: “Como você, gestor, não conhece a USE? A gente vai lá, faz curso lá. Elas vêm aqui me ajudar, eu vou lá entender como elas cuidam. Como vocês não estão vendo?” Talvez seja uma força que a gente pode tentar.

R: E está dentro do nosso regimento, é um dos nossos deveres.

P: Será que a gente pode começar a pensar em promover ações. “Será que aquela enfermeira que atende lá longe, será que ela sabe que o atendimento humanizado?” Talvez ela não saiba o porquê está esquecida, desmotivada, vai lá, bate ponto e faz o que precisa e vai embora. E se a gente começar ir atrás dessas pessoas, trazer aqui, “olha atendimento humanizado é isso, a gente faz assim. Eu tô vendo o que você faz lá, vem comigo, vamos juntos!”. É uma estratégia? Pode ser

R: Uma coisa que é importante e também estar na frente dos desafios é que a USE é uma unidade saúde escola que tem relação... e isso faz muita diferença quando você olha, por exemplo, para um HC-USP... É, você tem alguns cursos, você tem departamentos aqui, você tem técnico administrativo, dentro de suas especialidades, fisio, TO, psico, SS¹⁴, você tem interesse do aluno de graduação e pós-graduação, você tem o usuário, você tem o terceirizado. Olha a gama! E cada um tem um interesse. E você tem um diretor, que troca a cada 4 anos. É muita descontinuidade. E isso tem que aparecer, a USE é muito plural! E você trabalhar essa pluralidade aqui dentro com interesse de departamento ABC, que às vezes são totalmente distintos.... e de técnico ABC, de aluno, e assim vai. Entendeu? Onde já se viu uma recepção ser terceirizada? Onde ela entra dentro do fluxo de cuidado dentro da USE? Ali tinha que ter um técnico contratado como servidor público federal, não tinha que ser terceirizado. Agora está terminando, entendeu? E aí, elas vão ficar, vão descontinuar o serviço? Isso impacta gravemente no produto que a gente realiza aqui dentro. Porque elas entram dentro desse fluxo, tem rotinas ali de agendamento, de liberação de exames, de marcação. A recepção não era para ser terceirizada, mas só que é isso. A Universidade olha? A Universidade conhece a USE? Então, assim, às vezes, a gente vai para o gestor municipal, mas assim, o que os nossos pares aqui dentro sabem da USE como um grande espaço de formação de aluno, grande espaço de compromisso social para a população de São Carlos? Que importância eles dão para esse espaço? Reconhecem o trabalho? Lutam para que isso continue fazendo o que tem feito? E tem feito cada vez mais coisa interessantes? Cadê técnico que precisa ser contratado porque a gente perdeu vaga e ninguém deu retorno... então assim, o buraco é mais embaixo. Porque, às vezes, a gente fica falando da rede, ok, a gente tem as relações com o município. Mas que relação a gente estabelece com o nosso gestor local da Universidade? Então assim, são incômodos que a gente precisa provocar porque se é tão importante, se é tão necessário, que importância que os gestores, aí penso em gestor local, enquanto nosso superior direto e gestores municipais, têm dado para isso, sabe?

¹⁴ Fisio (Fisioterapia); TO (Terapia Ocupacional); Psico (Psicologia); SS (Serviço Social)

P: Agora as perguntas são mais relacionadas à Comunicação. Na avaliação de vocês, do Acolhimento, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede?

R: De contato?

É.

R: Telefone.

P: Para manter informação sobre a USE porque a regulação não passa e eu vou passar.

R: É o telefone. E-mail muito raro. Tem os grupos de WhatsApp, que eles usam bastante. Telefone e grupos de WhatsApp com foco mesmo de demanda.

P: Como que vocês falam para a Regulação, atualizando dados da USE? A cada tantos dias eu tenho que mandar? Quando vocês para a Regulação os serviços que vocês estão realizando, para manter atualizado?

R: Manda, mas a gente não manda falando número de vagas. Tem um relatório que a Administração disponibiliza. O serviço eles já sabem.

P: Vocês não atualizam? “Agora, a partir do dia tal, começou o ambulatório tal?”

R: Ah, sim. A coordenação executiva informa, sempre que tem serviço novo, principalmente ambulatórios médicos, eles informam. Olha, está aberta vaga na saúde... Então, aí tem iniciativas particulares de alguns professores ou profissionais que nesses grupos de WhatsApp acabam divulgando. “Olha, estou com vagas na saúde da mulher, estou com vaga...” Entendeu? Na informalidade grupal. Tem todo mundo da rede, tem professores, tem todos os fisioterapeutas da rede.

P: Você acha que tem algum produto, alguma ação de comunicação poderia melhorar esse contato?

R: Não é muito minha praia a questão da comunicação em termos teóricos. Eu fico pensando que poderia existir. Eu não posso vislumbrar assim qual seria o melhor meio disso acontecer. A gente tem, pensando no que existe, a cartilha de serviços, nossa carta de serviços é essa, né? A gente tem um site, mas não sei o quanto isso vai trazer de retorno, agora ele está atualizado, algo recente. Não sei se isso vai trazer impacto. É... não sei se pela Regulação ou informativos de tempos em tempos para disparar para as unidades, um e-mail em massa, sabe? Igual os Inforedes da vida, de repente um inforede da rede SUS de São Carlos. Não sei, porque são coisas que não têm. Você vai buscando na unha, então...É isso! É sempre... o que eu vejo muito? É sempre muito personalizado, se o profissional faz, ele busca...

É personalizado, é da pessoa?

R: É. Isso não é bom (precisa ser institucional).

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 4 (E4)

P: São dois blocos de perguntas. Um pensando mais a relação da USE com as unidades da rede e outro mais na área de Comunicação. Agora, a gente começa com esse aqui da relação da USE com a rede. Os encaminhamentos que vocês recebem aqui na USE chegam corretos, no que se refere à documentação, CID, histórico do paciente, indicação da unidade solicitante?

R: Não, infelizmente não. Para falar a verdade, de todas as unidades que são encaminhadoras acho que o AME e o HU que agora estão apresentando uns encaminhamentos bastante preenchidos, sabe? Bem organizado, com bastante dados, muito, muito bons mesmo. Mas, os outros péssimos! Além de quase ilegível, se tem o nome do paciente, não tem mais nenhum outro dado. Se tem o CID, não tem a queixa, se tem a queixa, não tem o CID. É... são bastante ruins.

P: E por que você acha que isso acontece? Não tem padrão ou não tem o compromisso do profissional da unidade encaminhadora mandar isso pra cá?

R: Eu acho que é um misto. Acho que falta padronização mesmo e acho que na correria do dia, né, pegar qualquer papel e escrever à USE, acho que sua fila diminuiu, né? Você fez ali o que você acha que tinha que ser feito. Porque quando ele entra aqui que é o problema. Que nós, aqui da equipe do Acolhimento, que vamos ter que decifrar, desde o nome, é que a pessoa está ali e você pergunta. Mas, o resto, ali, se ele escrever alguma coisa da queixa, é bastante ilegível. Às vezes, procuro um médico, procuro um profissional para ajudar a decifrar o que pode ser a escrita, mas fica difícil.

P: Existe um formulário, uma guia de referência padronizada que todas as unidades têm?

R: Sim, mas não usam. E se usam, usam dessa forma, não preenchem.

P: Bom, falamos de documentação. E os usuários quando vêm pra cá, eles chegam bem informados, orientados sobre o processo de referência e contra-referência, o que vão encontrar aqui?

R: Não, também não.

P: Perdidos?

R: Perdidos. Até mesmo aqui no campus muito grande, né? Até perdidos geograficamente perdidos. Às vezes, fora do nosso horário de atendimento, que a gente atende de segunda a sexta, das 8h às 11h30. Então, às vezes, vem à tarde... bastante difícil essa indicação é também bastante falha.

P: Na sua visão, quem tinha que dar essas informações aos usuários. A falta dessa orientação acaba acarretando impacto aqui no atendimento de vocês?

R: Bastante. Quando você tem lá na recepção, às três da tarde, uma mãe com duas crianças que saiu lá de qualquer bairro distante, ou bairro próximo, mas deixou seus afazeres, gastou o dinheiro todo no transporte, eu vou ter que falar pra ela “Você está fora do horário!”. Daí, você acaba abrindo uma exceção porque não dá pra mandar essa mãe ir embora com essas duas crianças e voltar no outro dia, né?

P: É um olhar especial de vocês.

R: É.

P: E quem você acha que tinha que dar essa orientação? É a unidade que está mandando?

R: É quem faz o encaminhamento, que está fazendo o encaminhamento.

P: As unidades de saúde, na sua visão, elas sabem o que a USE faz, conhecem o papel da USE? Como você tem essa percepção?

R: Eu acredito que não. Mesmo que tenha lá no site da USE toda a informação, mesmo que as unidades conhecem os profissionais aqui e poderia fazer contato, perguntando...é difícil. Esses dias mesmo, atendi um encaminhamento da UPA só escrito o nome da pessoa “que ela vem todos os dias aqui poli queixosa”. Quer dizer, a unidade não tem o que fazer, porque todos os dias a usuária procurava com uma queixa, mandaram para a USE. Eu fiquei sem entender.

P: Talvez devolveria para o posto.

R: Que conhece, ali o ordenador dos cuidados, que está ali próximo, que conhece a família, que conhece as demandas, que pode orientar. Não! Pega essa pessoa dessa fila, que está todo dia com uma dor, e se ela tem dor ela procura o pronto atendimento, e o pronto atendimento acha que pra ela não ir mais lá, ela tem que entrar em outra fila e colocaram na fila da USE.

P: A que você credita esse desconhecimento, então, das unidades em relação à USE. Por que elas não conhecem?

R: Eu acho que também é falha dos dois lados. Acho que se são serviços que, de certa forma, são complementares, eu acho que deveria ter mais interfaces. Mais vivências, mais comunicação, mais acertos, né? E não tem.

P: Entre a USE e as unidades?

R: Isso.

P: O contato que vocês fazem com as outras unidades de saúde, ele é mais voltado para questões de referência e contra-referência, de esclarecer uma dúvida sobre um paciente ou também tem contato para estabelecer parceria, para apoiar um ao outro no caso de um paciente?

R: São poucos esses momentos de parceria. Mais é para contra-referenciar mesmo, esclarecer que não temos esse atendimento, que esse encaminhamento foi feito equivocadamente.

P: Vocês acreditam que uma relação mais próxima com os profissionais da rede, das unidades, poderia ser importante para a USE? Por quê?

R: Nossa, demais! Para corrigir tudo isso. Porque sempre quem...é a ponta que sempre sofre. Eu continuo aqui na minha sala, quem fez o encaminhamento continua na sala, e o usuário fica no trânsito, né? Fica vindo fora de horário, vem procurando uma atividade que aqui nós não temos, né? Muitos vêm procurar hidroginástica. Então, as pessoas veem que a USE tem uma piscina e, então, encaminha para hidroginástica. Nós nunca tivemos, nunca ofertamos essa atividade aqui. Então, eu acho que passou da hora de ter um plantão, mesmo, de trabalho escrito a vinte mãos, né? Todo mundo que vai fazer uma referência tem que estar ali, sabendo dos critérios, horários. Se nós somos média complexidade, não vamos encaminhar casos que a unidade básica daria conta, né? Não vamos encaminhar pessoas porque vai muito no meu trabalho, como eu te falei, só porque a pessoa tem dor todo dia e os funcionários já não querem mais que ela vá e, então, manda para a USE.

P: Vamos transferir o problema.

R: É, mudar de fila só.

P: Quando eu estava fazendo a exploratória da pesquisa eu conversei com muita gente da SMS, da rede, e eles falavam assim “Ah, é difícil saber o que a USE faz porque ela não está no CROSS”. Depois eu fui entendendo um pouco mais e descobri que algumas especialidades médicas estão no CROSS, o teste ergométrico está no CROSS. Por que a USE não está integralmente no CROSS?

P: Porque a USE é um misto, não é só ambulatório médico que você marca consultas. Algumas especialidades aqui, de alguns ambulatórios, têm sim uma reserva de vaga no CROSS, mas como a gente vai ter Fisioterapia pelo CROSS? Nós temos aqui os estagiários, tem sim todo o atendimento voltado...Nossa linha de frente mesmo é a Fisioterapia. Como a gente vai deixar a cargo da SMS agendar os atendimentos se a gente não sabe que atividade que o professor vai trabalhar aquele semestre com os alunos?

P: É uma especificidade da USE, de ser escola?

R: É da USE. Tem casos que são interessantes para o professor atender porque ali é a prática do aluno. Se colocar todo mundo vai aparecer só dor no ombro. Porque acho que o CROSS é por chegada. Não tem uma classificação, assim “oh, vai ater uma vaga para dor no ombro, 10 para dor cervical...”. Eu acho que a USE não pode mesmo, nessas atividades, ter agenda no CROSS. Eu vejo assim.

P: Eu ia te perguntar se tinha possibilidade de o Acolhimento abrir a agenda da Unidade para a Regulação. Acho que sua resposta sua mostra isso.

R: É muito específico.

P: Tem alguns requisitos, dependendo do projeto, às vezes é uma vaga ou duas, como você abre isso no sistema?

R: Exatamente. E tem critérios, por idade, sexo, se já teve alguma cirurgia, se não tem, se é pós-cirúrgico, se não é. Eu acho que para abrir para o CROSS não é perfil.

P: Na sua visão, quais são as maiores dificuldades que você pode pontuar na relação entre a USE e as outras unidades de saúde?

R: Eu acho que é essa falha mesmo, de encaminhamentos.

P: Encaminhamentos errados, de não saber o que tem aqui?

R: Exatamente. Falta de padronização dos encaminhamentos. Porque se é uma média complexidade, acho que no encaminhamento já tinha que vir o histórico. “Olha, nós já fizemos esse, esse e esse tratamento e não conseguimos sucesso. Vai ser encaminhado”. Não existe isso! Às vezes, mesmo que tenha feito um raio x, a pessoa não tem um diagnóstico, não escreveu lá que fez raio x, sabe? Não colocou lá os comentários “do que eu já fiz para esse paciente e não consegui melhora. Por isso que estou, mas ele já está indo aí medicado com xxx, já tem tal exame para você pegar desse ponto pra frente”.

P: E, às vezes, o paciente não sabe relatar.

R: Também não. Alguns exames ficam presos no serviço. “Aí, eu já fiz uma ressonância, mas ficou na Santa Casa”. “Ah, mas eu já fiz essa tomografia, mas está retida”. Então, eu acho que o encaminhamento bem feito justificaria o encaminhamento, porque teve outro tratamento, não teve efeito, não tendo sucesso e vem aqui, para uma média complexidade. Às vezes, na primeira consulta já faz o encaminhamento pra cá.

P: Você acha que eles fazem isso por quê? A Atenção Básica não tem estrutura e profissional para atender ou “manda pra lá que eles resolvem”?

R: Eu acho que é um pouco de tudo isso. Falta lá bastante e... porque, como te falei, e às vezes, é a pedido. Eu já atendi encaminhamento a pedido do paciente.

P: Paciente procura o posto porque quer vir pra USE?

R: É. para fazer o encaminhamento só.

P: Você me falou numa resposta anterior que seria importante a USE se aproximar mais dos profissionais da rede para até melhorar esse processo de encaminhamento. Quais ações você avalia que podem ser feitas pela USE, e até pela SMS pelas unidades, que

poderiam melhorar essa relação para consolidar mais o papel da USE como unidade escola, mas que também presta assistência?

R: Eu acho que tem que aproximar mesmo os profissionais. Profissionais juntos, conversam e escrevem, né? Eu acho que reuniões, que acho que quantas reuniões que acontecem que a USE não é chamada? Muitas. E sempre o que, às vezes, falam do serviço que só a USE presta e só ela que está ausente. Então, por isso que essas falhas acontecem e vão continuar acontecendo se a gente não mudar esse rumo aí de, sabe? De aproximação mesmo.

P: Você acha que é uma coisa da gestão da saúde do município ou é assim desde sempre?

R: Se a gente ficar preso no desde sempre não vamos fazer nada. Então, eu acho que se a gestão quiser fazer diferente, eu acho que é começar por aí, é aproximar os serviços. Como aproxima serviços? Um indo para o espaço do outro, né? Para conhecer, para conversar, para propor, para ter interface, né? “Olha, eu faço até aqui, nós fazemos juntos esse miolo e depois eu continuo”, porque o paciente é do município, ele não é da USE, ele é da Atenção Básica. Em algum momento da atenção hospitalar, tudo bem. Mas ele está lá num território e naquele território tem um ordenador do cuidado dele lá. Então, ele não pode abrir mão do paciente, o paciente é dele. Então, ele tem que trazer o paciente aqui para as coisas que ele não dá conta, ele trazer aqui, e daí a gente devolve pra ele. Só assim eu acho que ia minimizar sofrimentos e não ia ficar apontando só as coisas erradas. É uma cobrança, eu daqui cobro o que o parceiro lá não faz. E o parceiro lá fica cobrando o que eu não faço. E não anda, não sai disso.

P: Bom desse bloco a gente acabou. Agora vamos um pouco para a área de comunicação.

Qual é o melhor canal de contato que vocês têm com as unidades?

R: Telefone.

P: De que forma que a USE informa para a Regulação os serviços que estão sendo oferecidos, mantém isso atualizado? Isso acontece, não acontece?

R: Ah, tem o Conselho Gestor, tem uma profissional que é do Conselho Gestor, eu acho que a gestão também tem momentos lá com a SMS, tem uma página nossa, tem o Facebook da USE, eu acho que se a gente quiser, tem alguns meios de comunicação, assim, bastante facilitadores, mas eu ainda acho que tem que ter uma coisa mais oficial, de proximidade mesmo, sabe?

P: Produtos e ações de comunicação que, na sua visão, poderiam melhorar esse contato da USE com os outros aparelhos de saúde do município?

R: Como que é?

P: Que ações de comunicação já falaram de ter cartaz e falar que o que a USE faz, que documentos têm que trazer...

R: Lá nas unidades?

P: Sim. Ou a gente poderia fazer eventos mensais sobre temas tais e tais com o pessoal da rede para eles virem pra cá ou a gente ir lá...

R: Eu acho que tudo isso, eu acho que tudo é válido e possível de fazer, e barato. Nós não queremos, assim programas caros, eu acho que uma ação pequena que fosse eu acho que o resultado seria grande.

P: Na pesquisa da bibliografia, eu encontrei uma pesquisa parecida com a minha, mas feita na alta complexidade, em Portugal, em Braga. Eles começaram a promover eventos internos para discutirem assuntos comuns e ver as ações que cada área poderiam fazer sobre aquele mesmo tema. Quando eu vi isso eu pensei que esse movimento pode ser feito um movimento contrário na USE.

R: Exatamente.

P: Vamos falar sobre como lidar com a criança autista, por exemplo, e vamos chamar as unidades para virem aqui conhecer e tratar esse tema. “Ah, mas é difícil por causa do horário!” Vamos pensar em outro horário, no almoço, mas que vocês possam vir, a gente possa trocar, trocar ideia. Você vive um problema lá e eu posso te ajudar aqui, ou o contrário. Você acha que isso é possível?

R: Muito.

P: Porque os alunos estão aqui, os docentes.

R: Exatamente. E outra, pega lá um grupo de profissionais e “olha, na minha unidade a maior demanda é dor cervical”. “Vem aqui, né? Faça aqui um treinamento e volta lá pra sua unidade, faça, grupos”. Porque, se trabalhar nas unidades como consultório, cada hora um, você não vai atingir a demanda nunca. Você tem um número de profissionais e uma demanda grande, né? Então, eu acho que teria, sim, a USE tem muito a oferecer, além da assistência. Muito além da assistência.

P: Eu acho que é possível. Das nossas perguntas eu terminei, você quer acrescentar alguma coisa?

R: Não. Eu me lembrei que a USE pode disponibilizar até o espaço. Você, se é fisio¹⁵ na sua unidade, você me fala que não atende porque você não tem aparelhos, que você não tem espaço adequado, a gente poderia fazer um convênio de espaço, de utilização de espaços aqui.

P: Vem o fisioterapeuta e o paciente pra cá, por exemplo?

R: Exatamente. Então, tem que sair de jogo, dos melindres “ai, porque...é sou município e lá é Federal”. Não. Nós estamos aqui para atender a população de São Carlos. Se ela está nesse

¹⁵ Fisioterapeuta.

espaço ou naquele espaço, ela é um cidadão desse município que precisa ser atendido e resolver seu problema de saúde. Falta vontade! Falta vontade de acerto dos dois lados, dos dois lados.

P: Porque é possível, né?

R: É possível melhorar.

P: Agora terminamos, obrigada.

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 5 (E5)

P: Bom, então vamos lá. A primeira parte da entrevista, o primeiro bloco de perguntas é mais voltado pensando a relação da USE com as outras unidades da rede. E a segunda parte é menor, mais pensando um pouco a comunicação, nada muito específico. Fique à vontade para dar sua opinião, fique tranquila. Os encaminhamentos recebidos pela USE, que chegam aqui à Unidade, eles vêm corretamente no que se refere à documentação certinha, CID, anamnese do paciente, a indicação correta da unidade solicitante?

R: Não, na maioria das vezes não. Falta, principalmente, a unidade de origem, a data do encaminhamento, os dados, CID só se for encaminhamento do médico e, geralmente, a gente vê os que vêm da Santa Casa e eles são digitados. Eu penso que deve ser meio obrigatório. Mas os que vêm da rede, em geral, o histórico é muito pequeno, geralmente vem só a hipótese diagnóstica. Às vezes, a gente tem dificuldade de identificar quem foi o profissional que encaminhou. Às vezes, eles colocam a assinatura e carimbo, e o carimbo está sem tinta e fica difícil tentar compreender só por encaminhamento. O que ocorre é que, como o momento é do Acolhimento, a gente tenta resgatar esse histórico junto ao paciente e aí, vai subsidiando a gente mediante aquilo que foi possível identificar. Encaminhamentos do AME eu também percebo que são mais completos, são impressos, tudo certinho. Mas, encaminhamentos, principalmente das Unidades Básica de Saúde, são muito pobres de informação.

P: Por que você acha que isso acontece? Por que não tem padrão ou é da postura do profissional mesmo?

R: Eu acho que são as duas coisas. Primeiro, se a gente tem um protocolo estabelecido a possibilidade de a pessoa seguir um padrão, né, e ter mais responsabilidade para incluir a informação que precisa ser colocada, eu acho que isso facilitaria. Por outro lado, tem a questão do profissional também, de não tentar entender o quanto aquele documento é importante para o serviço que ele vai referenciar. Na verdade, assim: “Ah, é Ortopedia, Fisioterapia, vamos encaminhar para a USE, coloca lá FT, ortopedia”, coloca assim... no sentido do paciente saber onde ele tem que ir, mas não para o profissional que vai receber aquele encaminhamento tenha

subsídio da necessidade que aquele paciente realmente precisa. Eu acho que são, assim, as duas coisas, a falta de compreensão do profissional que encaminha a necessidade daquele documento ser preenchido. É uma suposição, né? Mas o que eu entendo, assim, talvez o profissional que está lá na rede que encaminha está mais preocupado em saber onde o paciente vai levar o papel do que o conteúdo daquele papel vai colaborar para o desfecho e para a sequência daquele atendimento. E segundo é a falta de padrão mesmo. Quanto mais padronizado, mais protocolado, as pessoas tendem a seguir aquela linha.

P: E não existe um padrão, uma guia de referência e contra-referência, um formulário para isso?

R: Não. O que existe é um impresso na rede de atenção à saúde. A Santa Casa tem um impresso, que na verdade é um receituário, principalmente para a Fisioterapia. O AME tem impresso normal, quem vem da cirurgia da Santa Casa tem outro impresso...

P: Cada unidade tem o seu jeito?

R: Cada unidade tem o seu. Isso mesmo. Prefeitura tem outro modo, que chama guia de contra-referência e lá tem alguns dados que são campos que o profissional precisa escrever. Eu penso que, talvez, se fosse alguma coisa mais fracionada, mais como *check list* ou perguntas menores, mais campos, isso facilitasse. Ele coloca lá hipótese diagnóstica, histórico anterior, e a maior parte vem tudo em branco.

P: É o que eu ia falar. Vai do compromisso do profissional preencher ou não.

R: É, vai do compromisso dele. Mas o que eu estava falando, eu entendo que, talvez, a preocupação dele está muito dar ao paciente o que ele vai levar mais do que aquela informação para contribuir para o cuidado.

P: E os usuários que são encaminhados para cá, eles vêm orientados e informados sobre esse processo de referência e contra-referência na rede?

R: Não. Na maioria das vezes também não. Começa pelo horário do Acolhimento, que é das 8 às 11h30, nós acolhemos até às 12h, mas o paciente precisa chegar aqui até 11h30. E é até engraçado, a recepção tem o cuidado colocar em cima da ficha o horário, e aí, tem gente que chega... No caso, eu entro às 8h e tem caso que a gente vê que o paciente chegou às 7h, 7h10, 7h30. Então, o próprio horário dele chegar é uma dificuldade. Outra coisa, eles pensam que vão vir aqui e já serão atendidos. Vai ter o início do atendimento já naquele dia. Então, assim, a gente sempre reforça a orientação e isso é orientado para a rede e essa comunicação se perde em algum momento, de que, neste dia, é só o Acolhimento, a gente vai tentar entender qual é demanda do paciente, verificar se alguma atividade que acontece na USE pode atender a necessidade daquele paciente. Ele vai ser inscrito, vai ser colocado numa lista, o docente vai

avaliar junto com o aluno, para depois ele ser chamado. Muitas das vezes, ele já vem com um monte de exame e tal, aí já quer mostrar o raio x, a tomografia, mas na verdade, esse não é o momento. Outra coisa que acontece, que é pior que eu vejo, se o paciente está super debilitado, não tem nem condição e aí ele vem, o paciente, no dia para ser atendido, sendo que a orientação é na inscrição, precisa do documento do paciente, o cartão SUS e qualquer pessoa, familiar, parente, vizinho e tal pode vir fazer a inscrição.

P: Essa inscrição é feita para o Acolhimento?

R: Isso. Então, são informações, que não sei dizer porque sou nova aqui, como são passadas para a equipe de atenção à saúde (inaudível). Já me disseram que, assim, eles já foram cansados de ser esclarecidos qual é o objetivo do Acolhimento e como que a pessoa tem que vir, o horário, o que tem que trazer e tal. Mas, mesmo assim, direto. Olha, não deu três meses que estou aqui, de dez acolhimentos que faço, 8 faltam documento, a pessoa já pensa que vai ser atendida e aí vai embora sem. A gente fica até com dó da frustração do paciente: “Ah, mas falaram que era só eu vir na USE”. E, na verdade, ele veio com encaminhamento para fazer inscrição na atividade e não significa que vai ser atendido naquele dia. É uma dificuldade extrema de comunicação.

P: Quem deveria dar essas orientações para o usuário? É unidade que está encaminhando? E a falta dessa orientação correta pode acarretar algum impacto aqui no atendimento ao usuário?

R: Acho que são dois momentos. A USE precisa ter essa conversa com a rede, com os responsáveis na rede, né? E de onde o paciente sai com o encaminhamento para USE ele também precisa de todas as informações. E o impacto é grande, com certeza. Por quê? Se falta um documento, se ele vem fora do horário tem impacto para nós do serviço no sentido de tentar explicar para ele que o encaminhamento é incompleto, ou o encaminhamento não deveria ser para cá, para uma atividade que a gente sabe que, realmente, não tem, ou pelo horário. Muitas vezes eles reclamam: “Ah, eu cheguei aqui às 7 horas e uma hora depois vou sair sem ser atendido!”. Por falta dessa informação, mas o horário é partir das 8h. Então, eu acho que impacta para nós, no sentido de ver esse... a gente tem que ter essa empatia com o paciente, tentar entender, né? Se colocar no lugar dele, que ele realmente chegou aqui com expectativa e vai sair com certa frustração. Isso para nós também é difícil, pensando numa equipe acolhedora (inaudível), a gente quer tentar entender como a gente pode ajudar aquele paciente naquele momento. Porque o objetivo do Acolhimento não é nem só a resolutividade, ela é uma consequência daquele Acolhimento, mas não é sempre que a gente vai poder resolver. Mas, se a gente já tem esses entraves, nem é do paciente, a gente vai ser esse acolhimento, e ainda

quando a gente faz e precisa devolvê-lo para a rede, muitas das vezes ele sai bem descontente e fala: “Ah, mas já fui lá e não resolve nada”. Já ouvi diversas vezes: “Eu quero ser atendido aqui porque meu vizinho já foi atendido e aqui é melhor do que lá”. (inaudível”. Porque é um equipamento, a USE é um dos prestadores de serviço, mas tem serviço que a USE não oferece, que a Unicep oferece, que a rede oferece. Como falta essa comunicação, essa informação, nós, às vezes, nos frustramos pelo próprio atendimento do paciente por conta de ele ter esse conhecimento prévio que poderia ter vindo lá da rede.

P: As unidades de São Carlos, nesse tempo de experiência que você tem na USE, também contando sua experiência em outras unidades da rede, sabem que a USE existe? Como você tem essa percepção?

R: Olha, desse pouco tempo que estou aqui, eu creio que sim. De outras experiências, não. Porque eu acho que, anteriores...a divulgação da USE ao longo do tempo tem tido um grande avanço. Eu trabalhei na Prefeitura de São Carlos em 2003, já tem mais que isso, e eu não conhecia a USE como trabalhadora da área de saúde, apesar da unidade em que eu trabalhava não encaminhava paciente para a USE, talvez seja por conta disso também. Agora, eu penso que as unidades sim, tem conhecimento, o que...a dificuldade é saber quais atividades, de fato, que a USE pode oferecer. Porque tem muitas, como eu falei, muitos lugares ou atividades que a USE oferece e outras unidades também. E, às vezes, eles estão até encaminhando para a USE necessidades que poderiam ser atendidas no próprio bairro, mais perto da comunidade, mas eu acho que, no sentido de conhecimento, pode ser encaminhado para a USE, eu creio que é fato na rede.

P: E você acha que...você estava comentando que a comunicação e divulgação sobre a USE melhorou nos últimos tempos. A que você credita esse conhecimento, então, esse conhecimento que eles têm sobre a USE?

R: Eu acho que a própria divulgação do trabalho que é feita aqui entre os próprios usuários, no boca a boca. Nem é com relação à unidade, a rede encaminhadora não. Os próprios usuários se comunicam entre si, né? Os usuários do SUS e aí...porque muitas vezes eles falam...porque eu pergunto: “Mas o senhor já passou no posto, lá teria possibilidade...”, “Ah, mas é que aqui é tão bem atendido, que eu pedi pra vir cá”. Então, assim... mas que até o serviço de encaminhar tem essa questão de o usuário ter essa comunicação entre eles mesmos e já solicitar atendimento pra cá, pela excelência de prestação do serviço. Pelo pouco tempo que tenho aqui, eu nunca vi uma reclamação de algum usuário, de algum “ai, não fui bem atendida, não volto mais aqui”. De modo nenhum, as pessoas pedem para ser atendidas aqui.

P: Bom, o contato de vocês no Acolhimento com as demais unidades de saúde ele é voltado só para questões que envolvem referência e contra-referência de pacientes? Ou também são feitos contato para parecerias, dúvidas e pensar em projetos conjuntos com as unidades.

R: Faz pouco tempo que estou aqui. A maior parte é isso mesmo, referência e contra-referência, mas já aconteceu e a gente tem até um....ambulatório que acontece aqui da Enfermagem, da professora Laís, que a gente já fez contato com a rede, com a Unicep, também é uma outra instituição de ensino, para formar essas parcerias mesmo. Já aconteceu de eu ligar na unidade para conversar com enfermeira de uma demanda de um paciente que está aqui, e que está aqui por ser uma unidade especializada, mas não é referência do cuidado, que é na unidade, para discutir o caso, ver como a gente pode articular esse cuidado aqui e lá na Atenção Básica com o paciente. Isso é comigo que acontece...como também divulgação de atividades que acontecem aqui e que, às vezes, a rede não tem tanto conhecimento, né? Hoje, a gente tem esses ambulatórios, mas são coisas específicas. Acho que é pouco tempo para entender, mas existe os dois movimentos.

P: Fala-se muito quando eu fui fazer a parte exploratória da pesquisa, conversei na Secretaria, e aqui também, falava-se muito do CROSS. E uma das falas das pessoas de SMS foi que “a gente não consegue mandar muito paciente para a USE porque a USE não está no CROSS, a gente não sabe o que acontece lá”. Por que a USE não participa do CROSS, ou não participa integralmente do CROSS?

R: Isso, talvez, eu não vou saber te responder com muita precisão porque faz pouco tempo que estou aqui. Do que eu tenho noção, é assim: consultas médicas, ambulatórios médicos, eles estão disponibilizados no CROSS. Porque são atividades muito específicas. Então, quem encaminhou para endocrinologista é para o endocrinologista, quem encaminhou para o hematologista, é para o hematologista. Não sei as especialidades que tem, é só um exemplo. O profissional médico que encaminhou para o médico, é muito específico. Isso pode ser colocado no CROSS. As outras atividades, principalmente, as que envolvem projetos de pesquisa, têm critérios de inclusão e, então, são critérios que não adianta abrir uma agenda para reumatologista ou para...Principalmente na Fisioterapia, que é um curso que trabalha com muitas divisões, não sei é essa a palavra, mas....especificidades clínicas mesmo, se eles não vêm para o Acolhimento, a gente não consegue direcionar exatamente para aquela atividade que está...Mas, muito mais voltada para o ensino, formação e pesquisa. Então, a assistência se dá na necessidade de formação, ensino, extensão. Esse tipo de coisa não é possível ser colocada no CROSS. Porque se ele não vem no Acolhimento para fazer essa entrevista e tentar entender a demanda

dentro das ações que estão acontecendo aqui, não seria possível. Mas, essa é a visão que eu tenho, tem pouco tempo que estou aqui. Não sei te dizer se existe alguma coisa relacionada à pactuação, até de financiamento mesmo. Porque tudo é feito através de contratos de prestação de serviço para o município. Eu não sei quanto o município pactuou, em atividades. Porque tudo aqui que está no CROSS é pago na tabela SUS. O que tem em projeto de pesquisa nem foi demanda do município, mas a agente acolhe para...Então, talvez...você vai englobar o que as outras pessoas vão falar, na minha percepção é essa, não sei se estou tendo percepção errada.

P: Nas outras respostas têm sido isso mesmo. Quando é uma consulta, tem como a unidade...

R: Principalmente, porque o médico já está encaminhando para outro profissional médico.

P: E, por exemplo, esse paciente que vem encaminhado pelo CROSS, em que o médico da Unidade manda para o médico daqui e conseguiu fazer encaminhamento no CROSS, ele passa pelo Acolhimento?

R: Não, ele não passa por aqui.

P: Vai da recepção direto para o consultório?

R: Isso, é direto. O Acolhimento é só para a gente fazer a inscrição do paciente para aquilo que não é direto. É só para gente entender quais são as atividades que ele poderia ser encaixado de acordo com os critérios de inclusão daquele estágio, daquele projeto. O que é CROSS nem passa pelo Acolhimento.

P: Certo. Na sua visão, quais são as maiores dificuldades que você pontuar na relação com as unidades de saúde?

R: É a falta de oferta de vagas eu acho que é o mais, assim, conturbado, tá? Por quê? A USE acaba se tornando uma válvula de escape para a rede de atenção. Então, assim, se a rede tivesse pactuações com prestadores de serviços que acolhessem a demanda dos usuários com certeza a relação com as unidades de saúde seria muito mais tranquila. A gente percebe assim, como essa rede de atenção tem um déficit de vagas, então, assim, a USE acaba sendo uma válvula de escape. “Não tem o serviço, manda para a USE porque lá eles vão tentar resolver”. Até porque no Acolhimento, a gente tenta, de algum modo, não digo nem resolver, pelo menos dar um norte, uma dica para que ele não fique perdido no seu cuidado. Entendeu? E muitas das vezes também, por exemplo, é para uma atividade que já não tem vagas, mas, nós do Acolhimento, vamos conversar com o docente responsável pela atividade para ver se a gente consegue, de algum modo, inserir aquele paciente, nem se for para uma orientação, uma triagem para que ele não volte para a unidade dele sem nenhum tipo de assistência, ou sem nenhuma continuidade. Mas, eu acho que o mais conturbado é isso, acaba se tornando uma válvula de escape. No

entanto, se a rede tivesse uma estrutura melhor, uma organização melhor que desse conta da demanda, eu acho que isso talvez não aconteceria. A outra coisa é que aqui é uma unidade de atenção especializada. Quando a gente fala em níveis de atenção à saúde, a gente tem Atenção Básica, Atenção Secundária, em que a USE se encaixa, e a Atenção Terciária, que seria o nível hospitalar. O cuidado perpassa por esses três níveis de atenção, de acordo com a demanda do paciente. Mas, ele sempre vai parar de novo onde? Na Atenção Básica, que é o núcleo que a gente fala de promoção e prevenção. Ele precisa estar lá, independente de ele estar doente ou não, o cuidado dele é lá. E aí, muitas das vezes, quando o paciente sai daqui, do nível secundário, e a gente devolve ele para o nível primário, as unidades não querem receber ele de volta, acham que: “Ah não, você está lá na USE e tem que ser cuidado na USE”. Sendo que o cuidado que é feito em nível secundário é sempre finito, a gente não quer que o paciente fique aqui, ele precisa voltar para o nível primário, pensando em promoção de saúde e prevenção de doenças. Isso também é uma coisa, assim, de comunicação com a rede, que eu já recebi referência de pessoas, cartinhas de pessoas da rede, assim: “Não devolvam ele para a unidade básica porque não tem o que fazer aqui”. Mas não existe isso, independente de ele estar sendo cuidado aqui, a referência dele vai ser sempre a Atenção Básica.

P: A ordenadora do cuidado é a Atenção Básica?

R: É. Sobre esse entendimento, não sei dizer porquê os profissionais, não são todos, de não entender que o paciente vai ser sempre de a Atenção Básica, né?

P: Vai para a especializada, resolve e volta.

R: Isso. E muitas vezes eu recebo cartinhas para não devolver ele para cá. “Se não tiverem vagas aí, vê os que fazem aí com ele, porque pra cá não é para devolver”. Então, eu fico pensando como esse profissional está inserido na rede de atenção do SUS não consegue entender que ele vai voltar em algum momento para ali sim. Na verdade, é só uma complementação do cuidado, né? O cuidado básico tem que continuar na unidade. Eu acho que são duas coisas: a válvula de escape “Mandei pra USE me livrei desse paciente” e “Não me mandem ele de volta”.

P: E que ações que você acha que poderiam ser feitas pela USE ou pela SMS, pensando na rede, para melhorar essa relação ou essa confusão da compreensão do papel da USE?

R: Primeira coisa começa com o compromisso das pessoas que estão à frente da gestão, de divulgar isso na rede. E eu acho que deveriam ter mais reuniões periódicas sistematizadas com a rede para ter essa conversa. Em três meses que estou aqui a única reunião que fiquei sabendo, posso estar enganada, que eu fiquei sabendo que aconteceu nesses três meses foi para tentar discutir algo relacionado à saúde mental no município. Mas, por conta de demandas que

chegaram no topo da necessidade, então vamos precisar nos reunir. Eu penso que, talvez, isso teria que ser feito sistematizado, não esperar surgir um problema e não ter mais o que fazer. E as pessoas teriam o compromisso de participar e depois também divulgar isso na rede. Porque também já houve assim: “Chamo fulano, ciclano e beltrano e não apareceu ninguém”. Então, se a ideia era de pactuar ações, não adianta pactuar se quem é ordenador, responsável, alguém da Secretaria de Saúde, não aparece. E o quanto isso depois é replicado da melhor maneira na rede? Então, eu acho que começa do compromisso, da disposição das pessoas quererem fazer a coisa acontecer, né? Eu ouço muito assim: “Falar com o secretário municipal hoje é a mesma coisa que nada...”. Então, o quanto essas pessoas que estão nesse cargo estão responsáveis por realizar para que as coisas aconteçam mesmo. E da USE também. Porque se a gente tem um município querendo pactuar e a Unidade querendo pactuar há um jogo de forças. Acho que tem que ser dos dois lados. Do pouco tempo que estou aqui, eu vejo que a gestão da USE tem muito interesse, sim, em ordenar isso, pactuar, eu tenho visto, assim, que tem uma dificuldade com uma adequação com a rede em querer pactuar as coisas com a USE depois lá no nível deles mesmo divulgar as informações.

P: O que a gente sente também quando você vai conversar com a pessoas da rede. “Ah, a gente não sabia disso”.

R: Então, é humanamente impossível você chamar quem está lá na ponta.

P: Você chama os gestores para essas reuniões e replicam essas informações para suas equipes.

R: Isso, eles têm que ter estratégias para divulgar isso.

P: A gente percebe que isso é um gargalo, a informação fica retida em poucas pessoas.

R: Até por ser serviço público, questões políticas mesmo, partidárias. Porque a USE, acho que tem 14 anos. Em 14 anos quantos partidos políticos já passaram? E até a prioridade governo, né? Será que a saúde é uma prioridade, será que estamos envolvidos? Acho que são coisas além que a gente pode fazer.

P: Verdade. Agora vamos o bloco da parte de comunicação. Na avaliação de vocês, no Acolhimento, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede?

R: O telefone ainda. Eu acho que ainda é aquele contato telefônico. Apesar que a gente até tenta solicitar e-mail, né? Mas, assim, a gente manda e-mail algumas vezes e demora a resposta. O melhor é telefone.

P: De que forma a USE divulga, fala para a Regulação ou para outro setor da Secretaria, os serviços que ela oferece e mantém essas informações atualizadas?

R: Então, eu não sei dizer com propriedade. Em algumas conversas que eu participei, é por e-mail. Então, quando tenta marcar a reunião com o secretário, com diretor de Atenção Básica, eu ouço a chefe falar: “Nós mandamos um e-mail...” E aí eu vejo muito essa falha, mas fulano respondeu e outro fulano não respondeu. Será que vai fazer a reunião ou não vai? E tal...mas eu entendo que é por e-mail.

P: Que produtos e ações de comunicação você acredita que poderiam melhorar o contato entre a USE e esses aparelhos de saúde?

R: Olha, eu sou muito adepta a folders e cartazes. Eu acho que, assim, numa unidade de saúde, numa sala de espera, todo mundo lê alguma coisa. Claro que a gente tem usuários que não têm leitura, mas eu acho que essa forma ainda de divulgação por meio de cartazes e folders, eu acho que é muito efetiva. Isso eu sinto falta porque, assim, não sei se em algum momento já teve, mas hoje eu acho que não tem, né? Até que eu dei uma ideia esses dias. A gente tem muita dificuldade da pessoa no Acolhimento. E o boca a boca entre pacientes é muito bacana, é efetivo. Ali, nós mesmos entregamos para o paciente algumas regrinhas...não regras, alguma divulgação da unidade para cada paciente que está rede, que não tenha...que o próprio paciente saia daqui com as informações.

P: Ele pode ser um multiplicador no espaço dele.

R: Ele mesmo. A gente está pensando, foi numa reunião que surgiu, assim, essa questão de horário, do que trazer, de como vir, do que, de fato, acontece aqui. Eu vejo, assim, paciente veio para Nutrição, mas a gente não tem Nutrição aqui, né? Só que, assim, como tem a questão que só ele vem para Nutrição. Ele vem para Fisioterapia e já manda também encaminhamento para Nutrição, acho que eles pensam que a USE dá um jeito de arrumar...e aí, assim, você não tem onde o paciente pode ir, ou tentar explicar para ele porque não tem Nutrição. Porque não tem curso na UFSCar nesta área, a gente não tem pareceria com nenhuma outra universidade. Então, eu penso o Acolhimento, por si só, pode ser um canal de comunicação também para poder divulgar as atividades que acontecem na USE.

P: Entendendo que o boca a boca é tão efetivo, essa ação também pode ser. Bom, e partir dessa vivência de vocês com os encaminhamentos com as outras unidades, que produtos e ações você acha que podem melhorar a relação de vocês? Por exemplo, a gente estava vendo um estudo que é semelhante com o que estou fazendo, em Portugal, mas foi em um hospital, um nível diferente. Mas eles tinham dificuldade de relacionamento, mais interno, e não com as unidades de fora. Eles começaram a promover cursos entre as áreas. Aí, pensei: promover atividades, oficinas, workshops com profissionais da rede para

aproximá-los. “Olha, vem aqui conhecer como funciona, aqui é o Acolhimento, a gente atende”. Será que isso sensibiliza ou é indiferente? Você acha que isso tem efetividade?

R: Eu acho que é um caminho. Não sei qual seria a viabilidade disso acontecer, pensando que a rede é muito grande, né? A gente tem mais de 30 unidades e tal, mas seria uma possibilidade também. Muitas das vezes o que acontece quando a gente faz esse contato com a unidade, é a gente oferecer para que eles venham conhecer. Até hoje veio uma pessoa, um técnico de enfermagem da Santa Casa, ele veio um dia com um paciente, acompanhando, e já aproveitou para conhecer a Unidade. E ele ficou bobo de saber a complexidade aqui dentro, até estrutura física mesmo, e tal. Eu acho que é uma possibilidade. Eu não sei o quanto isso, de fato, é viável, mas eu acho que é tudo uma questão de organização, de ter momentos, um dia aberto para, né? Eu acho que, em termos de aproximação, com certeza é muito viável.

P: Você vê que o profissional que veio aqui tem uma outra compreensão do que é a USE. Talvez, se ele tiver que fazer o encaminhamento para cá, ele pode preencher aquele papel porque...

R: Mas é isso mesmo. Quando eu estava mostrando o bloco 4, o bloco 6, o que acontece nas atividades Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as salas específicas que têm na Terapia Ocupacional, entendeu? Ainda a gente tem a questão as órteses, ele falou: “Nossa, não sabia que faz órteses, né? Quando manda para a terapia de mão é aqui que paciente é atendido. Ele tentar entender que quanto mais informação que ele colocar ali é que vai subsidiar para que o paciente seja atendido na área correta, com a rapidez maior, né? Porque assim, oh, vem o encaminhamento, quanto menos informações tem, vou dar exemplo da Fisioterapia porque é o maior aporte, aqui. A gente vai por ele onde? Na Fisioterapia geral, e talvez, uma informação a mais que estivesse ali, que o paciente não tem conhecimento, ele vai aguardar, sei lá, dois meses, para ser chamado, sendo que ele poderia ser chamado na semana seguinte, e ainda vai tirar vaga de um que vai ter que vir pra triagem. Aí, vai, vai começar e eles vão reconhecer que não é para aquela área. Então, assim, olha como essa comunicação facilitaria muito mais o cuidado, direcionaria muito mais o ensino, pensando que o aluno não vai perder um dia da formação dele no estágio porque ele vai atender um paciente que não era para aquela área específica, né? E, não sei, eu puxo mais, apesar de estar numa unidade saúde escola, esse objetivo da formação, eu penso muito no paciente, porque eu sou da assistência. Quanto que... e pensando, assim, num pós-cirúrgico, uma semana é crucial. E pensa no custo-benefício, e quanto isso custa para o município, um atendimento a mais do que ele vier, para o próprio paciente que tem que pegar mais um dia de ônibus por conta dele. Então, assim, tudo por falta de informação, de comunicação efetiva, né, assertiva.

P: Aquele campo em branco na guia...quanto ele...talvez, a pessoa que resolveu deixar em branco, ela não tem noção do que ele faz diferença.

R: Sim, já aconteceu de chegar paciente aqui no Acolhimento que eu poderia falar assim, um exemplo: “Ah, tá faltando informação, vou colocar, mas muito de acolher o paciente ser o mais objetivo possível, de ligar na unidade e falar: Olha, Dr. Fulano está mandando encaminhamento...principalmente quando é PSF, que tem vínculo maior com paciente, você conhece a fulana de tal? Ela está tratando por conta disso, tem como falar com o agente comunitário? E aí, por telefone, eu tenho a informação, o histórico da paciente. Mas, assim, não é todo mundo que a gente tem condições de fazer isso, porque a gente não tem muito tempo, o Acolhimento fica ali das 8h30 às 11h30. Depende muito de qual é demanda. O ideal seria fazer isso para todo mundo, se fosse pensar. Então, eu vou ligar para o agente comunitário, mas não é possível de fazer que seria um mundo ideal. Mas, eu penso assim, principalmente, com relação aos encaminhamentos... Se eles fossem mais ricos de informação, tanto para as atividades que acontecem aqui dentro, para o paciente, para a própria rede, que vai ter a... não vai estar preocupada se esse usuário está sendo atendido ou não, com certeza, eu acho, assim, que 50% dos problemas estariam resolvidos por falta de informação que deveriam conter ali, que é o meu papel. Se fosse eletrônico, melhor ainda, talvez, se já pudesse mandar com tudo. Às vezes, até um chat que a gente pudesse conversar...mas, vamos pensar no que a gente tem pra hoje. Para hoje é o papel, né? Então, quanto mais informações tem naquele papel, melhor.

P: Vamos otimizar o uso do recurso. É só, tem algo mais a acrescentar?

R: Acho que não. As perguntas são abrangentes e umas completam as outras.

P: Obrigada.

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 6 (E6)

P: Bom, os encaminhamentos que vocês recebem na USE chegam corretos no que se refere à documentação do paciente, o CID, o histórico do paciente, as indicações da unidade solicitante?

R: Normalmente, não. Eu acho que a maioria vem sem CID ou vem com o CIDs muito genéricos e, principalmente, o que vem, o mais comum, é vir com indicação do tipo de atendimento que está se buscando. “Fisioterapia motora”, de maneira geral. E, às vezes, é uma coisa bem específica, “Fisioterapia neurológica”, “Fisioterapia pós-operatória” para pós-operatório. Às vezes, não vem escrito nem isso. Quando vem descrito uma outra dificuldade que nós

encontramos é a letra. Algumas vezes, a letra é incompreensível. Então, se tivesse o código CID, pelo menos, a gente poderia buscar.

P: E por que você acha que não vem correto? Não existe padrão? A própria unidade não tem essa preocupação?

R: Eu acho que é isso que você falou de não existir padrão, da própria unidade não ter essa preocupação. Eu acho que as categorias profissionais tendem a não se preocupar com isso, principalmente a categoria médica. Fisioterapeutas, quando encaminham, normalmente, encaminham...normalmente, não é sempre. Mas quando encaminham, encaminham com a história, qual a lesão que a pessoa teve e com a requisição bem clara do CID, né? Às vezes, no encaminhamento médico vem até o que fisioterapeuta precisa fazer, mas não é falada a história do paciente. A história você tem que coletar com o paciente. Vem falado “Fisioterapia motora para alongamento, fortalecimento”, mas isso quem tem que ver é o profissional, o que vai ser feito. Mas precisa da história, do diagnóstico. Então, eu acho que isso é bem categoria médica, essa dificuldade. Quando vem do Hospital Universitário, vem redondinho, vem relatório. Quando vem do HC de Ribeirão, vem redondinho. Eu acho que é um, pouco da cultura do município e da rede pública essa falta de cuidado mesmo com os encaminhamentos.

P: Certo. Nós falamos então, dos encaminhamentos. Agora, vamos falar dos usuários. Os usuários que são encaminhados para cá, eles vêm bem informados e orientados sobre esse processo de referência e contra-referência, sobre como vai funcionar aqui na USE ou não?

R: Não vêm. Eles não têm claro qual é o nosso papel nesse tipo de atendimento. Muitos nunca conheceram, nunca ouviram falar da Unidade, ainda hoje, tantos anos depois. A gente ainda recebe gente que fala que entrou pela primeira vez e que nunca tinha ouvido falar na Unidade. E eles não sabem como que eles podem garantir a vaga aqui. Muitas vezes, quando a gente não tem a vaga, o nosso pacto com a Prefeitura é que a gente faz a contra-referência, e às vezes, a contra-referência é um pouco delicada porque a pessoa já veio referenciada da Atenção Básica porque acharam que não tinha atendimento para aquela situação, né? Uma coisa específica que não tinha atendimento e precisaria da Universidade, só que a Universidade, nosso trato com a Prefeitura é se a lista estiver fechada, se a gente tiver muita gente que não dê conta dos alunos e estagiários fazerem o atendimento, é fechada a lista. E aí, quem teria que assumir o cuidado seria o município, né? Só que a gente sabe que não existe esse cuidado. Muitas vezes, se não tiver aqui a pessoa vai ficar sem aquele atendimento. Por exemplo, um pós-operatório vai ficar sem aquele atendimento, que é importante. E quando a gente fala isso para o usuário e faz o documento pedindo para ele entrar em contato com a UBS, ele fica um pouco perdido, como se “olha, eu não consegui preencher a vaga”. Como se dependesse dele alguma coisa.

P: E quem deveria dar essas orientações para o usuário? É a unidade encaminhadora? A falta dessa orientação pode acarretar algum impacto no atendimento para o usuário aqui?

R: Olha, quem deveria dar eu acredito que seja a Atenção Básica, sim. Eu acho que nem eles têm muito claro porque que a gente está atendendo ou não está atendendo porque eles são obrigados a atender todo mundo que procura a unidade. A nossa, como a gente é prestador de serviço do município, não. O nosso trato é que a gente atende no limite da nossa capacidade, e isso já um diferencial em relação à rede. Então, eu acho que nem eles têm muito claro isso, e quando a gente diz não, é um não naquele período porque foi esgotada a nossa possibilidade de atendimento. E a gente começou a pegar umas coisas bem desagradáveis nessa relação de pessoas que encaminhavam pra cá da unidade básica e diziam assim “nem adianta encaminhar de volta”. Então, isso significa que quando a gente faz isso que está pactuado – por exemplo, se a pessoa procurar essa semana, vai ter férias em janeiro e os alunos não vão estar atendendo. Depois da lei do estágio, a gente passou a não poder mais ter atendimento com estagiário voluntário, só tem atendimento com estagiário que faz parte do currículo da grade do curso, o estágio curricular. Então, antes, quando a USE começou, a gente tinha atendimento direto, parava só no Natal e Ano Novo e depois voltava em janeiro. Depois, com a lei do estágio, não pode mais ter atendimento, porque era com estagiários voluntários, não pode mais. A gente não tem técnico, profissional suficiente para dar conta do atendimento, então, o atendimento está parando agora em janeiro e, às vezes, até fevereiro. Esse ano [2019] começou em março o atendimento. Então, fica uma lacuna muito grande, e o município acredito que não tem claro o porquê acontece isso e não tem claro que isso já está pactuado com a Prefeitura Municipal. Então, fica parecendo que é uma relação de abuso, e fica um pouco tensa essa relação, né? Fica parecendo que a gente está escolhendo o usuário que a gente quer atender, e não é isso.

P: A natureza de uma unidade escola é outra, diferente de uma unidade de assistência como as do município.

R: Isso.

P: As unidades de São Carlos, na sua visão, sabem que a USE existe? Como você tem essa percepção?

R: As unidades de saúde?

P: Isso.

R: Sabem que existe, mas não entendem o funcionamento.

P: Que é isso que a gente estava falando?

R: Isso.

P: E você acha que esse desconhecimento de como funciona, de qual é a natureza da USE dentro dessa rede, acontece por quê? Faltam unidade que distribua essa informação?

R: Eu acredito que sim, que falta...seria eu acho que extremamente benéfico, no mínimo, ter no site da USE, uma informação das ações que nós temos, e também, informação...Talvez, se a gente chegar nesse ponto, de quais as ações/listas que estão abertas, que o profissional pudesse consultar e falar “olha, nem vou te encaminhar para esse serviço porque não tem no momento, está fechado. Ou era uma atividade de extensão que se encerrou”. Acho que falta isso.

P: Um lugar pra consultar essa informação, né? O contato com as outras unidades de saúde do município vocês fazem mais pensando em questões de referência e contra-referência ou também tem contatos para estabelecer parcerias, esclarecer dúvidas, pensar em projetos conjuntos?

R: Eu acredito que o contato atual é muito breve e muito restrito a necessidades pontuais. “Olha, tenho um usuário que é atendido aqui e já foi atendido na Atenção Básica...” e são profissionais específicos, por exemplo, a assistente social, a enfermeira, que aí é só uma questão do cuidado daquele usuário que está numa situação mais grave. Mas não é uma coisa estabelecida que circula pelos diferentes atores que atuam aqui.

P: Você acredita que uma relação mais próxima com os profissionais da rede, das demais unidades, poderia ser importante para a USE? Por quê?

R: Eu penso que poderia ser importante. Eu acho que em primeiro lugar, a gente estaria cumprindo mais o nosso papel de universidade se a gente tivesse essa relação mais próxima. Porque a gente é uma unidade saúde escola e teria que ter esse diferencial de estar ajudando a qualificar o serviço em saúde, e não apenas reproduzir. E...a gente acaba ficando soterrado pelas necessidades e pela falta de profissionais, né? E essa missão nossa pouco a gente dedica pra isso.

P: Tem uma questão, quando estava fazendo a exploratória e muita gente falava assim “é difícil saber o que a USE tem porque ela não está no CROSS”. Por que a USE não participa do CROSS integralmente?

R: Não vou saber responder o porquê. O CROSS seria só para atendimento médico ou não?

P: Eles pensam que para todas as áreas, mas a gente entende também que tem umas especificidades para acolher os usuários? Talvez o CROSS não desse conta dessa especificidade toda.

R: Eu veria dificuldade, por exemplo, em algumas aberturas breves. Por exemplo, eu fiz um trabalho com mindfulness com mulheres que tiveram câncer. E foi, abri um grupo e fechei. Era uma atividade de extensão. Eu acho que toda inserção que ia demorar para fazer para depois de

um mês tirar. E, assim como esse meu trabalho, tem muitas outras atividades de extensão e pesquisa que abrem e fecham.

P: Entendi. E você acha que há possibilidade de o Acolhimento abrir uma agenda de vocês para a Regulação?

R: A questão é que o Acolhimento ele não tem poder nenhum de manejar as agendas de quem vai fazer o atendimento. Quem faz o atendimento são os profissionais, são os estagiários, e...seria um pouco no modelo daquela equipe interdisciplinar que já está acontecendo, que aí sim, a gente consegue olhar os casos mais graves e dar uma devolutiva para esses casos que antes não tinham atendimento. Então, de repente, disponibilizar essa agenda para a Regulação eu acho que cabe, que é possível. Agora, outras questões que envolvam mais ações que já existem aqui na USE, um estágio, um ambulatório, fica difícil porque cada professor vai ter seu critério, vai ter seu...maneiras de conceder aquela ação, e nós não temos.

P: Quais são as maiores dificuldades que você poderia pontuar entre a USE e as unidades de saúde?

R: Eu acho que a dificuldade é de comunicação, né? A comunicação desde entender o papel da USE, que eu já falei, até essa comunicação da gente conseguir dizer para eles quais são as ações que a gente está oferecendo, quais são temporárias, quais não são. Na verdade, esse papel nós não fazemos, esse de dizer estou aqui pensando e me sentindo culpada. A gente usa o usuário como a pessoa que vem dá o recado. Ele vem até aqui, "Opa, está fechado". Aí, ele volta para a unidade e fala que está fechado.

P: Ele que passa essa informação de volta.

R: Ele que passa essa informação, ele que deveria ser poupado. A gente, com essa consulta do Acolhimento, de ouvir, a gente está buscando a humanização, mas essa falta de diálogo nossa com o município acaba, eu acho que, um pouco por água abaixo a questão da humanização.

P: É uma visão interessante. Então, talvez seja o momento de você me dar essa sugestão. Quais ações você valia que poderiam ser executadas pela USE, ou até pela SMS, pensando nas unidades, para melhorar essa relação? Que possa melhorar essa atuação da USE, para as unidades conhecerem o que acontece aqui? O que você acha que poderia ser feito, na sua visão?

R: Olha, eu...o que eu consigo pensar é: nós, da USE, termos no nosso site um quadro de informações sobre essas ações, que a gente pudesse, que as pessoas pudessem entrar e ver um pouquinho dos critérios. Então, a fisioneurológica [Fisioterapia neurológica] são adultos, com lesões adquiridas, estou chutando...e a pessoa não pode estar com uma neoplasia, por exemplo. Esses detalhes que o Acolhimento usa para indicar para a ação poderiam estar disponíveis para

as pessoas. E aí, esse é um nível de informação. Outro nível, que seria aquele que muda mais rápido, que seria então, “fisioneuro” está fechada para novas inscrições. Então, tanto a lista como descrevendo o que significa aquilo, quais são os critérios de entrada. Isso.

P: Facilita isso que você falou, a vinda do usuário vir aqui e levar de volta o recado para a unidade.

R: E muitos usuários relatam, hoje em dia isso é comum, que procurou no site a informação. E aí, quando vê aquela coisa bem genérica, tem atendimento em Fisioterapia, Medicina, eles ficam encantados...mais que isso não dá para saber pelo nosso site.

P: Agora, a gente vai falar de um bloco que é da comunicação, um bloco menor. Na avaliação do Acolhimento, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede?

R: Melhor canal de contato...seria o telefone. Se a gente pudesse ter um contato via telefone com as unidades, elas com a gente, acho que facilitaria.

P: De que forma que a USE informa, se informa, para a Regulação os serviços oferecidos, mantendo atualizadas as alterações, o que está aberto e o que não está? Ela informa isso para a Regulação?

R: Eu acho que não informa. Eu acho que as únicas informações que eles têm são as informações de quando é feita pactuação, dos serviços, do que vai oferecer. Então, fica uma informação de um ano, pelo menos, quando é feito o relatório anual. Não é algo constantemente atualizado.

P: Produtos e ações de comunicação, que na sua opinião, poderiam melhorar a relação entre a USE e os aparelhos? Você já deu um indicativo importante de ter essa informação no site. Você acha que, por exemplo, produtos como jornalzinho a cada mês, a cada dois meses, contando o que está fazendo, funciona ou não? É melhor por e-mail, panfleto?

R: Eu acho que poderia ter esses diferentes níveis funcionando. Se tudo funcionasse, maravilha. Um site legal, e-mail informando mensal para a unidade para que eles pudessem consultar, e, de repente, um panfleto mais geral, com algumas informações básicas para deixar nas unidades básicas de saúde.

P: Uma pergunta que me veio aqui, a última: Você acha que esse tipo de ação não feita pela USE por qual motivo? Não tem profissional aqui e não entende que é necessário?

R: Eu acho que a gente viveu diferentes momentos em relação à SMS. O nosso convênio com a Secretaria, ele ficou mais de um ano para ser assinado e não foi assinado. Então, a gente não tinha nem certeza se o financiamento iria continuar via SUS. Depois de tantos anos, 15 anos de funcionamento, quase...a gente estava questionando se ia ter que abrir para a iniciativa privada

o nosso atendimento, que seria uma coisa de mudar completamente a estrutura do que nós pensamos, mudar o nosso regimento. E, na verdade, é a nossa ideologia, todo mundo aqui é defensor do SUS. Seria uma perda muito grande. E a SMS ficou um ano para assinar, a gente não sabia se ia assinar ou não. Então, se o básico, que seria isso, foi difícil de amarrar, daí pra frente as dificuldades de comunicação com a Secretaria de Saúde parecem imensas. Na minha opinião, assim. Então, a gente teve mudança de secretário, mudança dos responsáveis pela Atenção Básica, o responsável pela Atenção Básica me parece que está sendo sobrecarregado, é.....teve um momento que nós pactuamos essa conversa lá atrás, quando foi a coordenadora executiva, quando foi criado o Acolhimento. Eu me lembro de ir em uma reunião com os responsáveis de todas as UBSs e USFs, toda a Atenção Básica lá. E a gente discutiu como seria feita essa negociação e aí ficaram de enviar para gente, se não me engano, um documento deles, só que mudou, na semana seguinte, mudou o responsável. Porque na gestão passada mudou, eu acho que nove vezes. Então, a questão política, da composição das secretarias, tem atrapalhado muito o trabalho técnico.

P: Esse documento nunca veio pra cá?

R: Nunca veio. Daqui pra lá também...a pessoa que a gente tinha combinado que iria enviar caiu, e a próxima pessoa a gente não conseguiu contato.

P: Não teve continuidade?

R: Não teve continuidade. Essa é a frustração que eu tenho, a dificuldade nossa de diálogo é muito grande porque as ações tendem a não ter continuidade na Atenção Básica...agora eu estou jogando pra lá, mas não é bem isso. Eles...os profissionais que estão atuando na UBS eles também estão sujeitos a isso, a essa relação.

P: Muda muito. Todo mundo tem relatado isso, assim, a interlocução muda o tempo todo. Um mês você liga lá e fala com uma pessoa para resolver o assunto. No mês seguinte liga e a pessoa não está lá mais, e você perde o fio da meada, porque quem está lá não resgatou que aconteceu e já está pensando em outra coisa e pronto. Aquilo lá perdeu, não veio documento, não foi documento e assunto dado por encerrado. É uma dificuldade. Mais alguma coisa que você queria acrescentar?

R: Não.

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 7 (E7)

P: O primeiro bloco de perguntas é sobre a relação da USE com as unidades da rede de saúde de São Carlos.

R: Enfocando o Acolhimento ou o geral?

P: Você pode me falar a sua visão geral, dando ênfase no Acolhimento. Mas suas contribuições vêm de todas as formas.

R: Porque na infância a gente precisa conversar na escola, no Conselho Tutelar. Então, essa parte eu não enfoco, enfoco o Acolhimento?

P: Isso, no Acolhimento. Vamos lá. Os encaminhamentos recebidos na USE chegam corretamente no que se refere à documentação que vem com os usuários, o CID, anamnese do paciente, a indicação da unidade solicitante? Vem bem feito?

R: Não, não vem. (Entrevistada interrompe pegar caneta e papel para anotar perguntas).

P: A ideia é saber se a unidade, ao encaminhar, envia as informações corretas e documentação certa ou só envia assim “encaminho para a USE”.

R: Então, a gente tem várias categorias. Tem encaminhamento bonitinho que vem referenciado ao profissional aqui ou docente, na ação que eles já sabem que acontece e, às vezes, já tem até interlocução com o profissional. Então, “mando aos cuidados da Dra. tal, do ambulatório tal e tal”. E aí, vem descrevendo a história do caso. Esse é um dos mais estruturados. E tem aquele também que chega “10 sessões de Fisioterapia”, por exemplo. Então, assim, a gente não sabe qual é a patologia, história do paciente, e não sabe nada e a gente tem que, no Acolhimento, identificar a história, onde dói, qual é o problema e nem sempre a pessoa sabe informar direito o que é.

P: E por que você acha que isso acontece? É um problema do profissional lá na unidade que não sabe fazer isso? Ou “eu escrevo aqui e lá eles olham”? É uma questão da conduta do profissional ou pode ser outras coisas?

R: Pode ser uma falta de informação do que é necessário para fazer um tratamento. Pode ser a conduta que está habituado a fazer dessa mesma maneira. Eu acho que falta conhecimento do nosso serviço. Se ele soubesse como é importante vir as coisas escritas melhor, de uma melhor forma, talvez...ele entender esse significado.

P: Talvez ele nem saiba que ele tem que detalhar tanto, que seja importante pra vocês.

R: Talvez ele nem saiba que seria importante pra gente. Ou é falta de conhecimento da área. Como se Fisioterapia fosse uma coisa só.

P: Ah, entendi. Não tem as especificidades da área.

R: Fisioterapia é pra todo mundo e aqui você tem várias categorias de trabalho, em diferentes especialidades. Tem mais resposta sobre isso. Às vezes, a pessoa chega aqui como se fosse ping pong. Então, ela vai na unidade de saúde e eles falam que ela precisa chegar aqui. Aí, chega aqui, mas sem encaminhamento. Então, a gente fala “olha, precisa do encaminhamento”. Isso

acontece com pouca frequência, mas, às vezes...por exemplo: ontem chegou um caso de uma pessoa que fez uma meningite e precisou fazer traqueostomia e aí ela precisava de fono¹⁶. Aí, ela foi lá na unidade básica e a unidade básica mandou para o CEME. O CEME falou “não, é na USE” e mandou para a USE. Aí, chegou aqui. Conversei com a fono e a ela falou “não, é o HU”. Só, que como não tinha relatório, entrei em contato com o HU. Aí, o HU falou “não, conheço esse caso”. A UBS me passou, mas era outra UBS. “Mas o problema não é deglutição, o problema é de comunicação”. Então, é aqui mesmo. Isso é muito comum. Outra coisa que é muito comum é a pessoa ir no profissional, numa unidade de saúde, e fala que é para psiquiatra “Oh, é para fisioterapeuta”. E aí, quando a pessoa chega aqui a gente não tem o serviço ou não tem vaga. E aí, a gente tem que reencaminhar. Outra coisa: eles encaminham assim “olha, você precisa de Fisioterapia”, só que não fala onde. Aí, a pessoa chega aqui e aqui a gente não tem. Não tem a vaga, não tem o serviço, e aí...só que ela não foi encaminhada pra cá, mas não foi encaminhada para lugar nenhum. “Oh, precisa de Fisioterapia”. O certo seria ela ir para a unidade de saúde da regional dela, mas, muitas vezes, essa unidade não tem o profissional e vai deslocar para outra unidade. Mas, tem tão poucos profissionais, eles ficam sobrecarregados e a fila de espera é certeza. É muita gente para pouco profissional. Isto acontece na área de Fisioterapia, na área de Fono, Psiquiatria. A gente tem falta tão grande de Psiquiatria na rede e eu creio que o único psiquiatra na rede pública está sendo daqui. Então, o CAPS, Centro de Apoio Psicossocial, está encaminhando pra cá. Tem gente em surto que a gente está marcando para daqui há muito tempo. E assim, “como você está encaminhando pra cá?”. Não teve nenhum acordo próprio de encaminhar pra cá, apareceu, encaminhou.

P: Os usuários que vêm encaminhados pra cá eles chegam bem informados, eles chegam orientados sobre o processo de referência e contra-referência? A unidade “estou te encaminhando para a USE e vão verificar se vão te atender e, qualquer coisa, eles vão te devolver pra cá”.

R: Não. Existe aquela expectativa que vai ter vaga.

P: Que vai ser atendido?

R: Que vai ser atendido e, muitas vezes, a gente informa que não tem vaga e ele tem que retornar. E ele fala “mas eu já fui lá e lá não tem”. Mas, o ordenador do cuidado, quem gerencia o cuidado do usuário e a Unidade Básica de Saúde.

P: Quem deveria dar essas orientações para o usuário? A falta dessa orientação, por exemplo, pode acarretar algum impacto aqui no atendimento do usuário na USE?

¹⁶ Fonoaudiologia.

R: Eu creio que quem tem que dar é a Atenção Básica porque ele é ordenador do cuidado. E, muitas vezes, a Atenção Básica não sabe o que acontece aqui. Mas são feitos muitos esforços para a gente capacitar a rede sobre o que acontece aqui. A gente faz telefone, a gente manda cartilha, tem a participação da USE no Conselho Municipal de Saúde...então, a informação macro ela está bem divulgada, que o Acolhimento acontece de segunda a sexta, das 8h às 11h30 da manhã. Isso está bem divulgado, é muito raro chegar aqui pessoas em outro horário. Mas, o que acontece aqui e são muitas coisas...a gente tem cadastrado mais de 80 ações. Então, não tem como a rede...não encontramos um jeito ainda da rede saber o que acontece aqui. E o fluxo de informação é muito veloz. Tem projeto que são perenes, acontece o período todo, todo o ano, como os estágios, por exemplo, mas tem projetos mais pontuais, os projetos de extensão, com começo, meio e fim. E esses é mais difícil de eles se apropriarem dessa informação e a gente divulgar.

P: As unidades de saúde de São Carlos sabem da existência da USE? Como tem essa percepção?

R: Sabem. Chega aqui muita gente de muitas unidades. Eu creio que sabe sim. É um serviço que é muito divulgado na cidade, as pessoas sabem por meio da própria unidade ou por conhecidos. E também está tendo alguns movimentos da Unidade, como Facebook, tem algumas formas de comunicação para atingir o grande público. Às vezes, aparece alguma reportagem no São Carlos Agora [site de notícias da cidade] e a pessoa liga aqui para saber o que é, o que oferece. Às vezes, divulga que é na USP e eles ligam aqui perguntando, se confundem.

P: Eu ia colocar aqui a que você credita esse conhecimento/desconhecimento em relação à USE, mas você falou que são as redes sociais, notícias.

R: Boca a boca e as unidades de saúde.

P: A gente viu, por exemplo, que algumas unidades não fizeram nenhum encaminhamento. Mas é uma unidade que conhece, mas às vezes, pela distância, porque não teve caso ou por não conhecer. A gente vai descobrir quando for conversar com eles.

R: É. Conversa com a assistente social que tem uma unidade que fechou por causa de tráfico de drogas.

P: Ah, certo. Pode até ser essa que vou pesquisar.

R: Para você não perder a questão. Espera que estou pensando. Porque se não fechou, você perde a questão. Tem problema?

P: Não. O contato com as demais unidades de saúde é voltado apenas para questões sobre referência e contra-referência, o caso daquele usuário? Ou vocês têm contato para estabelecer parceria, para esclarecer dúvidas, por exemplo?

R: A equipe do Acolhimento é um contato mais pontual, pessoal. Então, a gente liga nas unidades, a gente conversa com a enfermeira da unidade, com os demais profissionais. Nós temos também um grupo de WhatsApp que foi criado pelos fisioterapeutas da rede e esse grupo foi unindo muitas pessoas, inclusive a equipe do Acolhimento, de todas as especialidades. Então, quando preciso de alguma informação eu joga no grupo. Por exemplo “tem fisioterapeuta lá no Azulville?” Aí, eles me respondem quem é, divulgação do curso, tiram dúvidas via WhatsApp. “Ah, você atende isso”. Ah, eu não atendo, faz assim...”; “Ah, como eu faço para inscrever? “A gente faz o acolhimento”. São mais pontuais. Tem essa conversa por WhatsApp. Telefone a gente liga par várias unidades, HU, Oncológico, a gente tenta arrumar...Agora a questão mais gerencial, né? Aí, a gente pressupõe que a direção faz essa comunicação, tá?

P:Certo. Você acredita que ter uma relação mais próxima com os profissionais da rede poderia ser importante para a USE? Por quê?

R: Sim, quanto mais a gente conhecer o que um ou outro faz, mas vai facilitar nossa comunicação e até desenhar e redesenhar os serviços. Porque nós somos especialidades diferentes. Muitas vezes, a especialidade da Atenção Básica acaba atendendo especialidade porque é mais urgente ao invés de estar atuando no básico, por exemplo. E a gente porque a pessoa que precisa do básico não tem espera e não tem vaga e acaba vindo pra cá. Então, essa aproximação seria muito importante para construir, para desenhar, redefinir o processo de trabalho. O que a gente...Isso já ocorre. Então, tem alguns eventos na USE que a gente divulga. Por exemplo, tem encontros que são bimestrais, se não me engano. Sobre as linhas de cuidados.

P: Os encontros interprofissionais?

R: Exato. A gente divulga para toda a rede e tem vezes que vem gente. Ou, às vezes, vai discutir um caso e a gente aciona toda a rede que atende aquele caso e eles vêm pra cá. Já teve situação que a gente convidou – foi um projeto educativo super legal – e não veio ninguém da rede, mesmo a gente tendo convidado. Também tem a limitação da dispensa do profissional para vir pra cá, porque se ele vem pra cá ele deixa de fazer atividade lá. São essas questões.

P: Isso tem que ser pensado também?

R: Isso, mas já aconteceram em vários momentos...

P: E quando eles vêm são experiências bacanas?

R: São experiências bem interessantes. Assim como também, a gente vai.

P: Como é participação da USE no CROSS? Participa ou não? É integral ou em partes?

R: Olha, enquanto equipe do Acolhimento, eu não tenho muito conhecimento sobre isso. O que eu vivencio é: apenas as consultas médicas estão no CROSS.

P: E aí, por exemplo, o paciente que vem da UBS para uma consulta médica aqui, agendada pelo CROSS, ele chega na recepção e vai para a consulta e não passa pelo Acolhimento?

R: Ele passa pelo Acolhimento porque precisa fazer um cadastro das informações. Ele passa no Acolhimento.

P: E, assim os outros serviços, que não é consulta médica, tem uma agenda que o Acolhimento cuida e a recepção tem acesso?

R: Não. Tem algumas ações que têm agenda, a Fono tem uma agenda que o Acolhimento registra, mas as outras ações a gente apenas insere na lista.

P: Aí, o profissional que vai atender que agenda?

R: Que agenda, isso. E tem uma outra questão tangencial a isso, que é a gente só inscreve nas ações abertas, que têm vagas. E muitas vezes não está claro pra gente o que está aberto e o que não está aberto.

P: Ah, entendi. Se estiver fechado e não tem vaga. Seria lista de espera?

R: Não, a gente não trabalha com lista de espera. Já tivemos experiência anterior de trabalhar com lista de espera. Ficavam listas muito grandes, impraticáveis, as pessoas saíam daqui com expectativa que seria atendido e não seria atendido. Então, o que a gente faz, a gente cadastra essa pessoa, a gente aponta a área que ela é e preenche o chamado contra-referenciado. Então, o especialista ele sabe que tem uma demanda reprimida, quem é e que foi contra-referenciado. Então, se ele quiser criar um grupo a partir disso, se ele quiser olhar para essa demanda reprimida, se a gestão quiser olhar para essa demanda reprimida, ela consegue.

P: Esse conta-referenciado quer dizer “não tenho vaga e estou te devolvendo”?

R: Isso.

P: Mas o profissional daqui está sabendo e se ver que tem demanda grande, ele pode criar um grupo ou trabalha como puder?

R: Isso. Uma outra coisa que acontece, mesmo a lista estando fechada, mas a pessoa está necessitando muito, ela tem uma classe econômica que não permite o acesso a outros tratamentos, ou transporte, ou está passando por algumas dificuldades, vulnerabilidade, tem vulnerabilidade maior, a gente vai conversar com o professor para ver se ele abre uma exceção. Isso é muito comum.

P: Por isso é importante o Acolhimento. Se não tiver esse olhar de vocês, simplesmente não tem vaga?

R: E tem coisa que era para gente, que é especializado.

P: Há possibilidade de o Acolhimento abrir a agenda da USE para a Regulação, para a SMS? A agenda completa? A SMS vai cuidar da nossa agenda?

R: Poder, pode. Mas vai enfrentar essas dificuldades que o Acolhimento enfrenta. Por exemplo, a gente não tem vaga. Se eles souberem de tudo o que acontece aqui, eles podem inscrever, só que vai ficar condicionado a ter vaga ou não. Então, nós temos os critérios. Cada ação tem seus critérios para ser inscrito, mas nem o Acolhimento consegue fazer isso. Se eu pudesse inscrever, eu inscreveria todo mundo. E não é claro para mim enquanto Acolhimento. Ou está fechado para mim. Agora, se tiver uma maneira de saber de tudo o que acontece, nos pormenores, que tem um projeto...por exemplo, projeto de artrose, artrite com um tratamento de homeopatia e orientação de exercício é para pessoa entre 40 e 70 anos.

P: Você aqui sabe isso? Talvez a Regulação, se fosse agendar, não teria essa informação?

R: É. Mas tem como partilhar essa informação. Mas, até para mim, essa informação está no cartaz. Eu tenho uma planilha do Acolhimento que tem todas as ações da USE, estão cadastradas numa planilha com os critérios. Por exemplo, fisioterapia respiratória: pessoas com problemas respiratórios e tal tipo. Adultos. Mas eu sei que tem respiratória de criança. Por quê? Porque é da minha vivência, mas não está escrito. Por que não está escrito? Porque não ficou claro para o profissional que aquela informação era para o Acolhimento. Aí, eu pedi para corrigir, só que não corrigiu.

P: Continua sendo pelo seu conhecimento?

R: Continua pelo meu conhecimento e das minhas colegas. Então, eu te falo da falha da comunicação interna porque ela é muito forte.

P: Há falha da ação com o Acolhimento?

R: Com o Acolhimento. E aí, quando a gente fala....

P: Na sua visão, quais são as maiores dificuldades que você poderia pontuar na relação da USE com as outras unidades de saúde?

R: Eu acho que um estressor muito importante é a falta de profissional.

P: Tanto aqui quanto lá?

R: Lá na rede. E falta de vagas. Eu acho que esse ponto é muito importante, por quê? Gera um estresse muito grande. As unidades encaminharem pra cá e a gente não tem vaga para oferecer. No começo do Acolhimento eles ficaram muito irritados porque anteriormente, anos atrás, a gente inscrevia na lista. Era uma lista e pronto. Mas, depois do Acolhimento, a gente começou

a contra-referência e falar “olha, aqui não tem e volta para sua unidade”. Eles ficaram muito bravos com a gente. Mas esse é o processo, o ordenador do cuidado é a unidade básica.

P: E acontece casos em que poderia ter retido lá, ter sido atendido porque é da Atenção Básica e ficado na Atenção Básica, mas acaba vindo pra cá porque a Atenção Básica está sem profissional e vem para a USE, média complexidade, mas para atender algo que seria da Atenção Básica?

R: Sim. Por exemplo, dor nas costas.

P: Por que não tem profissional?

R: Porque não tem profissional. Como eu fisioterapeuta dou conta do problema da Vila São José e da Vila Nery, um só, 30 horas semanais?

P: Ele pode ser o melhor profissional do mundo...

R: Não dá. Tem um profissional da Vila Isabel que não tem sala pra trabalhar, que não tem equipamento. Então, essa falta de profissional ela dificulta, dificulta muito.

P: Que ações você avalia que poderiam ser executadas pela USE, ou até pela Secretaria Municipal de Saúde, para melhorar essa relação em prol da consolidação da atuação da USE na saúde pública de São Carlos?

R: Pergunta de novo.

P: Perguntada repetida.

(Silêncio)

P: É uma questão mais do âmbito da gestão. Se tiver mais profissionais na rede melhora? Precisa redesenhar a rede, fazer um fluxo melhor de usuários?

R: (Silêncio). Eu acho que a USE está consolidada como serviço, a gente já tem os serviços que são oferecidos e eu acho que o que falta é serviço na rede, que eu acho que não deveria ser o plano A de algumas especialidades. E acaba sendo o plano A para suprir, e a USE não deveria ser, porque a gente aqui é ensino, a gente tem um período que oferta a maioria das ações, que é o período letivo. Não tem como oferecer quando não é letivo. E isso é um impacto na rede, isso é um impacto na rede porque a USE não atende nas férias. Não atende mesmo, aqui também tem interesse de pesquisa, aqui é ensino. Então, nossas sessões duram 50 minutos, nossas ações são individuais, em duplas, algumas coisas são em grupo. A gente preza pelo ensino, então aqui tem um jeito de funcionar que não deveria suprir a necessidade da rede. Seria um algo mais.

P: Então, quer dizer que a USE está consolidada como serviço, mas a natureza dela as pessoas ainda não compreendem? Que é uma natureza de ensino, não é puramente de assistência e serviço?

R: Isso. Por outro lado, para conversar, né? Se fosse conversado e escrever uma proposta de saúde junto para São Carlos, seria muito interessante. Porque até os profissionais da USE que vão oferecer serviços que faltam na rede. Então, o que falta? O que a gente já tem? O que não tem? O que seus profissionais já têm de especialidade? Eu acho que essa conversa não é feita, e se é feita, não tenho conhecimento. E, também tem os nichos: “Olha, eu atendo ombro, a minha especialidade é ombro”. Então, assim, não importa que a maior parte das pessoas tem problema da coluna. “A minha especialidade é ombro, eu fiz um concurso....” Por exemplo, “minha linha de pesquisa é ombro”. Você entendeu? Tem as especificidades de pesquisa e nem todo docente, profissional, aqui está interessado nessa vinculação com o SUS. Tem os interesses próprios da pesquisa, de publicação. Então, assim....

P: Não é interesse voltado para assistência, atender o público?

R: Isso, exatamente.

P: O que não é errado? Porque está numa unidade escola.

R: Está, ele está desenvolvendo projetos de pesquisa. Não é todo mundo. Quando eu vou brigar por uma vaga...olha só o termo que usei “eu vou brigar por uma vaga”. Eu não precisaria brigar por uma vaga, mas eu vejo que a pessoa está com uma situação muito difícil, com vulnerabilidade econômica, problema social e de acesso aos serviços, negação de direitos, eu vou lá....

P: Não é só contra-referência?

R: Não, eu vou lá tentar abrir uma exceção. Às vezes, a pessoa tem boa vontade e vai colocar, só que a vaga vai ser daqui três meses porque tem outras pessoas que estão em tratamento, e não tem como colocar. É sofrido isso. Agora, eu não acho que é só uma falta de compreensão. Eu acho que é uma questão política. Política também daquilo que está sendo oferecido para a cidade, o que é importante. Nosso convênio ficou quase um ano sem assinar, a gente sem receber, e as coisas continuaram normalmente, como se nada estivesse acontecido. A gente tem uma parceria da Prefeitura para pagar um serviço que a gente atende mais de 30 bebês, e a gente....os profissionais, muitos voluntários, e aí teve uma estratégia para a Prefeitura pagar, a Prefeitura encontrou e pagou um ano, mas não encontrou mais e ficou praticamente mais um ano sem pagar.

P: E você continuaram atendendo?

R: E nós continuamos atendendo. Só que ia implicar na mudança do supervisor, o supervisor contava com esse pagamento, é um profissional que está aqui supervisionando o estágio. Então, tem essa questão política muito forte.

P: Sem dúvida, isso também está na fala das pessoas que eu já conversei. Essa questão de gestão é grave, da saúde do município, é complicado. Agora, nós vamos para o último bloco, da área mais de comunicação. Na sua avaliação, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede? Você citou que tem grupo de WhatsApp, mas para grupo específico, mas pensando no geral, é o WhatsApp, e-mail, tem que ser jornalzinho, só colocar no site já resolve que todo mundo acessa...

R: Que seria eficiente, é...é o escrito, eu gosto muito de material escrito, seja em qualquer plataforma. Porque te dá mais respaldo, te dá segurança do que você vai fazer. Então, por exemplo: as fono do município se reuniram e fizeram um documento “quem atende o quê?”. O CEME atende isso, HU atende isso, USE atende isso, quais são as patologias, como encaminha. Isso é muito importante, quando tenho dúvida eu olho.

P: Elas mandaram por e-mail?

R: Por WhatsApp. Não sei se ela tem outro. Se a gente tivesse uma plataforma oficial de divulgação, porque o WhatsApp é difícil de encontrar alguma coisa lá...no dia que foi você apaga alguns arquivos, apaga para liberar memória. Se a gente tivesse uma plataforma para inserção coletiva de informações oficiais.

P: Uma aba fono, o que cada um oferece, como encaminha, uma aba fisio...

R: Isso, poderia ser um site. Jornalzinho eu não acredito porque perde, você não atualiza. Um meio digital para e canais oficiais de comunicação que não fosse o telefone. Porque com o telefone você limita se a pessoa está lá ou não. O e-mail pode ser, desde que sejam oficiais. Não posso passar um e-mail para a fono, para a enfermeira do plantão da unidade, porque tem outra enfermeira. Então, vou ficar dependendo do ponto de ela responder?

P: De que forma a USE, por exemplo, informa para a Regulação, atualiza, os serviços que são oferecidos?

R: Enquanto Acolhimento, é muito pontual as conversas que se tem com a rede, à medida da necessidade. Mas, isso a gente pressupõe que a gestão faça.

P: Certo. Produtos e ações de comunicação poderiam apoiar a melhoria do contato entre a USE e os outros aparelhos de saúde do município?

R: Sim, e já tem esforço para isso. A USE tem Facebook, a USE tem um site e tem uma preocupação em desenvolver esse site, uma preocupação por parte da gestão da USE em desenvolver esse site, em colocar fotos.

P: Ficou muito bom. A última atualização foi ótima.

R: É. De informar o que foi feito, tem o site, o Facebook...e então, você já tem algumas tentativas. Esqueci a pergunta.

P: É isso. Se produtos e ações de comunicação podem melhorar o contato da USE com as unidades da rede?

R: Tem outra questão. A gente tem um grupo interdisciplinar, que chama equipe inter, para avaliar casos onde a pessoa tem uma limitação muito grande por conta da doença. Então, quando a gente vê que a pessoa tem uma limitação muito grande por conta da patologia a gente marca uma avaliação interdisciplinar. O bom que tem uma professora daqui que atua na rede. Não é da rede, mas uma pessoa da UFSCar que atua na rede. A gente tem essa reunião e ela direciona para a rede, articula com a rede esse caso, mas isso no caso da Fisioterapia.

P: A última questão. A partir da sua vivência com os encaminhamentos de outras unidades, quais os produtos e ações de comunicação poderiam ser executados para consolidar, ou para melhorar, estabelecer melhor essa relação?

R: De novo.

P: Repetida a pergunta.

R: Eu acho que plataforma que reúna as informações, cadastros profissionais para a gente ter fácil acesso aos e-mails, aos telefones, aos WhatsApp. Eu acho que...

P: E também penso. Com tudo isso, mas também tem que ter a iniciativa dos profissionais da rede em se preocuparem em falar “preciso atualizar isso lá. Mudou aqui e vamos atualizar nessa plataforma”. Porque também se ninguém cuidar, se apropriar da importância de manter isso atualizado, é uma ferramenta que daqui a pouco se perde.

R: Sim. E, assim, eu acho que não precisaria de tanta informação, por quê? A Atenção Básica precisa atender a parte dela. Aqui é especializada, mas aqui tais e tais serviços, mas não tem outros, não tem. E, também aqui sempre tem alguns serviços que são...por exemplo, projeto Fênix, que trabalha com pessoas que sofreram abuso sexual. Então, assim, a gente trabalha algumas especificidades e, às vezes, tem projetos novos, e então, eles precisam ficar sabendo, para chegar até aqui, mas tem limitação das vagas. Então, acho que a falta de serviço que atrapalha demais.

P: Existem projetos bacanas, mas tem 10 vagas, você as preenche rápido.

R: Isso, exatamente.

P: Então, você divulgou e começa a chegar gente aqui e não tem mais vaga.

R: Isso. Ou então, a gente vai atender especialidade, só que não tem vaga. Então, a gente passa muito por esse limitador. As coisas não funcionam, ou funcionam muito precariamente.

P: Por que falta o serviço e profissional?

R: Ou até recurso. Você tem o profissional, mas não tem recurso e sala pra atender você, “não tenho equipamento para te atender”.

P: Eu vou te mandar pra outro lugar que possa ter?

R: Isso. Aqui muitas vezes a gente se propõe em fazer o matriciamento. “Olha, eu tenho a tecnologia, se você quiser, a gente pode trabalhar junto para matricular”, que é orientar a atuação, nessa parte que você não está sabendo que a gente expertise.

P: Mas aí, o profissional da rede vem aqui fazer o atendimento e vocês dão espaços para orientação?

R: Pode vir. É proposto isso.

P: Ah, entendi. Não precisa ser teoricamente um profissional da USE, pode vir pessoa da rede. Esse fisioterapeuta, que não tem a sala pode usar a sala aqui e ter a orientação dos profissionais daqui para atender aquele caso?

R: Isso.

P: Interessante, uma opção interessante.

R: E o Acolhimento, a gente tem um documento de contra-referência. Então, quando a gente contra-referencia para unidade a gente põe o motivo. Então, assim “não tem vaga para essa ação”, tem um documento já padrão. “Não tem vaga para essa ação, ou essa ação não existe na USE”.

P: E nessa devolutiva, você pode colocar a opção de matriciamento, por exemplo?

R: A gente pode, mas é que é assim. Por escrito a gente não costuma fazer. Porque o matriciamento, “olha, eu sei e você não sabe, por exemplo”. Uma vez, numa conversa, tem outro profissional intermediando, isso a gente tem humildade também.

P: Interessante.

R: Então, assim. E algumas vezes eu percebo que a pessoa encaminha pra cá porque ela não tem o que fazer ou não quer fazer. A gente não sabe.

P: E a contra-referência, ela obrigatoriamente é para a unidade que encaminhou? Ou, por exemplo, uma UBS mandou pra cá, mas não tem aqui e vou passar para o CEME. Você pode mandar para o CEME ou você devolve para a unidade a unidade tem que...

R: Para a unidade.

P: Ela que vai atrás do outro atendimento?

R: Isso.

P: Você contra-referencia e ela referencia de novo para outro lugar?

R: Isso. Aí tem outra questão. Eu fiz o Acolhimento, identifiquei que foi para uma área e eu inscrevi. Quando chega na avaliação o especialista fala “não é para essa vaga que ela pensou”. Porque o acolhedor ele é um psicólogo, assistente social e tem a limitação do nosso

conhecimento. A gente espera que ele faça a contra-referência, o papel é dele fazer a contra-referência.

P: Não devolve para o Acolhimento?

R: Não, ele que precisa fazer a contra-referência. Mas aí a gente não sabe como funciona.

P: Ah, tá. Isso não volta pra você

R: Isso não volta pra mim. Ou quando ele vai dar alta de um serviço ele precisa ter interlocução com outros serviços do município. Por exemplo, aqui a Fisioterapia e Neurologia da infância e adolescência, ela atende até 18 anos, crianças e adolescentes que tiveram transtornos do neurodesenvolvimento, paralisia cerebral, alguma síndrome. Só que...quando ela vai para o adulto, ela não vai para a Fisioterapia e Neurologia adulto daqui. Porque o estágio atende outras especificidades, atende AVC, lesão medular recente. Então, muitos a gente não tem para onde encaminhar.

P: Por que essa pessoa completou 18 anos, ela precisa continuar?

R: Precisa continuar para o resto da vida alguma atividade, ou mais clínica ou outra atividade física, mas a gente não tem para onde encaminhar.

P: Entendi. Está certo, encerramos por aqui. Obrigada.

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 8 (E8)

P: Bom, então, vamos lá. A nossa entrevista tem dois blocos e em um a gente vai falar da relação da USE com as demais unidades da rede e depois um pouco da área de comunicação, coisas muito simples para a gente ver a percepção de vocês. Os encaminhamentos recebidos pela USE chegam à Unidade corretamente, no que se refere à documentação, o CID certinho, a anamnese do paciente, as indicações da unidade solicitante ou não?

R: Não. A sua maior parte não.

P: Por que você acredita que não vem assim?

R: Porque, por exemplo, tem encaminhamento sem unidade encaminhadora, não tem...o campo não está preenchido. Tem encaminhamento sem data, tem encaminhamento, muitos, ilegíveis, os médicos, as pessoas, os profissionais escrevem de forma inadequada e nós temos que ficar adivinhando o que é, raramente vem com o CID, raramente... Então, eles são totalmente falhos, os encaminhamentos que chegam para nós.

P: Você acha que isso acontece por desconhecimento da unidade?

R: Não, eu acho que é por vontade profissional, vontade pessoal, do profissional da unidade. Porque tem encaminhamentos que chegam mais completos, com a guia completa. Já chegou encaminhamento bonitinho. Agora, a maior parte, eu te garanto que não é adequado.

P: Existe uma padronização dessa referência e contra-referência na rede?

R: Existe.

P: Mas não é seguida?

R: Não é seguida. Então, às vezes, raros vêm com a guia de referência mesmo do SUS. A guia de referência tem a parte que você encaminha e parte da resposta do profissional que recebeu, para você fazer a contra-referência. Isso não é muito utilizado. Fora que já chegaram encaminhamentos, tipo “Não mande para nós de volta, não temos vaga, não adianta encaminhar para nós de volta”. Isso está tudo registrado, as meninas do Acolhimento têm tudo registrado. Os encaminhamentos são muitos falhos. Às vezes é assim “à Psicologia, à Fisioterapia por... “aí, colocam alguns termos, mas a letra não dá para você identificar o que é.

P: Quer dizer, o paciente está aqui e você tem que começar tudo de novo?

R: Tudo de novo, exatamente. Isso, normalmente, a gente já faz essa escuta. Agora, antes da gente conversar com o paciente, antes do contato físico, nós lemos, vemos que tipo de encaminhamento é, para onde que é, se nós temos vagas ou não, e, nesse momento, que a gente identifica a falha no encaminhamento. Então, a gente não fica na frente do usuário perguntando, o que está escrito aqui? Não, uma corre pra outra e pergunta, às vezes vai pra médico, se tem médico na Unidade, e pergunta o que está escrito aqui. Se não, a gente vai no Google e põe uma palavra parecida e tenta descobrir que está ali.

P: Perde-se um tempo, um esforço que poderia ser ganho se estivesse tudo certo.

R: Perde. Fora isso, o paciente perde. Porque ele não está sendo encaminhado adequadamente. E a gente viu histórias com troca de medicação, troca de membros em cirurgia, essas coisas horrorosas.

P: E, às vezes, o próprio usuário não sabe relatar.

R: Não sabe! Não sabe! Por mais que a gente faça essa escuta, a gente faz uma conversa com o usuário, né? Às vezes, não consegue relatar.

P: Bom, a gente falou desse processo de encaminhamento. E os usuários que vêm encaminhados para a USE, chegam bem informados e orientados sobre esse processo de referência e contra-referência na rede?

R: Não, também não. Alguns chegam orientados assim “Mandaram procurar aqui porque aqui é Fisioterapia é boa”, “Mandaram procurar aqui porque tem Psiquiatra e não tem na rede”, “Um amigo me disse que é muito bom aqui, ele já foi atendido aqui”. Mas, muitos não sabem o que

eles estão fazendo aqui. Sabe que veio, por exemplo, para a Fisioterapia, mas não sabe que é uma unidade saúde escola e tudo isso a gente explica no primeiro contato. No primeiro minuto que a gente está com o paciente, a gente explica que é uma unidade escola, que você pode ser atendido por alunos, por estagiários, supervisionados por professor, eles estão aqui para aprender. Porque alguns têm ideia de que serão cobaias, entre aspas. Então, a gente explica o que é isso quando eles trazem essa palavra. Mas, em todo o Acolhimento nós explicamos que é uma unidade escola.

P: Bom, e quem deveria dar essas orientações para o usuário? É a unidade encaminhadora? A falta dessa orientação, você já falou um pouco isso, acarreta algum impacto no atendimento do usuário?

R: Olha, quem deveria... Primeiro, quem deveria estar dando essa informação era a pessoa que encaminhou. A pessoa que encaminhou não precisa dar orientação da unidade que ela está encaminhando, só dizer “é a USE, unidade escola e tal”. Agora, numa USF, UBS, no setor público sempre tem o que a gente chama de pós-consulta, que passa pela Enfermagem. A Enfermagem ela tem condições de orientar aquele encaminhamento que o paciente está recebendo. Então, ‘médico faz o encaminhamento e já deve explicar porque ele está mandando e aí, ele...a Enfermagem, na pós-consulta, deve orientar novamente o paciente sobre o que é, para onde ele está indo, o que ele vai vir fazer aqui. Então, por exemplo, eu já atendi pessoas encaminhadas para Psicoterapia que não sabiam que era para Psicoterapia. “Ah, me mandaram vir aqui”. E vou te contar, isso não acontece só da rede externa, não. Na interna também acontece. O profissional está aqui dentro. Então, por exemplo, a Fisioterapia manda para mim e a pessoa achou que era Pedagogia, que eu ia ajudar a ensinar a escrever. Então, isso tudo...por isso que eu falo que é da vontade pessoa, parte muito da vontade pessoal. Porque a guia de referência está lá, ela é auto-explicável, sabe? Mas as pessoas não fazem o uso correto. Então, é partir do meu ponto de vista, é a vontade pessoal.

P: É isso que você falou, atrapalha o paciente. Você tem que voltar, buscar os termos, tentar entender, você podia estar ganhando tempo. As unidades de saúde de São Carlos sabem da existência da USE? Como você tem essa percepção?

R: Eu acho que sabem. Sabem sim, só que aí existe ainda muita dificuldade nessa interlocução, por mais que já tenha sido feito um trabalho...A sensação pessoal de que a rede pensa que nós somos, eles desejam que nós...há um desejo que fôssemos como eles, para atender demanda. Só que nós não atendemos demanda, somos uma unidade escola. Então, não é para atender demanda do município. A gente dá um suporte nessa assistência, mas acredito que esse entendimento não aconteça na rede. Eles consideram que nós devemos dar conta da

Fisioterapia, por exemplo, uma linha de produção. Que, de certa forma, isso já teve alguma ideia em outras direções, outros diretores, outras gestões da USE, havia um pouco essa ideia de atender a demanda. Hoje não é mais assim, tanto é que nós tivemos um planejamento estratégico, repensamos a missão da USE, foi refeita a missão da USE e aí é uma unidade escola em que faz uso da assistência para aprendizado, para formação do aluno. Mas, isso acho que a rede não tem esse entendimento ainda. E tem muita fantasia da USE, e no nome da USE. De que a gente não gosta de atender, que a gente atender só que a gente quer, que não tem fila, de que... Sabe? De que não tem interesse. Aí, tem até umas palavras assim “A USE é não use, para você não usar a USE, que nada é aceito aqui” e não é verdade. Eu acho que também que isso é uma comunicação falha. Eu vejo que a gestão atual tem feito, tem se esforçado para mostrar esses números, o que nós estamos fazendo aqui, mas acho que existe ainda uma fantasia aí, sabe?

P: Construíram isso...

R: É. É difícil para as pessoas entenderem que nós somos escola, sabe? E não para atender a demanda.

P: Certo. Você falou que eles sabem da existência da USE, mas confundem um pouco essa natureza, esse papel. E esse conhecimento sobre a USE você acredita que é porque as pessoas conhecem? Vê a notícia? Está na rede e a Regulação mantém todo mundo informado?

R: Olha, é... Algumas pessoas que já passaram, alguns preceptores, alguns médicos que estão na rede, já passaram de alguma forma por aqui ou conhecem a UFSCar, sabem da USE. Temos também, por exemplo, pessoas que daqui da USE, profissionais que participam dos Conselhos Municipais. Nós temos membros representantes do Conselho Municipal de Saúde, representante no Conselho da Pessoa com Deficiência, né? No idoso já tivemos, então, esses contatos a gente tenta...as pessoas que estão representando passam a importância da USE, o que é a USE. Mas, ainda há muito desconhecimento também por falta de vontade, que eu sinto. Mas, as pessoas que conhecem, assim, nós temos feito grande propaganda, você é prova disso...tentando veicular informações sobre a nossa unidade, melhorando o site, eu sei que a gestão tem feito isso. Divulgando nossos números, nossos atendimentos, nossas atividades...tem sido feito esse esforço.

P: Agora na relação um pouco com as unidades. Os contatos que vocês fazem com as outras unidades de saúde, é um contato mais voltado para a questão de encaminhamento, referência e contra-referência de paciente ou também tem contatos feitos para estabelecer parceria, estabelecer modelos, montar alguma coisa, alguma atividade?

R: Eu acho que esclarecer dúvidas, encaminhamentos e contra-referência, né? Então, “Como está fulano, estou encaminhando fulano”. Quem mais faz isso é a equipe de Acolhimento. Agora, também temos setores dentro da Unidade, que eu sei, profissionais que trabalham aqui e na rede. Nós temos uma profissional que trabalha, que tem estágio aqui e um estágio na rede e faz essa parceria. Temos o ambulatório, que agora provavelmente vai fechar, que também faz, traz pacientes da rede pra cá, e então, aqui são atendidos pacientes das unidades de saúde, de algumas unidades. Então, vai muito do pessoal, daquilo que eu reforço pra você.

P: Da conduta pessoal mesmo, de cada profissional.

R: É. Então, por exemplo, é difícil eu fazer contato da rede porque eu não sei, não tenho as pessoas, o acesso. As meninas do serviço social estão direto em contato com a rede. Então, elas já sabem com quem elas encontram, com quem devem falar, quem procuram. E, normalmente, eu peço ajuda para ela. Com exceção de um ou dois pacientes que eu entrei em contato como CRAS e CREAS. Mas, com as USFs e UBSs são poucas. Ainda não existe essa coisa! Vamos montar um trabalho em conjunto. Não tem.

P: Você acredita que uma relação mais próxima com os profissionais da rede poderia ser importante para a USE? Por quê?

R: Eu acho que sim. Acredito porque a proposta da USE é um atendimento pontual, não é... por exemplo, o paciente teve uma alta da Fisioterapia aqui e muitas vezes ele precisa de um acompanhamento na unidade básica, não é mais um caso de atendimento específico. E, se nós tivéssemos a rede funcionando e tivesse lá também um fisioterapeuta para dar uma orientação, por exemplo, daria. Na minha área, na Psicologia, mesma coisa. O paciente vem aqui, eu trato a crise, trata a parte que está aguda e aí já está em remissão dos sintomas e eu poderia encaminhar para a rede. Mas o que acontece? Não tem na rede e eu tenho que segurar aqui. Inclusive, a gente teve uma reunião na semana passada com o Thiago, que é o coordenador da saúde mental e eu falei “olha, tenho paciente que é da Atenção Básica. Estou segurando ele aqui porque se eu não atender, ele vai morrer, porque ele não tem sustento, não tem como, precisa de tutor, não é meu papel”. Aí, ele propôs de nós fazermos uma reunião com o CAPS, né? Para fazer essa troca porque precisa de um apoio da USF. Ele já tentou, eu encaminhei, não recebeu nenhum suporte da UBS e voltou. Nós encaminhamos novamente, ele ficou sem receita, ficou sem atendimento, não conseguia pegar remédio, medicação, voltou pra cá.

P: Quer dizer, você fica segurando na média complexidade o que poderia ser resolvida na Atenção Básica.

R: Sim. Isso tem muito. Na área de Fisioterapia tem muito, só que como Fisioterapia necessita do giro, o que eles fazem? Eles dão alta e os pacientes reclamam muito disso porque sai daqui

e não tem para onde receber apoio. Então, por exemplo você tem pessoas...eu já recebi quando eu era ouvidora pacientes reclamando “Olha, eu recebi a alta, não tenho para onde dar continuidade no meu tratamento e eu não posso ficar sem tratamento”. Só que é um caso crônico que não dá pra ficar aqui. Então, a rede é falha, não há uma integração, sabe? Aquilo que você imagina que funcione.

P: Chama rede, mas não funciona em rede?

R: Não, ainda não.

P: Vamos falar um pouco do CROSS, uma coisa que eu ouvi bastante quando eu fui fazer a exploratória com pessoas da SMS. “Ah, o que dificulta muito é porque a USE não está no CROSS”. E por que a Use não participa do CROSS? Como a USE participa do CROSS?

R: Isso eu não sou a pessoa ideal para responder para você. O que eu sei é que ambulatórios é mais fácil você agendar pelo CROSS. Fisioterapia é impossível ser pelo CROSS por conta da especificidade de escola. Então, depende de casos específicos para os alunos aprenderem. Então, se é um caso...por exemplo, no CROSS vai aparecer todo tipo de atendimento, desde daquele...por exemplo, 100 casos de coluna, 1 caso de fratura medular e não sei o quê. Aí, todos têm que entrar, aí entra os 100 casos de coluna e não tem espaço para o medular porque é por onde de chegada. Aí, eles [alunos] precisam do medular, entendeu? Então, essa especificidade de escola, de aprendizagem ela é muito complexa.

P: O funcionamento do CROSS não dá conta dessa complexidade.

R: Não dá conta da complexidade. Porque ele precisa respeitar a ordem de chegada. Aqui, muitas vezes, não há um respeito pela ordem de chega. Por quê? A área de interesse. Então, isso também é explicado para o paciente quando ele vem fazer o Acolhimento. Por ser uma unidade escola, nós não sabemos quando o senhor vai ser chamado. Com exceção dos ambulatórios médicos. Nos ambulatórios eles saem com agendamento. Nas outras vagas, não.

P: Então, por exemplo, se um paciente for lá numa UBS, ele vai precisar em um ambulatório médico daqui. A unidade lá já faz o agendamento pelo CROSS?

R: Agora não mais, já foi mas não deu muito certo. Sai só o agendamento para a USE.

P: Ah tá. Vocês que agendam a consulta?

R: É. Agora, não estou sabendo se tem algum ambulatório pelo CROSS...tem sim! Teste ergométrico e eletrocardiograma.

P: São exames mais técnicos, faz e vai embora.

R: É. Esses parecem que são pelo CROSS. Parece, não sei te responder.

P: Há possibilidade de o Acolhimento abrir a agenda da USE para a Regulação cuidar?

R: Não, acho que não por causa dessas especificidades. Por exemplo, vou te contar um caso de acolhimento que eu recebi. Ele tinha até um nome estranho, um problema no pulmão, não era DPOC. E as vagas para fisio respiratória estavam fechadas. Como eu sei que é uma doença rara, era um caso novo, um caso...eu fui atrás do professor. “Professor, chegou esse caso aqui, é de interesse de vocês atenderem? Nossa, é sim. Vamos abrir uma brecha para ela entrar”. A pessoa foi chamada no dia seguinte. Então, isso você não tem como fazer pela agenda externa.

P: E parte da sua visão, da profissional. Se fosse outras pessoas não seria essa visão?

R: Exatamente, então. A equipe do Acolhimento tem já esse feeling, a gente está aqui, tem contato com os profissionais, mas eu acho difícil ser uma agenda aberta.

P: Quais são as maiores dificuldades que você pode pontuar na relação da USE com as demais unidades de saúde?

R: Comunicação. Comunicação. Por quê? Porque, primeiro que, assim, cada vez que a gente liga é uma pessoa, nas experiências que eu tive. É uma pessoa que atende, o responsável já não é mais aquele, o coordenador geral da área, por exemplo, da Atenção Básica muda sempre, da saúde mental muda. Então, cada um vai propondo uma ideia. Aqui também a gente vê essa mudança. Então, acho que a comunicação é uma falha. E, assim, a ausência de uma equipe estruturada lá interfere também nesse nosso encaminhamento, na referência e contra-referência.

P: Cai nisso que você falou, eu preciso segurar o paciente porque eu não tenho pra quem passar lá. Não tem ninguém lá mesmo.

R: Isso mesmo. Por exemplo, dor crônica de coluna, isso daria muito fortalecimento muscular. Isso daria pra ser feito na Atenção Básica, mas vem tudo pra cá. Aí, fica com uma lista de espera enorme, entendeu?

P: Bom, quais ações você avalia que poderiam ser executadas pela USE, ou até SMS, para melhorar essa relação? Até para consolidar a atuação da USE com a sua natureza escola na saúde pública.

R: Eu acho que seria a informação, sabe? Tanto eles quanto nós termos as informações para poder estabelecer esse contato, essas relações, eu acho que seria já um ganho muito grande, que facilitaria. Por exemplo, “olha, eu estou aqui com uma pessoa com dor lombar, ela mora no Fagá, eu preciso entrar em contato lá no Fagá com quem?”. Às vezes, eu ligo lá a pessoa não está, não sabe quem é. A ausência, por exemplo, de um fisioterapeuta lá para eu poder fazer o contato, fazer esse encaminhamento, essa contra-referência, ou o próprio referenciar, porque a gente também pode referenciar.... eu acho que isso quebra todo o processo.

P: Acho que cai numa coisa em algo que falou antes que é a rede funcionar como rede. A nossa engrenagem andar com a de lá.

R: Sim. O que acontece? Se você tem vaga aqui, nós viemos aqui e atendemos a parte que estava aguda, ele foi pra lá, fez a parte, cronicou, mas teve um evento que piorou, volta pra cá. Há um giro desses pacientes.

P: É natural ter um giro desses pacientes?

R: É natural. Por exemplo, na saúde mental eu não tenho esse “para onde encaminhar”. Não tem equipe, não tem profissional da saúde mental nas unidades.

P: Então, você segura aqui?

R: Tem que segurar aqui.

P: Aí, você deixa de oferecer vaga para outro que também precisa?

R: Sim. A nossa área de saúde mental está fechada há 3 ou 4 anos. Por quê? Porque tem nossa demanda interna, que já é grande, para o apoio aos nossos pacientes. Alguns são casos mais crônicos, outros não, outros são momentâneos. Por exemplo, viuvez que dá depressão, ou teve um AVL e deprimiu por conta dessas perdas que teve, perdas sociais, são casos mais pontuais. Mas, tem casos, por exemplo, que a gente precisa acompanhar por anos. Não dá para você fazer um momento mais prático.

P: Bom, agora a gente vai falar um pouco sobre a comunicação. Na sua avaliação, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede?

R: Olha, eu acredito no contato por telefone. Porque você tenta falar direto com alguém. O registro escrito ele é muito bom, por quê? Porque você deixa registrado. O contato verbal fica muito eco, mas você pode fazer o contato verbal e registrar. Eu acho que o contato verbal já quebra caminhos, ele já facilita o encaminhamento, a troca porque você vai falar: “Nossa, olha, tem um paciente meu que é da unidade de vocês, é atendido aí”. Aí, a pessoa fala “sei quem é, o ACS [Agente Comunitário de Saúde] já foi lá, já fez visita”. Percebe que você já resolve muitas vezes ali? Já ganhou tempo. “Ah, então, estou com um paciente assim, uma senhora que está na questão do envelhecimento. Tem algum grupo de mulheres, grupo de exercício, atividade física, ou atividade social de grupo, de artesanato que eu possa estar encaminhando essa pessoa para fazer um acompanhamento aí?”. “Ah, não tem!” Então eu já sei. Então, é mais rápido que o escrever, pedir, ela chegar lá e falar que não tem. Até que ela chega lá...

P: Você economiza tempo e o paciente.

R: Agora o contato verbal com o escrito eu acho que você fecha, né? Por quê? Só verbal isso pode se perder. “Ah, esqueci que você tinha me ligado”. Então, você faz o contato, muitas vezes, no Acolhimento, a gente faz isso. Faz o contato verbal e faz a referência.

P: De que forma que a USE informa para a Regulação os serviços que ela oferece e atualiza as informações? Vocês avisam?

R: Eu acho que não. Tem algumas informações no site. Porque quem sempre faz isso são os coordenadores da Unidade.

P: Das Linhas?

R: Das Linhas eu não sei. Os pesquisadores costumam soltar propaganda em rádio, TV, às vezes, depende se o perfil do paciente, do participante da pesquisa é de unidade de saúde e vai lá e coloca propaganda, mas aí é pessoal. Acho que não tem uma rede de informação estabelecida.

P: Até perguntei se a Regulação. Nem sei se seria para a Regulação essa atualização?

R: Acho que não.

P: Na SMS qual seria esse setor para fazer essa comunicação para as unidades? “Olha gente, tem isso aqui disponível”.

R: Isso já foi feito algumas vezes. A coordenadora saía daqui, a coordenadora externa, e ia até o Secretário de Saúde, divulgava o que estávamos oferecendo, os serviços que fazíamos e ele teria que redistribuir para a rede dele. Mas isso eu não sei se está sendo feito, quem está fazendo esse serviço. A assistentes sociais podem te esclarecer melhor.

P: Bom, na sua visão, que produtos ou ações de comunicação poderiam apoiar a melhoria desse contato entre a USE e as outras unidades do município?

R: Eu gosto muito de boletim informativo. Tanto online quanto impresso. Você pode encaminhar, sabe? Pequenas informações: “a USE agora está com tantas vagas para isso...” O que acontece? Por exemplo, a questão da divulgação, da Comunicação. Às vezes, a fisioeuro [Fisioterapia neurológica] abre duas vagas. Até você fazer essa comunicação vai chegar 300 aqui. Então, geralmente, quando abre duas vagas, nós já temos no nosso banco de dados quem encaminhar, entendeu? Então, é porque isso é muito sazonal, é muito relativo, às vezes pneumo [Pneumologia] abre uma vaga, a Psicologia abre duas vagas...então, é muito complicado você divulgar isso. Isso, a rede não entende, que nós não temos dez vagas, entendeu? Porque se aí você divulga 10 vagas para município inteiro, são oito municípios na microrregião. Então, é muito complicado.

P: Aí, vem muita gente?

R: Vem.

P: Pela fragilidade da saúde nos municípios mesmo?

R: Exatamente.

P: Bom, a última questão. A partir da sua vivência com os encaminhamentos, com as outras unidades. Quais produtos e ações, então, você acha que poderia ser usados? Você acha que o boletim informativo, online e impresso são bons. Eu estava lendo um trabalho

similar ao meu que foi feito em Portugal, e eles começaram a promover ações para profissionais de fora para que eles pudessem vir. “Ah, sei lá... vamos oferecer uma oficina sobre acolhimento, sobre atendimento humanizado, sobre como falar com a mãe de autista, como cuidar do cuidador...”

R: É o que a gente chama de matriciamento.

P: “Vamos fazer oficinas e treinamentos como esse para que o pessoal da rede possa vir, vamos estabelecer esse vínculo, mostrar nossa cada para eles”. Talvez, quebra uma barreira nesse conhecimento construído sobre a USE. Você acha que funciona?

R: Algumas tentativas já foram feitas. Chamamos isso de matriciamento. Tanto matriciarmos a rede quanto a rede nos matriciar. Essa interlocução é difícil, sabe? Parece que sempre fica uma coisa assim: “Quem sabe mais, a gente sabe e ele não sabe”. É uma imagem que eu tenho que precisa ser desconstruída. “Ah, a universidade toda poderosa está para ensinar”. Não é, eles que têm o contato direto com os usuários, eles têm muitas coisas para nos ensinar. Acho que poderia ter essa troca, essa troca de matriciamento, essa troca de...acho que uma coisa que a gente chama de educação permanente. Um vai ajudando o outro, trocas de experiências. Por exemplo, eu já fiz cursos, workshops que estavam tanto a rede quanto aqui junto, tanto que a gente foi trocando experiência. Já participei de cursos assim. São positivos? Eu considero positivos.

P: E talvez você conhece nesse encontro alguma pessoa, faz algum contato que, talvez, você não conheceria, se não fosse o evento.

R: Sim. Mas, por exemplo, durante esse curso (risos) vários profissionais saíram da rede, mudaram de unidade. Então, a rede, aqui nós temos uma estabilidade maior de profissionais. Na rede é uma instabilidade, muita troca, tanto de espaços quanto de profissional. Então, principalmente, médico, enfermeiro, sabe? Esses profissionais são essenciais e estão sempre em movimento.

P: E acaba dificultando um pouco você criar esse elo?

R: Sim. Por exemplo, até esses dias atrás era um coordenador da saúde mental, quando eu fiz o curso em agosto. Agora, já é outro, entendeu? Então, assim, você tem que saber essas informações e a gente fica sabendo porque alguém ouviu falar que trocou. Isso não chega pra todo mundo. Entendeu?

P: Vai um pouco do seu compromisso de buscar a informação também, como você já falou?

R: Exatamente. O básico é compromisso pessoal para tudo. Desde fazer um encaminhamento perfeito, fazer o contato com os profissionais da rede, para atender o paciente, o usuário com responsabilidade e organização. Tudo para mim vem do compromisso pessoal.

P: Ok, obrigada. Encerramos por aqui.

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 9 (9)

P: Bom, então esse primeiro bloco é mais para a gente falar da relação da USE com as outras unidades, pensando nessa vivência que você tem no Acolhimento. Os encaminhamentos que são recebidos pela USE, que chegam aqui na Unidade, chegam corretamente no que se refere à documentação, CID, histórico do paciente, as indicações da unidade solicitante?

R: Muito raro. Muito, muito raro. Vem encaminhamentos sem nome do paciente, principalmente na área da Fisioterapia porque a gente está ali na porta de entrada, recebo de tudo. Sou psicóloga. Eu receber um encaminhamento com uma ficha SADT só escrito fisioterapia motora não me ajuda em nada. Então, muitas vezes, eu vou coletar informação para saber o possível diagnóstico, do quadro, só com o paciente. É raro um encaminhamento bem feito.

P: Por que você acha que isso acontece? Falta padrão ou os profissionais das unidades não se atentam para isso, ou não têm preocupação com isso?

R: Eu não sei se falta padrão, porque eles têm uma guia de referência.

P: A SADT?

R: Não. A SADT é a guia que dá direito a dez sessões de Fisioterapia. É um papelzinho desse tamanho [meia folha], não teria muito espaço para escrever ali. Ali é espaço para os dados de identificação do paciente, tem o campo da hipótese diagnóstica, mas é só. Mas existe um outro papel no município, que chama guia de referência, que teria um campo...uma folha sulfite dividida em dois, com um bom espaço para apresentar o quadro, um pouquinho da história clínica, hipótese diagnóstica, fazer um encaminhamento bem feito, mas raramente vem esse papel. E, nesse papel também eu vejo que a gente também não faz uso dele, porque ele tem um campo de contra-referência. Durante bastante tempo, eu nem me importava em devolver para o paciente a contra-referência, dizendo o que foi feito aqui, se fez inscrição, se está na lista de espera, se não fez inscrição. Esse ano, que a gente implementou o Acolhimento online dá para eu fazer essa contra-referência e devolver o papel para a pessoa. Porque antes, a gente ficava com o encaminhamento, anexava junto. Agora, a gente não fica mais. Mas, é muito raro, vir essa guia de referência, que eu acho que é padrão certo. Eu tenho a impressão que não faz parte da cultura dos profissionais fazer um bom encaminhamento. Não sei se existe algum trabalho nas unidades de saúde dizendo que isso é importante.

P: Porque isso acaba impactando muito o trabalho de vocês, o atendimento que você poderia fazer mais rápido, você tem que ficar buscando resgatar a história, às vezes o paciente não sabe relatar.

R: Isso. Às vezes ele não sabe falar o que tem, o que já fez. Mas, a gente faz isso, acho que isso é o trabalho do Acolhimento, não estou reclamando de fazer isso com o paciente, acho que é um momento que ele se sente bem atendido, acolhido e ouvido na sua queixa, né? Mas, seria bom se viesse, me ajudaria.

P: Bom, a gente está falando do documento dos encaminhamentos. Mas, e o usuário? Ele vem bem informado, orientado sobre o processo de referência e contra-referência? O que vai ser feito aqui? Ou não?

R: Não sinto isso. Eles vêm, às vezes, dá dó, sabe? Porque eles já passaram no postinho perto da casa delas, aí mandou para outro lugar, daí do o outro lugar, mandou pra cá e nenhum resolveu o problema dele. E... não acho que eles têm noção do funcionamento. O usuário sofre, principalmente da saúde mental que a gente tem recebido...já foi no CAPS, já fez o Acolhimento e o CAPs manda pra cá e a agenda do médico só está para março agora, para abril, e resolver o problema dele não resolve, sabe?

P: Vocês também têm que lidar com isso, né? Com essa frustração do paciente, do usuário que chega aqui.

R: É. E a nossa também! Nosso sentimento de impotência.

P: Bom, quem deveria dar essa orientação para o usuário? É a unidade encaminhadora? A falta dessa orientação mais adequada acarreta algum impacto para vocês no atendimento do usuário? Você falou um pouco de lidar com essa frustração...

R: Acho que quem tem mais condições de fazer isso é a rede básica, né? Que está mais próxima do usuário, conhece o usuário. Se a gente for pensar o programa de saúde da família, que o agente visita a casa da pessoa, né? Mas, ele está sendo desmantelado, ele não foi, nessa gestão e na anterior também, ele não é um programa que é valorizado e precisa de mais investimento nele, pelo contrário. Eu acho que a rede básica, ou o postinho, que é onde o paciente deveria ter a referência dele, né...é o primeiro lugar que ele procura ajuda. Lá, eu acho que caberia esse trabalho de orientar como que é a rede, onde que ele vai, quais são as etapas do atendimento...Enfim, a gente acaba fazendo isso aqui, né? Discute um pouquinho sobre os direitos quando ele não consegue o atendimento, em que órgão que ele pode fazer a reclamação ou buscar ajuda, mas acho que isso podia ser feito lá no território com quem tem mais vínculo, que conhece melhor a família, o paciente. Idealmente falando....

P: Pelo o que eu tenho ouvido, o que a gente acha que deveria ser, parece ser tão simples para funcionar, é quase uma utopia quando você começa a conversar com os profissionais e ouve as dificuldades que eles vão contando. As unidades de saúde de São Carlos, na sua visão, elas sabem que a USE existe? Qual é o papel da USE? O que a USE faz? Como você tem essa percepção?

R: Eu acho que essa última gestão cuidou mais disso.

P: A última gestão da USE?

R: Isso. Que é se aproximar mais da rede e não só isso. Essa gestão ela se preocupou em meios de divulgar o que a gente faz aqui, seja internamente pelo trabalho da CCS e da TV, sempre tem reportagens, ou escrita ou de TV mesmo...acho que teve uma iniciativa da direção da USE em fazer reuniões com o secretário, com os gestores, explicando, apresentando relatórios e documentos, dizendo que a gente tem, o que a gente oferece...Então, eu acho que está melhor agora, mas...não sei se é falta de informação ou uma resistência, assim, de entender a nossa característica de unidade escola, que, por exemplo, você vê agora, a partir de hoje [final de 2019], essa unidade está vazia, os alunos estão se formando, saem em férias, a próxima turma só chega em fevereiro. Então, eu sinto que a gente é muito criticado em relação a isso, que a gente oscila o número de atendimento em função do calendário escolar, mas, para a gente é uma coisa óbvia, natural. Tudo bem, a equipe técnica continua, mas o nosso volume de atendimento, a nossa capacidade é pequena porque a equipe é pequena em relação ao número de alunos que transitam e de pesquisas realizadas aqui. Então, sinto uma crítica da rede em relação à gente por causa disso, sabe? Os secretários parecem que não entendem essa característica da USE, de ser uma unidade saúde escola e funcionar de acordo com o calendário acadêmico. Então, hoje, se chega uma pessoa no Acolhimento, a primeira coisa que vou falar para ela é isso. “Você está vindo buscar o serviço no momento não favorável porque os atendimentos se encerram agora”... eu explico direitinho. O usuário ele sai, quando ele recebe informação clara e objetiva e ele entende, ele não sai bravo. Agora, a rede parece que está sempre brava com a gente (risos). Parece que, por mais que a gente faça, nunca é suficiente. Não sei se eles têm uma imagem que a gente é...sabe, o espaço é muito grande, o espaço é pouco utilizado, aí, queriam vir usar nosso espaço como se fosse um...um lugar de locação. É, de fato, se alguém chegar aqui da rede e ver essa unidade hoje, transitar pelos corredores...uma unidade desse tamanho, não está acontecendo nada não tem ninguém. Por isso, que eles implicam.

P: Ela tem um papel assistencial, mas a natureza dela é mais de formação. Então, neste momento, a assistência fica atrelada ao ensino e não acontece por isso. E você acredita que

eles têm esse conhecimento ou desconhecimento de que forma? Por que eles têm isso? Você acha que é algo construído por eles mesmos ou é por falta do profissional vir aqui, entender, conhecer ou a USE não estabelece, não explica muito bem esse papel?

R: No passado, talvez, tenha uma responsabilidade nossa, de não se aproximar da rede, de não convidar a rede pra vir. Mas, com essa última gestão, esses encontros no horário do almoço, alguns eventos que acontecem na Unidade, que são divulgados para a rede, eu acho que essa aproximação aconteceu mais. Mas, assim, a USE já tem 15 anos, né? Então, eu acho que já tem uma imagem construída historicamente, mesmo que sendo curto o tempo, que favoreceu um pouco essa imagem de que a gente atendia pouco, que não tem fila...acho, mas mudou muito nos últimos anos.

P: Tem melhorado?

R: Tem, acho que tem sim. Que tem a ver com a comunicação, eu acho. Tem se divulgado mais, tem feito eventos e convidado a rede, os profissionais da rede para participar, essas reuniões, talvez os relatórios mais detalhados sobre o que a gente faz, para afinar essa parceria do convênio, né? Isso vem melhorando...

P: Também não dá para ser uma melhora que você faz um mês e no outro tem o resultado.

R: É. Eu acho que já tem uma imagem construída ao longo desses 15 anos.

P: Não dá para mudar isso de um dia para o outro. O contato de vocês com as outras unidades é para tratar mais questões de referência e contra-referência ou também existem contatos para estabelecer parceria, fazer projetos, esclarecer dúvidas, auxiliar um ao outro no trato com paciente?

R: Eu não tenho esse contato com a rede, é só de referência e contra-referência, o encaminhamento, se eu não tenho a vaga aqui, qual unidade que tem que eu posso orientar o usuário a buscar o serviço. Eu, psicóloga. Mas, perdi o que eu ia falar...Ah, quando tem uma proximidade maior com a rede, que vai além disso, por exemplo “Vamos discutir o caso de um paciente”, é quando tem alguém nosso, da Universidade, na rede. Não é a rede, em si, vamos pensar, a rede municipal de saúde. Por exemplo, tem uma que está na Atenção Básica, ela é fisioterapeuta. Então, lá, ela faz a ponte. Porque, de vez, em quando ela está na USE, desenvolve alguma ação aqui, apesar do campo de estágio ser lá, porque ela conhece o meu trabalho, ela me encaminha, me manda um WhatsApp “Estou com uma paciente aqui e ela tem o seu perfil, perfil do seu grupo”. Então, assim, pensando no cuidado, no plano terapêutico no usuário, se dá em alguns momentos, na minha experiência, quando tem alguém da Universidade, no caso, algum professor, lá na rede. Ou no HU, que tem quem já foi daqui e está lá e aí a gente tem acesso ao profissional, mas você que é... não é institucional, é pessoal.

P: É porque tem essa professora, por exemplo, não tiver mais a ação lá, você já vai ter dificuldade para chegar lá.

R: Já. Vou perder o contato com a unidade de saúde. Não é institucional, aí eu percebo que as assistentes sociais elas têm mais facilidade, elas têm mais contato, elas conhecem mais pessoas. O WhatsApp delas é bem melhor do que o meu. Elas têm todos os contatos, mas eu vejo que funciona assim, dessa forma. Não é nada formalizado, institucional, nosso...não me sinto fazendo parte da rede, como uma unidade de saúde, sabe?

P: Você acredita que uma relação mais próxima com os profissionais da rede poderia ser importante para a USE? Por quê?

R: Eu acho que sim. A gente tentou isso no passado com a saúde mental. Chegou um momento que não vingou mais, nem lembro o porquê. A gente fez algumas reuniões aqui para eles conhecerem o que a gente fazia e, também para a gente conhecer a rede de saúde mental do município. Isso há uns bons anos atrás. Mas, talvez alguém já faça isso e eu desconheço, né? Sei que tem um grupo de Fisioterapia no WhatsApp que, talvez, facilite esse conhecer e esse trabalho em rede, né? Mas eu acho que ajudaria a, talvez, mudar um pouco essa imagem que a rede construiu ao nosso respeito, que a gente não trabalha.

P: Quando você fala que não se sente uma unidade que não pertence à rede. É por causa dessa imagem que foi construída? Por que você tem essa sensação?

R: É como se a gente estivesse, assim, num castelo de vidro, sabe? A gente faz parte da rede, a gente fatura, o dinheiro vem do SUS, a gente preenche a ficha e tudo.

P: Na prática funciona como se estivesse na rede.

R: É... mas o fato de a gente não conseguir, por exemplo, agendar uma consulta para um paciente ou fazer um encaminhamento que você sabe que vai ser ouvida, vai ser considerada, eu não sinto isso. Não sei se pelo fato de eu ser psicóloga, é...não sinto...Eu sou mais uma unidade da rede. A USE é uma coisa separada, assim que eu sinto. Desde geograficamente falando, o acesso...

P: Falando sobre agendamento, quando eu estava fazendo a parte exploratória da pesquisa, a SMS falava muito assim “É difícil saber o que a USE faz porque a USE não está no CROSS”. E aí, eu comecei a entender como funciona o CROSS, entendi que alguns ambulatórios de especialidade médicas da USE estão no CROSS, mas outras ações, outros serviços não. Por que a USE não participa integralmente do CROSS na sua avaliação?

R: Eu não sei direito como é esse CROSS, mas eu ia gostar de participar do CROSS, se eu identificasse no Acolhimento uma necessidade de uma avaliação em alguma área e eu pudesse

fazer o agendamento para essa pessoa, e não falar para ela” Olha, vai no seu postinho e agenda lá”. Fazer um encaminhamento para o HU.

P: Vocês não podem fazer isso? Se vocês precisarem encaminhar para o HU, por exemplo, precisa falar para o paciente voltar na unidade de referência dele e a unidade referenciar para o HU?

R: Isso. No máximo, a gente dá uma cartinha.

P: Eu achei que, por exemplo, essa guia de referência que você disse que existe. O paciente chegou aqui e você, no Acolhimento, identificou que não é a aqui e que o HU pode atender. Então, você preencheria essa parte da contra-referência para o HU, mandando para o HU. Não, você tem que mandar para o posto, para a unidade básica dele e a unidade referência para o HU?

R: Eu acho que é assim, mas também não tenho certeza. E sua pergunta sobre a gente no CROSS. A gente está...não sei o que no CROSS, eu acho que são os ambulatórios médicos, que são três da infância, que atende crianças. Só que eu fiquei sabendo recentemente, que o de uma médica está indo para o HU, então, não sei o que vai sobrar aqui. Eu acho que são só eles que estão no CROSS. Mas, eu não sei se dá para gente entrar no CROSS também. A Fisioterapia está no CROSS? Eu não sei como é na rede? Eu não sei.

P: Só ambulatórios e teste ergométrico.

R: O teste ergométrico está no CROSS. E, assim a área médica tem muito pouco aqui. Os que tinham foram para o HU e vai restar dois ou três só. A não ser que venham outros, né? Quando você foi fazer a parte exploratória “Não dá pra saber o que tem na USE”. Mas é difícil mesmo saber o que acontece aqui porque muda muito. Nem a gente que está lá no Acolhimento tem noção de tudo o que acontece e quando está iniciando, quando está terminando, quando está aberto, quando está fechado. É difícil mesmo. Acho que isso dificulta a nossa participação efetiva na rede.

P: Se você no Acolhimento tem essa dificuldade, imagina....

R: Isso que eu falo para as meninas. Se eu estou no Acolhimento, estou sempre no grupo de WhatsApp “Tal área posso inscrever, tem algum projeto nessa área? Ah, tem, vai abrir um projeto de extensão, tem um tal projeto de pesquisa”. A gente tem umas coisas coladinhas dos projetos de pesquisa em andamento...Se a gente que está aqui dentro não consegue saber direito o que que está funcionando, o que está aberto, o que está fechado, imagina a rede? É difícil, sabe? É difícil também a comunicação. A gente vai fechar o Acolhimento de janeiro à primeira semana de fevereiro. Porque a gente vai ficar acolhendo, não tem nada funcionando, está tudo parado. A gente vai acolher a pessoa para dizer para ela que ela vai entrar numa lista de espera

para ser atendido não sei quando. Então, é melhor que ela nem venha. E depois, outra, nas férias, a empresa de ônibus reduz muito o número de ônibus. Às vezes, a pessoa vem, arrumou uma carona, pediu dinheiro emprestado, vem à pé aqui para fazer uma inscrição, fazer uma entrevista para, sei lá, março, abril. Então, a gente, com muito custo, pela primeira vez, conseguimos negociar com a direção para gente fechar o Acolhimento. Aí eu fico pensando que jeito que ela vai avisar a rede? Não sei como é, não sei se a direção tem uma mala direta, com todas as UBS, PSF, ou ela manda para o gestor, para a Regulação e a Regulação passa essa informação para a rede? Eu não sei como é a comunicação. Mas...devia ter, né? Um canal fácil nosso, de acesso a todas as unidades para a gente poder informar o que está acontecendo aqui, mas é que muda tanto e é um número grande de ações que eu não consigo imaginar uma coisa funcionando redondinha, sabe?

P: Você acha que o Acolhimento poderia abrir a agenda da USE para a Regulação?

R: Como assim?

P: Por exemplo, abrir...tenho essa ação acontecendo, essa outra acontecendo, olha tem, tudo isso funcionando, pode mandar paciente, avisa para a rede. Ou essa dificuldade que você fala, nem a gente sabe o que está aberto e o que está fechado, quem recebendo e quem não está, dificulta?

R: Eu não consigo imaginar funcionando com a Regulação porque a gente tem a demanda interna pelos pedidos de interconsulta também que tem lista de espera. Não é só porta de entrada.

P: Às vezes, o paciente que está sendo atendido para uma coisa precisa passar por outra?

R: Isso. A minha agenda é quase...ela é praticamente preenchida por atendimento interno, encaminhamento interno. Então, não tem como abrir minha agenda para o CROSS. Não sei se é assim que funciona. Ela vai viver fechada porque a gente atende à demanda interna.

P: Entendo. Na sua visão, quais são as maiores dificuldades que você pode pontuar na relação da USE com as unidades de saúde?

R: Acho que é essa, de não saber, da gente não saber o que está funcionando, o que tem vaga, o que não tem vaga, muda muito, sabe? Entra um professor substituto, daí ele vai embora, encerra aquela ação, e aí a gente tem pessoas na lista de espera daquele professor que nem está mais aqui. Essa é a dificuldade maior, que é a característica de ser uma unidade escola. Não sei se tem outras unidades escolas que funcionam melhor que a gente. Isso também eu nunca fui buscar.

P: Diante de tudo isso que você apresentou, quais ações que você avalia que poderiam ser executadas pela USE ou até pela SMS, pensando nas unidades da rede, para melhorar

essa relação, para conseguir consolidar ou mostrar melhor o papel da USE, explicar para a rede como aqui funciona?

R: Ai, não sei. Talvez, uma...não sei se já existe isso, um canal de comunicação com as unidades em que a gente pudesse passar as informações, por exemplo, ou para os profissionais fisioterapeutas, por exemplo, que é uma dificuldade nossa. Não encaminha para ortopedia porque a ortopedia está fechada, se o paciente chegar aqui, a gente vai redirecionar. Mas, um canal fácil porque muda muito. A ortopedia está fechada nos dois primeiros meses, mas pode ser que abra em maio.

P: Por exemplo, uma plataforma que tivesse essas informações atualizadas *full time*? Então, o profissional quer mandar para USE e consulta no sistema e olha se está fechada. Mas, amanhã chega outro caso, ele consulta e vê que hoje abriu. Então, hoje eu posso te encaminhar. Algo nesse sentido?

R: Poderia ser, mas aí teria que uma....

P: Tem que ter o trabalho da USE de atualizar.

R: E o empenho de lá de consultar, porque o que a gente vê é que é muito mais fácil “Manda pra USE, manda pra USE”. Não estão nem preocupado se está aberto ou fechado, manda pra USE.

P: Se livra daquele problema?

R: Isso. E aí, nesse último ano a gente andou recebendo uns encaminhamentos assim...O profissional tinha a cara de pau de colocar no encaminhamento “Estou encaminhando fulano de tal para a Fisioterapia, e caso não tenha vaga aí, por favor não redirecione para mim porque já estou mandando pra você porque aqui não tem vaga”. Como assim? Quem administra, idealmente falando, o cuidado, é a rede básica. Eu, USE, não vou direcionar para outra unidade que não a de referência do paciente. Mas, você vê que parece que o profissional, assim, está querendo se livrar mesmo, não está querendo, ele, ter o trabalho de buscar. Porque é isso que a gente fala para o usuário quando ele vem buscar o atendimento aqui e não tem, que ele volte da unidade de referência dele e peça para aquela unidade localizar no município onde que é unidade mais próxima da casa dele que tem o serviço, umas vez que a gente não tem. E significa que não tem naquele momento, mas pode ser que no próximo semestre tenha, no próximo ano tenha ou que não tenha mais, de repente é um projeto de extensão bastante específico que...o professor não quer mais ofertar...Então, tem esse tipo de dificuldade, assim, de eles acharem que manda pra cá e a gente que tem que resolver, que tem que dar um jeito de atender. Mas, pensando nessa sua pergunta, não sei se entendi direito, uma coisa que eu gostaria, que facilitaria meu trabalho, é, por exemplo, saber...talvez as assistentes sociais saibam, é a gente

ter uma ideia, um mapeamento da rede. Onde estão os fisioterapeutas, onde estão os psicólogos? Onde tem psiquiatra na rede? Essa informação a gente também não tem. Tudo bem que também é volátil lá, mas aqui é muito mais do que lá. Porque se vier buscar aqui, eu tenho como falar para a pessoa...

P: Onde ela ir buscar?

R: Isso.

P: Minimamente onde tem, pelo menos, outro profissional dessa área?

R: Isso. Teve um tempo que alguém fez um caderninho...foi alguém da USE mesmo, não sei se foi projeto de pesquisa, ou assistente social. E a gente consultava qual unidade que tem o psicólogo, e isso facilitava na hora da gente dar orientação para o usuário que veio buscar.

P: O último bloco agora é sobre comunicação. Na sua avaliação, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede? Por onde vocês mais fazem contato com eles?

R: Telefone, mas, às vezes é muito difícil. Por exemplo, você está com paciente na sua frente e que quero descobrir se na unidade dele tem fisioterapeuta ou psicólogo. Você liga e, quando não está ocupado, chama, chama, e não atende. Eu entro na Internet para buscar o número e os comentários é sempre assim “Não tem ninguém nessa unidade, não atende. Pra que tem telefone e ninguém atende?” Às vezes, o contato telefônico é difícil. Se você liga depois das quatro horas, você não consegue falar. Mas, as meninas do Serviço Social elas têm os contatos via WhatsApp e aí, facilita. Mas, eu não tenho. O meu contato com a rede é por telefone.

P: De que forma que a USE, ou se a USE, informa para a Regulação quais são os serviços oferecidos, como que ela atualiza essas informações quando é preciso atualizar? Ela faz isso?

R: Não sei. Eu acho que não, mas eu não tenho certeza. Por exemplo, agora, eu não sei como a gestão vai avisar que o Acolhimento está fechado. Vai avisar pra quem? A assistente social mostrou o textinho que a coordenadora escreveu, está bonitinho o textinho, mas eu não sei de que maneira ela vai mandar aquilo e de que forma ela vai mandar.

P: E a pessoa que receber vai multiplicar isso?

R: Então, não sei. Não sei se existe uma mala direta com todas as unidades de saúde, com as enfermeiras-chefe, não sei. Que essa informação precisa chegar, precisa. Porque senão, o usuário, mesmo com todo o sacrifício, talvez bata aqui...

P: E não vai ser acolhido porque vai estar fechado.

R: Pode ser que a gente atenda, porque a gente vai estar aqui. A equipe toda não tira férias todas juntas, vão ter umas três do Acolhimento. As que têm filho, tudo tira férias em janeiro, mas as

que não têm filho, ficam. Elas ficam outro período. Às vezes, pode ser que atenda porque está aqui.

P: E tem esse olhar....

R: Esse olhar mais humano, de pensar que a pessoa veio. Mas, o ideal seria que essa informação chegasse na rede e quem libera o encaminhamento não liberar, segurar ou informar para a pessoa “Olha, estou te dando o encaminhamento, mas você vai a partir do dia tal porque agora está fechado”. Mas, de fato, não sei, não consigo imaginar, como isso vai chegar. Vai ser a primeira vez que a gente está fechando.

P: Vamos ver como vai ser essa experiência. Se vai fluir o fluxo ou se vão continuar mandando. Que produtos e ações de comunicação você acha que poderiam apoiar esse contato da USE com a rede? Jornalzinho, mandar jornal impresso, por e-mail, isso não resolve nada? Vamos promover mais encontros com profissionais da rede, convidados pra vir pra cá...essas coisas funcionam pela sua experiência.

R: Não sei. Às vezes, eu fico pensando assim, sabe? A gente está tão virtual ultimamente, que jornalzinho....as pessoas estão cada vez menos, tudo vem com a justificativa de proteger o planeta, menos papel, menos lixo, não sei o quê. Mas, tem uma parte da população que não tem acesso a esse tipo de informação, sabe? Às vezes, eu fico pensando um cartazinho lá na unidade de saúde, onde ele vai buscar o primeiro serviço, se tem um cartaz lá “Acolhimento na USE, de tal a tal período, é necessário reunir tais e tais documentos”, se isso não facilitaria.....não sei. Não tenho o hábito de visitar as unidades, eu não conheço quase nada da rede, não conheço nada, nada, nada. A gente não tem...não sei como é que funciona lá. Mas é uma coisa que me ocorreu.

P: Já outras pessoas também têm essa ideia, desse tipo de produto. Muito boca a boca entre os usuários. Às vezes, munir o usuário de informação e ele multiplicar isso para os outros que vêm pra cá. Acaba acontecendo.

R: É, pensando no usuário. Agora...institucionalmente, assim, falando, não sei. Também tem muito desconhecimento da minha parte. Não estou lá na gestão, estou fazendo meu trabalho e, às vezes, é difícil a gente, numa pequena equipe, sentar pra fazer uma reunião com a equipe inteira. Tem isso também, sabe? A gente vai trabalhando, trabalhando...isso é uma coisa que a gente justificou para a direção para poder fechar. A gente não consegue fazer uma reunião com a equipe inteira, sempre tem alguém trabalhando. E aí, a justificativa para fechar o Acolhimento nesse tempo é com quem estiver aqui repensar, avaliar, buscar as fichas que a gente acha que se perdeu nessa mudança do papel para o online, é aprimorar o nosso trabalho ali. Aí, precisa de tempo para isso. E vamos fazer isso em janeiro, pela primeira vez.

P: Tomara que dê certo. Eram essas perguntas, tem mais alguma coisa que quer acrescentar?

R: Acho que não. Não é algo que eu penso muito. A gente pensa na medida que você tem as dificuldades ali na porta de entrada. Eu tenho a dificuldade quando eu estou ali atendendo. Eu saio dali, eu dou um clic, mudo de...já estou...eu sou psicóloga e o psicólogo é muito assim, eu no meu quadradinho, que é uma coisa que já domino, e aí você tem um monte de paciente, um monte de trabalho. Então, por isso, que eu considero que é importante a gente ter um momento de reunião para gente avaliar o processo, a gente expor nossas dificuldades, a gente buscar soluções juntas, e a gente não consegue fazer isso nem nessa pequena equipe de oito pessoas que estão no Acolhimento. Para mim, essa área é muito complexa e desafiadora. Se falha a comunicação ali, nesse pequeno grupo, imagina daqui para o município....

Entrevista com integrante do Acolhimento da USE-UFSCar: Entrevistado 10 (E10)

P: As perguntas têm dois blocos, um para falar um pouco mais da relação da USE com as unidades e o outro na área de comunicação. Bom, você está atua no Acolhimento, certo? Você faz as consultas e atendimento aos usuários. Os encaminhamentos que vocês recebem, que vêm para a USE, eles chegam aqui corretamente no que se refere à documentação, histórico do paciente, o CID, as indicações da unidade solicitante?

R: Não. Nós temos casos de pacientes que chegam aqui procurando atendimento que a Unidade não oferece e aí para quem está no Acolhimento, depende a situação do paciente, é angustiante porque sabe que muitas vezes ele gastou passe de ônibus que ele nem tem, e vem numa procura de atendimento idealizando que aqui ele encontraria. E sai meio frustrado e não sabe em quem acreditar, na unidade que ele encaminhou que ele tem um vínculo, porque é a unidade que ele frequenta, ou a gente que é a primeira vez que ele tem contato. Então, é uma situação, assim, bem delicada para gente.

P: Por que você acha que esse encaminhamento não vem correto? Falta de padrão das unidades ou “lá na USE resolve”?

R: Eu acho que são as duas coisas. Acho que é uma rede muito grande de profissionais que atuam na área da Saúde e não tem um fluxo sistematizado para essa comunicação. Mesmo a gente aqui no Acolhimento, às vezes, a gente abre o sistema para ver os serviços que a USE oferece e até a gente, que está no Acolhimento, fala espera aí: “está oferecendo essa atividade ou não? Está aberto ou fechado? Tem vaga? É para isso mesmo? Ou seja, mudou? Porque, às vezes, oferece um projeto e não tem tanta demanda, aí eles mudam o público alvo e aí já tem

demanda. Então, eu acredito que um pouco é falta de comunicação, não é má-fé. E eu acho que no serviço público a gente tem muito vício. “Ah, deixa ele ir lá e lá eles resolvem. Pega o encaminhamento e...”

P: A gente está falando dos encaminhamentos, dessas guias que vêm. E os usuários, eles vêm bem orientados, eles sabem o que vão encontrar aqui, como funciona a USE? Que há um Acolhimento e não uma promessa de atendimento?

R: Não. Eles chegam aqui com a promessa de atendimento. É como se fosse, “olha, vai lá, que lá tem médico neurologista, por exemplo, que a gente não tem, e você vai ser atendido”. Então, quando eles chegam aqui e gente fala: “Olha, não é essa a realidade”. Então, é uma situação, assim, que mostra muito a fragilidade do sistema, como se a USE não fizesse parte do sistema público de saúde de São Carlos, pelo fato de estar vinculada ao federal e não ao municipal. Então, eles vêm com a promessa mesmo. É... dificilmente, a gente encontra um usuário que fala assim: “olha, eu vim e não sei se está aberta a ação ou não”. E tem uns, inclusive, não sabe nem que vão ser atendidos por alunos, que eles falam “Eu não quero ser atendido por aluno, tá?”. E aí, a gente, no Acolhimento fala “olha, aqui é uma unidade saúde escola, nós temos profissionais que acompanham esses alunos, mas muito provavelmente, 80% do cuidado direto vai ser realizado por esse aluno supervisionado”. A gente encontra isso também.

P: E você acha que quem deveria dar essas informações? A unidade encaminhadora? A falta desse tipo de orientação para o usuário acaba impactando no trabalho de vocês?

R: Eu acho que são os dois lados. Eu acho que quando o usuário chega aqui, a gente também deveria dar essa orientação, reforçar: “O senhor sabe que aqui é unidade de saúde escola, não são todos os serviços que a gente oferece, a gente segue o calendário do ano letivo, dependendo do atendimento que você está procurando. Agora, dezembro, para janeiro também.” Eu acho que essas informações também é nosso papel fornecer. Mas quem está encaminhando também tem que saber para onde está encaminhando, eu acho que essa informação também deve ser dada lá. Tanto quem encaminha e quem recebe falasse a mesma língua para o usuário se sentir acolhido. Porque o que ele sente no meio do caminho é como se ele fosse uma bola pra lá e pra cá.

P: E essa falta de informação acaba impactando. Por exemplo, se não vem histórico do paciente, você tem que tentar puxar no atendimento.

R: É... Porque tem vez que vem algumas letras, assim, muito difíceis de entender, e aí você vai conversando com o paciente, de acordo com a expertise do profissional, de quem está atendendo ali, é que ele consegue levantar as demandas de cuidado do paciente. Às vezes, vem uma coisa

que a gente não tem para oferecer, mas a gente identifica que o usuário tem outras necessidades e a gente pode reencaminhar. Mas....

P: É desse jeito, falta essa orientação.

R: É.

P: Você acredita, a partir da sua experiência, que as unidades de saúde sabem que a USE existe? Como você tem essa percepção?

R: Eu acho que nem todas. Elas sabem “lá na UFSCar tem uma unidade de saúde”. Depois da abertura do HU, eu percebi, assim, que as pessoas não sabem. “Será que tudo que estava sendo oferecido dentro do campus foi para o HU, ou não? A USE ainda existe?” Aí, o HU começou a oferecer vários ambulatórios. Então, os pacientes ficam em dúvida. Às vezes, eles vêm aqui e o encaminhamento deles é para o HU. Ou, eles vêm aqui e falam “Fiquei duas horas no HU esperando para ser atendida para depois eles me falaram que o encaminhamento não era pra lá, era pra cá”. Então, eu acho que nem todos sabem ou sabem que tem uma unidade saúde escola para os estudantes aqui, mas não sabem direito.

P: Você acredita que esse desconhecimento das unidades acontece por quê? Por que não buscam informação? Por que a USE não divulga?

R: Eu acho que é o sistema. Eu sempre parto do pressuposto que as pessoas não são mal intencionadas. Na verdade, todo mundo se levanta para falar “hoje eu vou fazer o melhor de mim”. Mas, o próprio sistema com a rotatividade de pessoas, a falta de programa de educação permanente continuada que faça esse fluxo de informação seguir em todos os pontos da rede, é que acaba gerando isso.

P: O contato de vocês com as outras unidades de saúde é mais voltado para referência e contra-referência dos usuários ou também vocês fazem contato para estabelecer parcerias, pensar em ações conjuntas?

R: Esse contato ele é mais voltado com a gestão. E, pelo o que eu participo das reuniões que eu participo, das discussões, vejo que são as duas coisas. Busca-se sempre novas parcerias, mas também tratar essa questão de referência e contra-referência. Quando a gente está no Acolhimento, muitas vezes a gente faz a contra-referência, tanto através de uma ficha de encaminhamento mesmo e, dependendo do caso, por telefone mesmo. “olha, o usuário veio aqui e tal...”. Até para gente discutir junto qual vai ser o cuidado que vai ser dado para ele.

P: Você acredita que uma relação mais próxima com os profissionais da rede poderia ser importante para a USE?

R: Sim.

P: Por quê?

R: Porque eu tenho a impressão que a gente está em dois lados da batalha. Às vezes, eu vejo um encaminhamento que dizia assim “Favor não devolver o paciente”. Mas como? Lá é Atenção Primária, a porta de entrada dele”. E aí, eu conversei com a fisioterapeuta que é da rede e falei “Olha o encaminhamento que eu recebi, essa pessoa precisa de orientação porque, como assim? Ela me encaminhou o paciente, eu não tenho o serviço para oferecer e ela não quer que eu contra-referencio para ela? Ela disse que eu deveria procurar outros lugares que ofereceriam esse serviço, então.” Ela não entende nada de referência e contra-referência. Ela entende que “estou encaminhando esse paciente para a USE e a USE que vai fazer, tipo central pra saber para onde vai mandar o paciente”. A Atenção Primária não é isso. Ela tem que encaminhar pra mim o que ela sabe que eu vou poder atender. USE não tem esse papel de fazer como se fosse uma central e buscar na rede. Às vezes, até nível estadual, onde esse usuário vai, isso é dela não é aqui. Eu sinto que é como se gente não fizesse parte do mesmo sistema.

P: Esse contato mais próximo iria mostrar o desenho desse fluxo.

R: Isso.

P: Certo. A USE participa do CROSS com algumas especialidades médicas. Por que ela não participa integralmente do CROSS, com as outras ações também?

R: Esse foi um combinado com a gestão. E, como aqui tem a especificidade de ser uma unidade saúde escola, quando a gente insere no CROSS, dependendo das ações, por exemplo, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, os nossos atendimentos aqui, por exemplo, são de uma hora, diferente do que eles oferecem ou pactuam na rede. Então, tem algumas especificidades que não dá pra gente oferecer pelo CROSS. Mas, isso foi pactuado pela gestão em conversa até com a comunidade interna, profissionais da USE “olha, o que dá gente colocar no CROSS, o que não dá, qual o perfil dos usuários que podem ser atendidos”.

P: Então, por causa essas especificidades mesmo.

R:É, por causa das especificidades.

P: Certo. Você acha que há possibilidade de o Acolhimento abrir a agenda da Unidade para a Regulação? Eu acho que não, pelo o que você explicou.

R: Acho que não, nós tivemos uma experiência recente. Nós temos um ambulatório de sexualidade humana, é uma ginecologista. Eu participo, mas nosso atendimento não é para ginecologia básica. E, no começo, nós começamos a receber usuárias de Descalvado, Porto Ferreira, que vinham de longe de São Carlos com problemas ginecológicos e quando chegavam aqui, esperavam e a gente falava assim “olha, não é isso que a gente está oferecendo.” A gente atendia, explicava tudo, mas ela não ia continuar o atendimento. Então, a gente percebeu que, por ser numa universidade, ter uma especificidade de ensino, não é tudo que dá para o CROSS.

P: O CROSS não contempla.

R: Não consegue. Agora nós conseguimos pactuar, repactuar essa questão do ambulatório. Está aberto sempre uma consulta por semana, mas foi depois de um longo processo, vários processos e a gente “olha, não é isso”. Porque também a nossa comunicação ela é em efeito em cascata, né? Então, lá em cima que tem que passar a informação...eu lembro muito de quando a gente era criança que brincava de telefone sem fio. A informação que chega lá não é a primeira, porque sempre quem vai passando vai passando aquilo que compreendeu. E, muitas vezes, quem pactua isso também é a nossa gestão, e são pessoas que, às vezes, também não estão compreendendo o que a gente está passando pra eles.

P: Quais são as maiores dificuldades que você pode pontuar na relação da USE com as unidades de saúde?

R: Eu acho que a principal dificuldade é que ambas não se sentem parte do sistema, elas não são parecerias. Não sei se é porque é essa questão se der municipal e federal e cada uma ser gerida por um órgão, apesar do dinheiro vir do mesmo lugar, eu acho que é por isso. Não se sente....

P: Que ações você avalia que poderiam ser executadas pela USE ou até pela SMS para melhorar essa relação? Até para consolidar a atuação da USE “Olha, estou aqui, sou parceira dessa rede”. O que você acha que pode ser feito com base na sua experiência?

R: Eu acho que, além das reuniões, as gestões de ambos os serviços, eu acho que a gente tinha que ter um sistema de quando a gente, no atendimento, identifica algum evento assim “olha, esse não está de acordo”, que a gente tivesse, que a gente pudesse encaminhar para alguém que desse uma...como uma contra-referência mesmo. “Olha, esse daqui tal e tal” E que esse gestor fizesse do lado de lá a parte dele de orientação. Eu acho que isso seria efetivo. Porque o que a gente vê é, por exemplo, o exemplo que eu dei “favor não devolver o paciente”. Eu falei com um profissional que está inserido na rede. Então, por um tempo, a pessoa parou de enviar os encaminhamentos com essa orientação, mas depois ela voltou a encaminhar assim. E eu falei de novo, falei “olha, sua funcionária está de novo...” Ah, mas já falei com ela e não tem jeito”. Então, que dizer, as pessoas fazem e tudo bem, é uma autonomia sem limite, sabe? Eu acho que...então, às vezes, eu falo “Será que é a gestão que tem que conversar? Olha é inaceitável a gente receber um encaminhamento com esses dizeres”, mesmo porque isso foi na mão do paciente, família inteira dele leu, favor não devolver”. O que o paciente entende de saúde pública?

P: Parece que estão jogando “o problema agora é seu e não me devolve mais ele”. Dá essa sensação para o paciente.

R: É. E ele acaba perdendo porque não é pra devolver.

P: Bom, esse próximo bloco agora é sobre mais comunicação. Na sua avaliação no Acolhimento, qual é o melhor canal de contato entre a USE e as unidades da rede?

R: Eu acho que seriam encontros. Eu acho que são encontros não só focado na gestão, eu acho que esses encontros teriam que ter atores no cenário do Acolhimento porque quem está ali, que está vivenciando, é que muitas vezes sabe, numa reunião ou conversa, explicar e se fazer entender. Eu acho que, às vezes, as conversas ficam só em gestão e, às vezes a gente fala “Não dá pra fazer 11 ou 12 acolhimentos numa manhã”. Tem gente que dá, mas é humanamente impossível. Eu posso fazer 12 acolhimentos na minha área, na Enfermagem, que eu vou me programar, eu sei quem vou atender, quais são as demandas, até um caso novo. Tranquilo, atendo mais que isso. Mas, no Acolhimento que você não sabe o que atender e as demandas que vêm, às vezes, você tem até que buscar entender, não dá. Mas, quando a gente leva isso para a gestão fica “ah, isso é tranquilo!”. E aí, quando a gente fala assim: “Mas, veio com essa orientação”, “Mas é só você orientar”. Então, essas reuniões tinham que ter também quem está na prática, na linha de frente. Porque os gestores de ambos os lugares conversam, eles se acertam, eles estão mais pensando na questão de fluxo, fluxo melhor pra ele e pra cá, em toda aquela ideologia do serviço público de saúde, só que na prática, quando quem está na prática vai poder falar “olha, não foi isso que aconteceu”. Eu sei que a gestão tem essa liberdade, mas acho que falta.

P: De que forma a USE atualiza a Regulação sobre os serviços que são oferecidos? Por exemplo, fechou essa ação, não tenho vagas assim... Vocês informam sempre a Regulação?

R: Sim, nós temos aqui o profissional que é responsável pelas agendas do CROSS e então essas informações sempre chegam pra ele. Ou através dos próprios profissionais que estão oferecendo a ação, ou pela gestão da USE. E aí, quando chegam pelas profissionais ele confere com a gestão da USE. Tudo ok. Quando chega pela gestão, ele já faz que está tudo acordado. Mas a gente tem essa figura aqui dentro.

P: Ele atualiza a Regulação sobre o que tem aqui?

R: É.

P: Espera-se que a Regulação dissemine essas informações para a rede. Isso?

R: Isso. Na verdade, para a Regulação tudo ficou muito informatizado. Não tem muita comunicação, você põe no sistema e aquilo que está lá...eu vejo a folha que agenda exame. Ela fica sempre olhando pra ver o que está disponível. Então, ela o tempo todo “olha, apareceu ultrassom aqui”. Então, a informatização é boa, o sistema é ótimo, mas acabou suprimindo o diálogo. Qualquer coisa “olha no sistema”.

P: Você acredita que alguns produtos ou ações de comunicação poderiam apoiar, trazer melhoria para esse contato da USE com os demais aparelhos de saúde do município?

R: Eu acredito que sim. Eu acredito muito na questão da comunicação tanto no sentido de orientar as diversas camadas que encaminham pra USE, como no sentido de valorizar o serviço “olha, o que a gente oferece aqui é muito bom, a gente tem essas ações”.

P: Que tipo de produto você acha, partindo do contato que você tem com a rede, com o pessoal que chega aqui, que é mais adequado para consolidar isso? E-mail, telefone?

R: Eu acho que são todos porque depende da situação. Eu acho que em alguns momentos é por telefone mesmo, e e-mail até para formalizar mesmo o que foi acordado. Algumas coisas são documentos e são impressos, folhetos ou cartilhas que conseguem divulgar para os profissionais da rede qual é a especificidade da USE. Algumas vezes, é questão de valorização, são reportagens ou um tipo de mídia social que dê esse...essa ideia de que a USE está fazendo o seu papel, que se ela não atendeu não é porque ela não quis, mas ela tem outras especificidades. Eu acho que depende muito da situação, que público que você quer chegar.

P: Ok. Terminamos. Obrigada.

Entrevista com representante da Secretaria Municipal de Saúde – Entrevistado 11 (E11)

P: Bom, esse primeiro bloco é pra falar sobre a saúde pública aqui da cidade. Qual é o principal interesse da Secretaria no que se refere à saúde da população que é atendida na rede pública?

R: Vamos lá. Os principais pontos da saúde é orçamento. Você faz saúde com orçamento, e na verdade, a saúde é investimento, investir em saúde é muito importante para o sistema. Nós estivemos com o ministro na semana retrasada [novembro de 2019] ... só pra você ter uma ideia do complexo que é a situação. Saúde, hoje, Brasil, o déficit da saúde no Brasil é de R\$50 bilhões e foi programada para o ano que vem, no orçamento, R\$800 milhões, nem 1% do que pode ser feito na saúde. A visão da SMS hoje ela é cuidar da Atenção Básica. Quando você faz uma Atenção Básica plena, com gestão, com atendimento, você acaba fazendo a saúde preventiva, você acaba primando pela saúde do paciente, você mantém pacientes graves, que é o custo mais alto da saúde. Então, nós temos que trabalhar a Atenção Básica, melhorar a Atenção Básica, dar ferramentas, principalmente, na era da tecnologia...nós estamos agora em processo de compra de um software, um programa que vai fazer com que a saúde ande mais rápido. Você consegue alinhar a Atenção Básica aos hospitais, à rede de urgência e emergência...então, você consegue unir todos os setores, do primário até o quaternário. Então, a gente consegue toda essa

evolução quando você tem uma saúde básica trabalhando, funcionando. Como você faz isso? Contratação de especialidades, de médicos, agilidade nos exames e, principalmente, trabalho em escola para você poder dimensionar o paciente. Não adianta você fazer os exames, não fechar o diagnóstico, não operar o paciente. Nós temos um déficit hospitalar de leitos de UTI, nós temos déficit hospitalar no centro cirúrgico. Então, com a vinda, com o fortalecimento do Hospital Universitário, a gente consegue equalizar. Além disso, nós temos o teto MAC¹⁷ totalmente deficitário. Nosso teto MAC está em 7R\$,5 milhões. Nós conseguimos, que foi feito pela PPI de 2007 – que São Carlos é uma cidade referência, nós atendemos 5 cidades, sendo elas: Descalvado, Ribeirão Bonito, Porto Ferreira, Ibaté e Dourado. Então, nós somos uma cidade referência, nós atendemos toda a região, e a PPI não foi atualizada desde 2007. Nós fizemos um levantamento e nosso déficit é em torno de R\$15 milhões, porém foi aprovada na SIBA, em Araraquara, na DRS, já foi colocado para o governo do Estado, R\$9,4 milhões que falta o ministro homologar e vir para nós. Aí, você consegue sim aumentar leitos de UTI, você consegue investir mais na alta complexidade, você consegue também dimensionar alguma coisa para Atenção Básica, fortalecer a Atenção Básica, isso é de suma importância.

P: Existe alguma lei ou regimento que tenha as diretrizes para atender a saúde? O SUS tem as diretrizes?

R: Nós atendemos todas as portarias do Ministério da Saúde, que é preconizado pelo SUS, tudo em cima de Portaria. Aliás, nossos convênios são feitos assim, tudo o que você alimenta o sistema, você está...tudo o que você atende (entrevista interrompida). É... tudo é em cima de portaria, de convênios. Então, tudo é em cima de leis que preconizam o Sistema Único de Saúde.

P: Quem são os profissionais que detém as informações mais gerais sobre a saúde do município?

R: Quais são os profissionais?

P: Isso, ou setores.

R: Nós temos vários setores na saúde. Nós temos a urgência e emergência, que são as UPAs, SAMU; nós temos a Atenção Básica, que são UBSs e USFs, Saúde da Família, nós temos o centro de regulação, nós temos o CAIC, que é de doenças infectocontagiosas, nós temos o CAPS, que é saúde mental...esses são os setores da saúde. E tem a vigilância também.

P: A visão mais geral desse sistema está aqui na Secretaria, na figura do senhor?

R: É. Na verdade, a gente faz o dimensionamento das categorias. Paciente saúde mental vai para o CAPS. Paciente de infectologia vai para o CAIC, Atenção Básica, ambulatorial para tudo

¹⁷ Teto MAC é um recurso temporário destinado a complementar o custeio dos serviços de Assistência a média e alta complexidade.

pra lá. Aí, nós temos alguns braços que nos ajudam, o AME, por exemplo, é uma ferramenta que veio para nós e tem nos ajudado muito, o próprio Hospital Universitário começou a fazer alguns exames e tem nos auxiliado no fechamento de diagnóstico através de exames complementares, a resolver o problema do paciente. Só que, por exemplo, como te falei, não adianta fazer o exame, ou ir bem até a página 2 e não ter fechamento, que é uma situação cirurgia, eu não conseguir concluir por falta de leitos, por falta de equipamento da alta complexidade.

P: Dentro do que o senhor já falou, a necessidade de mais recursos, de mais investimento, estruturar a Atenção Básica, colocar mais profissionais. Existem alguns outros gargalos que o senhor considera hoje?

R: Para você ter uma noção... o município de São Carlos hoje, o orçamento de 2019, foram R\$218 milhões. Vamos brincar de matemática! R\$218 milhões é o orçamento. R\$109 milhões é folha, certo?

P: Dentro desses 218?

R: Os R\$218 milhões é orçamento bruto, RH é R\$109 milhões, me sobra R\$109 milhões. De R\$109 milhões, R\$63 milhões vai para a Santa Casa, na alta complexidade. Me sobra aí R\$45 milhões para UPA, medicamentos, transporte, entre outros contratos, nós temos aí limpeza, descarte de medicamento, tudo, almoxarifado, enfim...Não dá! Como nós fazemos? Nós procuramos no nosso dia a dia, maximizar a questão orçamentária nos contratos, renegociá-los de forma mais lucrativa e rentável para o município, procuramos diminuir esse contrato terceirizado nós pagamos, por exemplo, aqui, mamografia, eu pago, por exemplo R\$10 uma mamografia. Eu consigo, por pagar lá no Hospital Universitário por R\$3 ou no AME. O que eu faço? Eu corto aqui [Santa Casa] e dimensiono pra cá e tenho um gap financeiro aqui, que é uma sobra que eu consigo investir em outros setores, dentre outras ações que nós fizemos. Só esse ano [2019], nós conseguimos quase R\$6 milhões em investimentos na saúde. De que forma? São Carlos não apadrinou, não elegeu deputado nem federal e nem estadual. Porém, os eleitores de São Carlos votaram em 40 deputados em Brasília. O que nós fizemos na última visita em Brasília? Nós montamos processos da saúde, dentre elas cirurgias eletivas, equipamentos, é...ações de dengue, enfim, vários processos, demandas, entregamos para cada deputado.

P: Desses 40?

R: Sim. Cobramos os votos do cidadão. Através disso, conseguimos R\$6 milhões, onde a gente conseguiu balancear o orçamento. Não sobrar, mas sustentar o que tem sido feito.

P: É ficar o tempo todo remanejando números...

R: Exatamente. Um dos maiores erros da saúde que eu vejo é que se criam unidades por pleito político. Quando você cria uma unidade você tem que pensar o quê? Primeiro, a área a ser abrangida, segundo a questão orçamentária, e o principal, a questão estrutural, que é das pessoas, material humano. Você não pode contratar mais, então você acaba sufocando o que você tem. Na nossa política, na nossa visão, seria melhor você melhorar as 45 unidades que nós temos na saúde para poder...pra poder dar uma assistência melhor (entrevista interrompida). Então, o que nós temos que fazer? Trabalhar o que nós temos, dar condições, dar materiais, dar ferramentas, principalmente humanos, e atender o que nós temos e não inaugurar mais, até que o sistema esteja rodando de forma dimensionada e resolutiva, não paliativa, resolutiva. Essa é nossa visão da saúde.

P: Ótimo. Agora, as questões desse próximo bloco são mais sobre a atuação da USE da UFSCar na saúde de São Carlos. Bom, recentemente foi renovado o contrato para atuação da USE, para atendimento.

R: Claro.

P: Qual é o interesse da SMS no que refere em relação à atuação da USE? É um parceiro importante?

R: Primeiramente, eu sou meio suspeito em falar porque eu conheci a USE. A qualidade do trabalho, o dimensionamento, o referenciamento das pessoas, o trato às pessoas, a resolutividade do tratamento é crucial. Nosso maior objetivo é tratar as pessoas, curar as pessoas, e a USE ela apareceu em um momento, para nós, acho que é o segundo ou terceiro ano que ela está conosco.

P: Esse é o segundo contrato.

R: Isso, que eu renovei. A nossa intenção com a USE é expandir, melhorar e ampliar, dentro das nossas possibilidades orçamentárias. Como eu te falei, nós vamos ter que fazer uma reciclagem aqui para gente poder gerar mais recursos, conseguir mais apoio e a USE, inclusive, foi objeto de...para complementar o orçamento para bancar a USE foi feito uma emenda parlamentar de um vereador que ajudou. A USE, hoje, é uma realidade na cidade de São Carlos, eu tenho um... através da nossa Regulação, nós tivemos contato com pacientes que lá vão e o grau de satisfação é, se não for 100% é 99%.

P: Bom, eu ia perguntar qual sua visão em relação ao papel da USE no atendimento aos usuários. O senhor acha que o atendimento é diferenciado?

R: A USE, por ter o aporte de uma universidade federal, ela tem uma dinâmica um pouco diferente dos outros segmentos do mesmo setor. Então, você observa que é uma coisa diferenciada, né? Você percebe que o paciente com a mesma patologia, tratado, não

menosprezando os setores, mas a UFSCar é uma referência mundial, ela não é uma coisa...então, a gente percebe que o tratamento, a evolução do tratamento é muito mais rápida, você vê o avanço dos pacientes no trato, nas patologias, principalmente, na questão de deficiente, pessoas com certa gravidade de lesões, você percebe que a USE tem sido objeto de sucesso no trato a esses tratamentos. Então, para nós, quanto mais a gente puder fortalecer a USE...é que é um projeto a médio e longo prazo. A gente não consegue investir muito agora, mas, como eu te falei, fazendo essa cadeia da Atenção Básica funcionar, eu gasto menos dinheiro. Um paciente na UTI custa entre R\$2 mil e R\$2,2 mil por dia. Sendo que na Atenção Básica eu faço esse tratamento com R\$200.

P: Não deixar ele chegar na UTI.

R: Usar o investimento para investir, por exemplo, na USE, que é um a ferramenta que veio pra ficar e veio para expandir, para melhorar. Nós temos que emancipar cada vez mais a USE. Mas isso gradativamente, dentro do nosso poder orçamentário.

P: O senhor acredita mesmo que a atuação da USE pode ser ampliada nesse médio longo prazo?

R: Deve ser ampliada. É nosso sonho de consumo.

P: Da atuação diferenciada frente às outras unidades o senhor me falou que considera que realmente é. Esse diferencial da USE, até por ser inserida dentro da universidade, muitos estudantes, né? O senhor acha que ela traz benefícios para atendimento ao usuário, isso qualifica o atendimento da rede de São Carlos?

R: Como eu respondi anteriormente, o referencial nosso sempre foi e sempre será o paciente. Você interpela o paciente, o *feedback* do paciente foi positivo é que algo de bom está acontecendo. Você não ouve...o que eu ouço de questionamento da USE é que mais gente queria ir pra lá, né? Então, a gente não ouve falar que foi mal tratado...o que me encantou na USE foi uma coisa muito, que eu primo muito, tratamento humanitário. Gestão em saúde, entendam! As pessoas que nos procuram são pessoas que precisam, pessoas que estão com algum tipo de problema de saúde. Então, essas pessoas já vêm com um abalo sentimental muito grande, né? Elas vêm abaladas e na USE é muito diferente, eu estive lá. E você vê...você não fala que é um tratamento, mas é um complemento para fazer com que as pessoas que sofrem melhorar o tempo de dor das pessoas, melhorar a expectativa de vida das pessoas. É isso que eu vejo na USE. A USE é um exemplo de uma entidade que trata a saúde com o que o SUS mais preconiza, o tratamento humanitário.

P: O senhor acha que a USE tem uma boa relação com as outras unidades da rede?

R: Eu acredito que sim, eu nunca ouvi nada. Olha, estou há três anos [na SMS] e eu tive a oportunidade de ir duas vezes na USE. A primeira vez que eu fui, fui de surpresa e fiquei encantado, o jeito que elas pegam o paciente, o carinho, parece que está pegando uma joia rara. É o que eu faço aqui. O sucesso disso é saber que alguém está se preocupando em te curar. O paciente com doença grave, com patologia grave...

P: Você se sente acolhido.

R: Isso. Você tem uma expectativa. As pessoas já chegam derrotadas. Eu acho que a USE, além do tratamento nas terapias que ela faz, o tratamento psicológico dela, que ela dá com carinho, faz as pessoas acreditarem que um dia podem melhorar, entendeu? É isso.

(Entrevista interrompida).

P: Agora são três perguntas básicas falando da relação entre a Secretaria com o Conselho Municipal de Saúde. Qual é a relação de vocês? Consultoria, deliberativo?

R: Eu vejo uma evolução muito grande. O Conselho, hoje, é um conselho totalmente ativo, fiscalizador, cobra muito. Isso nos obrigou a nos policiarmos. É a função do Conselho. Eu não posso falar que o Conselho é nosso parceiro, mas o conselho é justo. Para você ter uma ideia, eu tive uma conta reprovada pelo Conselho e isso fez a gente, nós evoluirmos, a gente melhorar a estrutura, olhar para os apontamentos do Conselho, né? Afinal, o Conselho é a voz do povo, eles estão em campo, eles sabem a necessidade da população, eles sabem a necessidade da estrutura da saúde. A partir do momento em que o Conselho...coisa que não acontecia há muito tempo, começou a ser ativo, a gente começou a rever nossos princípios, tomar atitudes resolutivas para que as coisas andassem. E hoje, o Conselho tem aprovado a maioria dos nossos projetos, algumas coisas somos questionados, mas é normal. Mas, acredito que, graças ao Conselho, a saúde começou a se encaixar. Então, o Conselho hoje é uma peça fundamental no sistema nosso...antigamente, estou sendo honesto com você, você mandava lá e passava. Hoje não, hoje nós somos questionados e fazemos também, acho que é um avanço, reuniões periódicas com algumas pessoas do Conselho, algumas comissões, com debates mais, uns contratos minuciosos, mais complexos, né? A gente consegue conversar com as pessoas do Conselho e, juntos, tomar uma determinação. Então, o Conselho, hoje, não é parceiro, mas é uma ferramenta muito importante na sociedade porque fez com que a saúde repensasse alguns setores, algumas pessoas, e fizesse uma reciclagem e houvesse a necessidade de mudança.

P: A gente pode falar que o Conselho determina as ações da Secretaria ou não?

R: O Conselho não determina, ele debate a saúde e aponta. Através dos apontamentos nós costumamos tomar as medidas cabíveis.

P: Por exemplo, demandas de unidades de saúde chegam pra cá e vocês em caminham para o Conselho avaliar se é plausível ou não?

R: Não, as demandas não. O que vem pro Conselho são emendas parlamentares, planos de trabalhos das emendas, convênios, porque está funcionando, porque não está funcionando. Qual é nossa fila de cirurgia, porque não abaixa. O Conselho olha macro, não olha situações pontuais. Mas, em cima disso que a gente consegue fazer as ações.

P: E pode haver conflito entre o entendimento da SMS e do Conselho? Vocês têm que administrar isso ou não?

R: Temos que administrar isso, tentamos falar a mesma língua, tá? Existe algumas situações, por exemplo, eu investi mais em urgência e emergência, mas o Conselho quer que eu invista mais na Atenção Básica. Isso já foi questionado e foi pauta, mas a urgência e emergência é a situação de morte das pessoas. Então, o que acontece? Isso o gestor pode decidir, independe da aprovação do Conselho, entendeu? Mas, a gente procura sempre trabalhar em sintonia com o Conselho. E o nosso Conselho Municipal de Saúde, hoje, eu falo pra você...são pessoas muito capacitadas. Tem pessoas da UFSCar, pessoas participam. Eu fiquei muito feliz em agregar com eles, a somar com eles e, graças a eles, nós estamos evoluindo.

P: Agora é o último bloco de perguntas, mais na área de comunicação. Existe algum padrão de informação ou comunicação entre as unidades de saúde? Quem é responsável por isso?

R: (Inaudível). É assim, nós temos uma supervisora na unidade... nós nos reunimos semanalmente com as supervisoras nas unidades e, depois, nós temos quinzenalmente em grupos. Ou seja, todas as enfermeiras, todas as supervisoras...assim, a gente consegue debater. Além disso, nós temos livre acesso às unidades, via WhatsApp, via telefone, e-mail, tudo. Mas, isso tende a melhorar cada vez mais. Tem grupos também, delas também no WhatsApp. A intenção é ir na informatização essa comunicação, é mais ágil e resolutiva. Porque quando a gente informatizar, o próprio paciente, até mesmo o próprio paciente ficará mais fácil. Você vai marcar consulta por aplicativo de celular.

P: Que é esse sistema que você mencionou no começo?

R: Nós estamos colocando a partir do ano que vem. Nós já conseguimos R\$1,6 milhões e falta R\$1,4 milhões. Já estamos chegando no número para implementar. Acho que até março esse sistema está...vai estar inovando a saúde em São Carlos. Não é inovando, estamos atrasados. Estamos melhorando.

P: Como é feita a comunicação entre as unidades?

R: Na questão de agendamento, todas as unidades podem abrir a agenda através no sistema CROSS e o sistema SISREG, que estamos usando agora também. Mas, a comunicação entre gestores e a equipe da base são feitas por grupos de WhatsApp, telefone, e-mail. Por enquanto, é isso. Mas existe outros meios que nós estamos estudando para melhorar a acessibilidade, tanto do secretário com a equipe, como da equipe com os gestores.

P: O nível de informação e conhecimento entre as unidades, por exemplo, o que uma unidade oferece, o que uma pode encaminhar para a outra, é suficiente?

R: É suficiente, mas não é ágil. Nós temos que ter um sistema nosso. Por exemplo, você passou numa UPA. Quando você chegou lá, cianótica, possível PCR. A hora que digitar seu nome lá, eu vou saber todos os medicamentos que você toma, onde você passou, se você faz tratamento na rede, se você já ficou internado, se já fez alguma cirurgia, se você é alérgico, se não é. Isso vai viabilizar a comunicação entre nós.

P: E pode agilizar?

R: Qual a nossa maior dificuldade? Por exemplo, na questão de exames. Você vai no CEME e fez exame. Tem exames que são seis meses. A hora que cai na Santa Casa, a Santa Casa não sabe que você fez exame na rede, faz de novo. Isso gera custo duplicado no orçamento.

P: E acaba demorando mais para atender o paciente.

R: Isso. Agora você imagina a hora que o médico abrir uma tela com seu nome, seu prontuário, sabe tudo o que você fez. “Olha, ela fez um hemograma ontem. Vai colher, não vai? Não, está aqui”. Você consegue economizar, consegue ser ágil, consegue salvar mais vidas.

P: Ótimo. Uma das unidades que entrevistei, sobre a relação com a USE, ela falava assim “eu nem sei o que a USE oferece”. É até um papel que a gente quer ver como ajudar. Talvez um sistema desse consegue facilitar isso “eu sei que tais serviços estão disponíveis em tais unidades”. Não sei se ele vai atuar em cima disso.

R: O sistema vem...a tecnologia é maravilhosa. Mas quando ela é usada de forma é... numérica, distribuída, você consegue ligar as pessoas, você consegue ligar Atenção Básica e Regulação, que libera a vaga. Você consegue liberar, comunicar as unidades ao Almoxarifado na questão de medicamento, você consegue dimensionar “Minha colega está com vaga de Pediatra, eu preciso”. Eu consigo trocar experiência, “passa a vaga pra mim”.

P: Isso é importante para as unidades.

R: Exato. Quando sobra a vaga você coloca em bolsão e a equipe pega. Tudo, a gestão, em si, fica mais fácil, além do banco de dados do paciente. Você tem todo o histórico de patologias, você sabe tudo o que ele tem. Quantas pessoas chegaram com parada cardíaca, sem saber se a

peessoa era diabética, sem saber se a pessoa era alérgica à penicilina ou a alguma coisa. Eu acho que...

P: Às vezes, o próprio paciente não sabe relatar.

R: Exato. Eu acho que isso é cultura...Nós estamos numa fase da rede, se der virtual, né?

P:Teleconsultoria, telemedicina.

R: É. Um grupo de médicos com especialidades, você é atendida por um clínico, a vídeomedicina, e você, pela Internet, o médico te examinando já passa a patologia e resolve. Então, a saúde está evoluindo em alguns aspectos. Nós temos que quebrar paradigmas, um exemplo disso é o canabidiol, né? A gente fica se apegando a preceitos arcaicos e não percebemos o quão é importante esse medicamento para crianças convulsivas. Eu tenho três pacientes convulsivos, que as crianças tomam, e não têm convulsões há meses. Isso não podemos nos apegar a paradigmas arcaicos dos anos 70 e 80. Nós temos que olhar para evolução e a evolução é essa, é canabis, é hoje, resolutivo é um tratamento. Vamos cultivá-la dentro de laboratórios e vamos produzir os medicamentos. Eu acho que é isso, olhar pra frente, não vamos nos apegar a paradigmas.

P: O senhor falou o quanto é importante ter a informação, mas essa falta de informação acaba impactando o serviço na rede?

R: Quando a rede não funciona tudo impacta. Como te falei, o paciente vai na rede, marca consulta com um clínico, o clínico pede exames, detecta alguma patologia, manda para especialista. Especialista começa o tratamento, faz mais exames, conclui que é caso cirúrgico e aí trava. Entendeu? Como te falei, na conta é muito simples. Você tem...vamos pensar que eu não tenha que pagar a Santa Casa, nada. Eu falei pra você que me sobra R\$109 milhões.

P: E não teria os R\$63 milhões da Santa Casa?

R: Isso. Nós temos aí, R\$109 milhões nós temos...250 mil habitantes. Vamos dividir! R\$109 milhões por ano. Se você dividir por 250 mil habitantes, vai dar R\$436/ano per capita, certo? Aí, se você dividir por 12, dá R\$36,33 por mês, por habitante. Um paciente, hoje, numa ressonância, num eletro, custa mil e poucos reais. Como é que você faz saúde?

P: Como o senhor faz a saúde? A última pergunta, o senhor considera que a saúde pública em São Carlos funciona como rede? Ela é integrada?

R: O quê?

P: O sistema de saúde pública.

R: Ela é integrada. Ela é integrada, ponto. Ela é integrada da forma de...vagas para consulta, vagas hospitalares. A saúde em São Carlos ela é integrada, mas ainda de forma arcaica. Por isso que te falei do sistema. Ela vai evoluir muito com isso, elimina-se o papel. É, mas...ela é

integrada nessa questão, pelo sistema CROSS de agendamento de consulta, pela produção do SUS, usamos o SISREG. Mas ainda há muito a melhorar essa questão. Nós temos que integrar de forma, como te falei, ponderada na questão de alguns setores, mas numérica em todos os setores, para que a gente possa comunicar a rede com a Atenção Básica, com urgência, com terciário, enfim...só falta isso. Ela não é totalmente integrada, ela consegue, hoje, melhorar...nós perdíamos muitas vagas.

P: O CROSS ajuda muito nisso?

R: Ajudou demais o CROSS. A única coisa que me deixa...o CROSS na Atenção Básica ele é fundamental, mas quando você pega o CROSS na urgência e emergência você tem dificuldade. Por exemplo, um paciente de saúde mental, está em surto. Ele vai pra UPA, nós estabilizamos o paciente, inserimos no CROSS e aguardamos vaga em hospital de Saúde Mental, tipo Kaibar ou Hospital Escola, que é referência na questão. Se ele não tem vaga, o paciente fica na UPA.

P: Que não é espaço para ele ficar.

R: Aí, ele fica 5 dias na UPA, sem comer, sem banho, porque nossa UPA não é qualificada pra isso, não tem hotelaria, é tipo 1. Então, aí eu acho que é a única coisa que o CROSS peca. Do resto, na Atenção Básica, ele se tornou uma ferramenta crucial para reorganizar. Não existe furar fila, não existe um político influenciando pra você passar na frente, não pode, entendeu? Na questão dos hospitais, por exemplo UTI, você não sufoca as UTIs. A pessoa só vai quando tem leito de UTI disponível. Então, o CROSS na Atenção Básica foi maravilhoso, mas na urgência e emergência o feedback demora muito e acaba sacrificando o paciente.

P: Certo. Está ótimo. Muito obrigada.

Entrevista com representante do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da SMS – Entrevistado 12 (E12)

P: Nossas perguntas elas têm alguns blocos temáticas, achei mais fácil reunir em blocos. Só me passa a descrição do seu cargo para eu ter noção na hora que eu estiver montando para saber as fichas com as quais eu conversei.

R: Atualmente, estou como chefe da Seção de Apoio das Unidades Básicas de Saúde e apoiando, como diretora, do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde, porque estamos, nesse momento, sem diretor nomeado.

P: Está com as duas coisas?

R: Acumulando cargos.

P: Bom, esse primeiro bloco vai falar um pouco da atuação da Regulação na saúde pública da cidade, para a gente conhecer a função desse setor? Qual é a principal função do Departamento de Regulação aqui na rede pública de São Carlos?

R: Bom, o Departamento de Regulação é...o próprio nome já diz, né, a gente trabalha olhando para todas as necessidades da Secretaria de Saúde em si, não só do Departamento Ambulatorial, mas também como departamento pré-hospitalar que envolve as UPAs, de toda essa questão de quem são os parceiros, de quem são as referências, como que a gente faz toda a articulação dos serviços que a gente não tem dentro da Secretaria de Saúde, e também da própria Secretaria. No sentido, assim, dos encaminhamentos para especialistas, quando a gente tem dentro da nossa rede aquelas coisas...o que é padronizado a gente já tem um fluxo pré-estabelecido, mas nós temos muitas solicitações, por exemplo, de exames e até de consultas não padronizadas. E aí, quando isso acontece, a gente faz via o Departamento de Regulação no sentido de regular mesmo, de olhar para essa demanda que a gente não tem padronizada e verificar “Por que a gente não tem? A gente deve padronizar? É uma coisa que precisa de um olhar melhor, de um médico?” Por exemplo, temos dentro do Departamento médicos auditores que olham para essas solicitações e realmente avaliam essas necessidades e muitas vezes são exames ou consultas que a gente não tem no próprio município.

P: Especialidades que não tem aqui?

R: Sim, a gente tem que referenciar para os municípios que são as nossas referências, Ribeirão Preto, São Paulo, Botucatu, São José do Rio Preto, Campinas. Então, o Departamento faz toda essa regulação e esse controle dessas referências, apoiando os profissionais da Secretaria no sentido que esse usuário ele possa caminhar na sua linha de cuidado e ter o atendimento devido.

P: Mesmo fora da cidade?

R: Mesmo fora da cidade. Isso vai desde esse exame ou essa consulta, esse agendamento, até a questão de transporte está dentro desse Departamento. A gente tem o transporte fora do domicílio, que a gente tem portaria. Então, a pessoa ela é avaliada pela assistente social dentro do Departamento. A gente tem vários tipos de transporte, tem o coletivo, tem o carro e tem carro especial. Porque, dependendo da patologia e da necessidade do usuário, a gente tem que fazer conforme a portaria. E aqueles que não se enquadram nessa questão, a gente também tem a possibilidade do reembolso que a pessoa vá por conta própria, mas como a gente não oferece o atendimento no município, e ele tem direito pelo SUS, então, é oferecida a questão do reembolso. Fora isso, todos os...contratos com prestadores de serviços, terceirizados, que a gente disponibiliza para os usuários do SUS também são via este Departamento, passam por esse Departamento a contratualização, ela é através desse Departamento e, também o controle

real de planilha de todos esses serviços feitos pelos prestadores. Porque é nesse Departamento que também a gente audita todos os exames, o que for contratualizado, e vê se realmente está dentro do que foi realmente contratualizado ou não. Se não está ele é glosado, né? E isso vai desde exames não padronizados, contrato com laboratórios, parceria com universidade, parceria com o Hospital Escola, tudo o que a gente...com ONGS, tudo passa por esse Departamento onde a gente faz toda essa questão de auditoria e onde a gente dá os pareceres favoráveis, ou não, para a realização.

P: Só uma dúvida: quando você fala que é padronizado e que não é padronizado é o que tem disponível no município ou não?

R: Isso, também. Além do município, a gente tem uma cartela de, por exemplo, exames que são...quando a gente faz uma contratualização como um prestador, a gente tem uma cartela, ou mesmo dentro do município, de oferta de exames. E, às vezes, o médico solicita um exame que foge dentro desse preconizado do que a gente contratualizou ou do que o município oferece. Isso a gente chama de não padronizado. E aí, é isso que a gente faz compra de prestadores.

P: Ou encaminha para outra cidade?

R: Isso. Se a gente não tem possibilidade de encaminhamento, a gente acaba contratualizando com prestadores do município mesmo, e aí, quando a gente faz essa contratualização anual, porque ela é contrato anual, a gente inclui aquilo que mais é solicitado pelos profissionais. A gente avalia o que mais é solicitado, né? Quando a gente percebe, no Departamento, que algum determinado exame não consta e ele está sendo bastante solicitado, a gente avalia a necessidade de inclusão. Se não, se a gente acha que é um exame, às vezes um exame que tem um preço alto, e, assim, a gente precisa ter critérios para liberação, inclusive, que passe pelo médico auditor. Antes de ele fazer um exame solicitado, que ele tenha feito outros exames para chegar nesse não padronizado. Então, por isso que a gente passa pelo médico auditor para que ele dê um parecer favorável ou não que o paciente realiza. Nesse sentido. Aí, todos esses outros a gente contratualiza.

P: É um Departamento importante, né?

R: Bastante importante porque permeia todos os outros.

P: Por todos os níveis de complexidade também?

R: Sim, porque a gente trabalha diretamente ligado à Santa Casa, ao nível terciário, ao secundário e ao primário. Ele está lá permeando o tempo todo.

P: Diante dessa importância, qual é o principal papel que vocês têm aqui na saúde? Conseguir manter esse fluxo funcionando? Precisa melhorar? Qual é o principal interesse da Regulação?

R: Na verdade, acho que o principal interesse é que a gente também tenha claro que esse usuário SUS ele consiga realmente transitar na sua linha de cuidado e ter, minimamente, a resolução daquilo que ele procura, é nesse sentido, tá? A gente tem bastante, muitas dificuldades por ser um departamento bastante complexo, a gente trabalha e tem a questão bastante de cirurgias, passa por todo o departamento e aí a gente tem as cirurgias eletivas, tem as cirurgias que são de urgência. Então, assim, é garantir que esse usuário ele, desde a Atenção Primária, e se ele tem a necessidade da secundária e da terciária, ele consiga transitar e tenha o seu problema...e a gente tenha uma resolutividade no seu caso. A gente tem muitas dificuldades nesse sentido porque...a gente tem necessidades também na questão da comunicação, isso é uma coisa que permeia toda a atenção, entendeu? De como se dá essas articulações porque são vários atores envolvidos e, muitas vezes, a atenção primária, que é a ponta, as unidades falam muito isso...porque, às vezes, a gente tem referência uma pessoa do departamento e essa pessoa também tem outras atribuições que não só aquela, então, tem a dificuldade. Naquele momento eu estou com o usuário na minha frente e preciso dar alguns encaminhamentos e aí, eu não consigo, por exemplo, contato com o Departamento. Como eu faço diante de algo que não é o meu fluxo de rotina. E isso a gente vem identificando para agilidade nesse sentido de uma aproximação, de uma coisa mais próxima com a ponta. A gente percebe. Então, a gente tem tentado minimizar isso um pouco, nesse sentido, a gente tem muito contato via fone, mas, às vezes, ele não é tão resolutivo porque você liga e pessoa não está, ou está em reunião, não consegue falar. Isso é uma coisa bastante apontada pela Atenção. Eu, que também estou na Atenção Básica, eles...as unidades reclamam muito. Então, assim, eu acabo sendo uma ponte aqui. Como eu sou chefe nas UBSs, a pessoa não consegue contato, elas ligam “Olha, não consigo falar, estou com paciente assim e assim”. A gente acaba ficando no contato pessoal. Que aí, você tem mais facilidade. Então, assim, a gente está fazendo uma reestruturação no Departamento. Eu substituí, fiquei desde outubro, substituindo nesse Departamento por conta dessa reestruturação. Até foi um desafio porque eu nunca tinha trabalhado...sempre fui da Atenção Primária, e aí foi um desafio que eu aceitei até para vivenciar o que é você estar do outro lado (risos).

P: Tendo toda a vivência da outra ponta.

R: Toda a vivência da Atenção Primária e, realmente, é bastante interessante que você consegue ver mais claro, assim, o olhar diferente. Quem está lá, às vezes, não percebe.

P: Você tem um mapeamento mais completo.

R: É. Agora que você está do outro lado você fala “Nossa, agora eu entendo porque a Atenção Primária reclama, tinha dificuldade de falar, né? O telefone não para o tempo todo, as pessoas

com mil atribuições ali, às vezes não consegue...E o usuário na sua frente querendo uma resposta rápida. Então, assim, é trabalhar esses dois lados, a gente tem feito esse movimento dessa aproximação. Eu acho que isso é uma coisa necessária, que é uma das coisas que eu, inclusive, apontei no Departamento de Regulação, da gente estar mais próximo dos supervisores, das unidades, no sentido de conseguir dar respostas mais rápidas para aquela necessidade do usuário porque o usuário, muitas vezes, ele não entende. Por mais que a gente fala “vou buscar informações e entro em contato”, mas ele sempre acha que você não vai entrar em contato. E para a pessoa, aquilo que você avalia não é urgente... “Não tem nada escrito na minha guia de referência que é uma urgência”. Não é urgência para quem está lendo, mas para quem está vivenciando o problema, ele tem uma interpretação dele. Para ele, às vezes, aquilo está incomodando muito. Então, assim, é também se colocar no lugar do outro, acho que isso é uma coisa, um exercício constante. Fora isso, eu acho que é mesmo a questão de processo de trabalho. Acho que para que eu possa também ser resolutivo eu preciso ter um processo de trabalho que funcione dentro do próprio departamento. Uma coisa que a gente identificou lá é a necessidade de uma reorganização. Pessoas bastante competentes, com muito conhecimento, mas, assim, às vezes, bastante atribuladas, às vezes, você vê que o processo de trabalho precisava dar uma modificada, mas na rotina do dia as próprias pessoas não se conversam, vão se atropelando e aí, isso realmente, isso transparece para quem está de fora, que as coisas não funcionam, né? Então, eu acho que isso é uma coisa que, inclusive, a gente discutiu um pouco lá com eles, nesse sentido de rever processos de trabalho. Então, assim, a gente está nesse movimento de olhar para o processo de trabalho e, também poder fazer coisas de fluxo interno que...dê visibilidade para os outros departamentos, porque se não, fica aquela coisa “Ai, eu busco informação e nunca tem”. E, às vezes, ele tem a informação, mas da forma como ele tem ele acha que é desorganizado. Então, acho que isso é uma coisa bastante importante. Processo de trabalho interno é uma coisa que é dinâmica e precisa ser revisto a todo o tempo, né? Acho que, assim, é um departamento que ele é tomado por muita demanda e que os próprios, as pessoas quem compõem, acabam ficando sem tempo para discutir e aí a gente cai naquilo que muitas vezes acontece com a gente aqui também. De você ficar meio bombeiro apagando incêndio, só incêndio, fogo, entendeu? E você não ter tempo para sentar para planejar, para rediscutir protocolos, rediscutir fluxos. Então, a gente está fazendo esse movimento lá, inclusive agora em janeiro a gente vai rediscutir fluxos com os médicos auditores, protocolos para que isso fique mais claro para as unidades. Se eu tiver isso mais claro, eu facilito essa comunicação. Às vezes, essa comunicação é interrompida, também que não consigo falar com a pessoa naquele momento, mas se tiver um protocolo, se eu tiver coisas definidas, eu não preciso

acessar, eu sei qual é o encaminhamento, qual orientação que eu dou para aquele usuário. Isso acho que ajuda muito.

P: Você vê que uma regulação num procedimento interno vai resolver lá na ponta, lá na frente com o usuário.

R: Ele vai. É aquilo, não é nada tão complexo, são coisas que já acontecem hoje, mas que não têm visibilidade. Para quem está do outro lado....

P: É só reorganizar o que se faz?

R: Exatamente.

P: Acontece muito.

R: Muito importante e necessário. É uma coisa que a gente tem batido muito na tecla essa questão do processo de trabalho e da Comunicação. O e-mail. Hoje a gente tem o WhatsApp que é uma coisa extremamente utilizada, mas que, às vezes, ele é um facilitador e, às vezes, é um dificultador. Porque as pessoas mandam mensagem e acham que você tem que responder imediatamente. Então, às vezes, eles ligam: “mas eu mandei mensagem e não responde”. Então, assim, eu não posso ficar usando essas ferramentas como ferramentas imediatas. Então, se a gente tiver protocolos, tiver fluxo definido, tiver reuniões encontros desse Departamento com os outros, isso é uma coisa que a gente pontuou também, que acho que é uma coisa que a gente precisa ter mais presente, acho que as coisas se definem melhor e as pessoas vão solicitar mais esse imediatismo do telefone ou do WhatsApp, ou de uma resposta por e-mail porque você está fora ou naquele dia você não consegue responder. Ou você faz uma coisa ou você faz outra. Se não, às vezes, você fica a manhã inteira respondendo WhatsApp e tem pessoas na sua frente para ser atendidas, tem demandas que chegam, porque a gente tem muita demanda, muita judicialização também. Com essa questão é... da oferta e da demanda, é o Departamento que recebe muitas peças judiciais, contrato, com pareceres e a gente precisa ter um olhar para isso, para discutir, inclusive, com o judiciário, essa articulação com o judiciário é importante. Então, assim, é um departamento bastante complexo.

P: As ações da Regulação são determinadas pela Secretaria? Tem alguma diretriz ou documento que fala “A Regulação tem que funcionar assim”?

R: A gente tem atribuições, o que compete a esse departamento, né? Dentro desse departamento a gente tem várias...tem organograma onde tem várias...tem um diretor (entrevista interrompida). Então, tem o organograma na Saúde que...esse Departamento tem um diretor que responde pelo Departamento, e abaixo dele a gente tem três seções, que é assim: tem a seção de Controle, de Regulação e de Auditoria, que tem um chefe. Abaixo desse chefe tem as pessoas que trabalham para cada um. Na seção de Auditoria onde vem tudo para ser auditado,

tudo o que é feito externo e a gente compra de serviço, vem para todas as guias com os resultados de laboratório, exames, cirurgias, tudo que é realizado na Santa Casa e vem para pagamento, no HU, tudo é auditado primeiro, antes do pagamento, e...o final é o diretor que faz o parecer, mas, antes, passa pelos três...outras sessões. Inclusive é o Departamento responsável pelo envio de todas os dados do município para o Ministério da Saúde. É como o Ministério enxerga a saúde, o SUS em São Carlos. É nesse Departamento, é onde a gente fala que é a questão do Controle. Então, tudo o que as unidades fazem de digitação no e-SUS, sistema do Ministério, eu tenho um servidor dentro desse Departamento tem uma pessoa, chefe responsável, que ele recebe essas informações, via internet, a todo o momento e ele que transmite, esse servidor dentro desse Departamento que transmite todo dia essas informações para o Ministério, para o sistema. Tudo, como o Ministério enxerga o município, é através dessas informações que a gente envia para lá. Então, quando vem alguma coisa. Por exemplo, a gente cadastra em programas do Ministério para receber determinados recursos, mas, para isso, a gente tem que alimentar o sistema e a gente tem algumas metas para cumprir. E, aí, então, toda vez, por exemplo. Se eu não enviar esses dados e não aparecer lá o registro que eu cumpri a meta, o Ministério corta o pagamento.

P: Quer dizer, ele não paga?

R Não paga. Então, assim, eu tenho uma responsabilidade grande nesse sentido porque só o fato de a unidade digitar não garante que esse dado suba para o Ministério. A gente tem um servidor central que envia e que a gente faz o acompanhamento.

P: Em relação ao fluxo de referência e contra-referência da rede, de que forma você acompanham isso?

R: Na verdade, a gente tem uma planilha, uma guia de referência.

P: Existe uma guia padronizada em todas as unidades?

R: Uma guia padronizada em todas as unidades, né? Isso, internamente, é da primária para a secundária, das unidades para o CEME e para o AME é utilizada essas guias. A gente tem um protocolo para preenchimento dessas guias, elas devem conter alguns itens que a gente considera obrigatório porque muitas vezes essas guias vão para o especialista, mas, assim, só “ao cardiologista” e não cita nada. Então, a gente acabou definindo alguns critérios, precisa ter história clínica, precisa ter o CID, se não, o especialista não sabe se já foi feito algum exame. Precisa já ter alguns exames realizados para que eu não chegue no especialista e fala “ah”. Muitas vezes acontece, a gente já identificou, o paciente chega desinformado, ele chega para o especialista “eu não sei porque o clínico me encaminhou para cá”. Ele não sabe dizer, e aí, às vezes, você acaba perdendo consulta com uma demanda longa, uma demanda reprimida grande.

Então, nesse sentido a gente tem alguns critérios. Quando é algo que não consta da nossa lista de padronização, tanto de especialista como de exame, o próprio usuário sai da unidade com essa guia e ele é orientado a se apresentar no Departamento de Regulação. Lá, ele é cadastrado, a gente tem um sisteminha de cadastro. Ele é cadastrado, é... e aí é verificado se ele trouxe os exames, documentos necessários, se ele tem meios próprios, é feita toda a avaliação e, após, agendamento do exame ou da consulta com esse paciente para que ele possa realizar. Se é cirurgia, é a mesma coisa. Vai com essa guia de cirurgia e ele entra numa lista é...de cirurgia eletiva, né? Quando é cirurgia de urgência já é encaminhado para o serviço que é nossa referência, que é a Santa Casa. Se é eletiva, ele entra num sistema, num cadastro de cirurgia.

P: Certo. Bom, acho que você tem uma visão mais ampla por ter toda essa vivência na Atenção Básica. Você acha que esse fluxo é adequado, tem pontos positivos, ainda tem pontos para melhorar?

R: Olha, a gente melhorou bastante com a questão desses critérios que eu coloquei. Era uma fragilidade grande porque a gente não tinha essa questão. Muitas vezes, vinha a guia de referência incompleta e isso não tinha retorno e, também, no sentido contrário. O clínico para o especialista, o primário para o secundário fazia referência só que a contra-referência não retornava para a unidade que gerou essa referência, que é a Atenção Primária. Então, isso é uma coisa também que a gente acabou é...determinando que, a partir, do momento que o usuário venha para que ele retorne à unidade, ele precisa retornar com a contra-referência. Facilitou muito isso, como a chegada também do AME, que o AME no município também trabalha nesse sentido, somente com referência e contra-referência. Então, isso ajudou bastante no CEME, aqui que é aquela coisa de que...dentro da casa precisa vir alguém de fora para movimentar, porque tinha muita dificuldade aqui dentro de sair a contra-referência. E aí, o que acontece? Muitas vezes o paciente é encaminhado para o setor secundário e ele não sai mais. Ele fica aqui, por exemplo, ele vem para uma avaliação com cardio¹⁸ por algum motivo e aí ele fica acompanhando com esse cardio, sendo que, assim, ele está compensado e, a partir do momento que compensou, ele pode retornar e dar seguimento na atenção e eu abro vaga porque eu sei que a demanda é grande para especialista.

P: O paciente é da Atenção Básica? A Atenção Básica que ordena o serviço?

R: Ela que ordena.

P: Ele precisa sair para resolver algo mais complexo e volta pra cá?

¹⁸ Cardiologista.

R: É. Isso era um nó, ele não voltava. A gente identificou isso, o paciente não volta, a partir do momento que ele vem para a secundária ele ficava, por exemplo, aqui no CEME, fazendo acompanhamento com cardio. Aí, você vê que ele está compensado, só está fazendo retorno. A gente...o AME tem um critério e a gente achou bastante válido. Assim, o paciente permanece por 180 dias e, aí, ele tem alta em até 180 dias, ele tem alta e volta com uma contra-referência para o seguimento na Atenção Básica. Caso apresente alguma nova alteração, ele volta para a secundária. Isso ajudou muito a gente dinamizar essa demanda reprimida que a gente tinha de vagas.

P: Você considera que a Atenção Básica tem estrutura para receber esse paciente de volta? Ela tem condição de receber alguns casos mais específicos?

R: Sim, os clínicos sim, a gente tem. O AME tem oferecido também um trabalho de matriciamento agora. A partir desse ano, começou um matriciamento com as unidades básicas, nesse sentido de ter alguma dificuldade de eles também estarem próximos da ponta para dar esse suporte. Por exemplo, paciente que toma medicação controlada, por exemplo, um neuro¹⁹. A partir do momento que ele está compensado, o neuro dá alta do AME e ele volta para a Atenção Básica para o clínico dar seguimento no que foi prescrito pelo neuro. E, com a seguinte colocação “caso o paciente tenha alguma alteração ou a própria medicação não esteja sendo suficiente, o próprio clínico já reencaminha e volta para o AME para ajuste”. Entendeu? Está tendo esse fluxo bastante facilitado. Uma coisa interessante que você falou de quem ordena, o paciente sempre é da Atenção Básica. Dentro do Departamento de Regulação, a gente também tem a questão da agenda que a gente não tinha até o ano passado, a gente implantou o sistema CROSS. Até então, na Atenção Primária a agenda era manual, e aí, a gente sentiu a necessidade de fazer agenda eletrônica e aí, foi nos ofertado o sistema CROSS para a Atenção Primária, que até então, ele era só para agendamento com especialista. Então, eu também tenho agenda CROSS interna da Unidade. Isso é bom porque a gente consegue visualizar no sistema, entendeu?...Hoje é disponibilizado via sistema, tanto CEME, o AME disponibilizam essas vagas, através da Regulação. Eu tenho uma pessoa na Regulação que é responsável por disponibilizar as vagas e aí, a gente faz todo o critério de olhar para a gente ter um cadastro de demanda reprimida, que a gente chama, que é todos os pacientes que aguardam consulta com especialista e eu não tenho vaga naquele momento que ele necessita e então tem esse cadastro. E tanto o Departamento da Regulação, como a gente da gestão, enxerga essa lista e vai acompanhando no sentido de eu oferecer mais vagas para quem tem mais necessidade, vagas

¹⁹ Neurologista.

para quem tem menos. O que não acontecia antes. Antes, a gente era bem no escuro, não conhecia. Às vezes, a mesma vaga porque era uma fila manual da Unidade. Então, às vezes, eu oferecia o mesmo número de vagas, sendo que uma tinha demanda maior que a outra. Então, isso foi uma coisa bastante interessante e é dentro do Departamento de Regulação que faz esse controle e disponibiliza essas vagas. Então, tanto a agenda interna como agenda especialista, é via esse Departamento. Ainda, a gente não está com as cirurgias, mas é o próximo passo nosso também, que a gente tenha a lista de cirurgia a gente tem um sistema interno, mas a gente também tenha isso para que possa visualizar nas unidades como está essa lista. Na hora que o usuário chega e quer saber como está, ele possa ser orientado.

P: Em que lugar eu estou, se falta muito para mim?

R: Isso. Como é cirurgia eletiva, ele pode aguardar.

P: E diante dessa melhoria que você citou, há ainda que você pode falar “nossa maior dificuldade ainda é isso”? Falta de profissional ou algumas especialidades que o município não consegue ter?

R: Sim, a gente tem a questão do RH, ela sempre permeia. É aquilo que eu falei. Mas, a gente tem que encaminhar isso também no processo de trabalho, acho que é uma coisa que eu pontuo que a gente precisa olhar é processo de trabalho. É como ele se dá o que, com o que eu tenho, o que eu posso fazer de diferente? Acho que essa é uma grande dificuldade de todos nós.

P: É porque, às vezes, você mudando o processo de trabalho, você otimiza quem está ali.

R: Muito. E isso é uma dificuldade até de quem está no serviço. “Ah, eu sempre fiz dessa forma, porque tenho que fazer diferente?”. O ser humano é isso mesmo, a gente acomoda, sair da zona de conforto...

P: Você passa a dominar aquele fluxo, se sente seguro.

R: Isso. Eu acho que é provocar isso. Isso é uma coisa necessária o tempo todo, provocar essa necessidade de que esse processo trabalho seja dinâmico.

P: Tem um primeiro momento de resistência e depois as pessoas vão vendo que dá certo.

Isso. E mesmo do medo, né? Percebi, assim, eu nunca fui desse departamento, sempre tive contato externo, eu estou na rede há muito tempo, quase 30 anos. Então, é um departamento que eu nunca trabalhei. Então, você percebe quando você chega, as pessoas ficam assim “O que será que vai fazer?”. Mas é essa coisa de você se mostrar próxima das pessoas e as pessoas confiarem. “Será que dá pra fazer assim?”, fazer questionamentos. Assim, “eu não conheço, como eu não conheço eu vou fazer um monte de perguntas”. E, muitas das vezes, que a pessoa vai responder “ah, a gente nunca parou para pensar nisso”. Acho que é provocação mesmo, isso é fundamental.

P: Eu acho bom quando vem uma pessoa de fora, porque você vem com um olhar muito sem pré-conceitos daquilo. Você vem e consegue ver aquilo muito mais de forma diferente do quem está ali mergulhado.

R: É, exatamente. Eu cheguei muito transparente no sentido de “eu vou falar qual é a visão que a gente tem do outro lado, que as pessoas nos passam”. Eu falei “eu também estou na gestão lá na Atenção Primária e é importante quando alguém me fala “olha, as unidades assim...eu falo, olha eu não tinha pensado nisso, não estou vendo isso, e acho que é importante. Então, eu falei “olha, as pessoas falam que o Departamento não funciona, na hora que preciso não tenho respostas”. E aí, eu falei “eu estou vendo aqui que todo mundo trabalha bastante, tem um monte de atividades, um monte de atribuições, que as coisas estão funcionando, mas o que será que está acontecendo que as pessoas não estão enxergando?” E, assim, o que a gente falou, falta essa aproximação, o que está acontecendo aqui dentro que poderia ser diferente que as pessoas pensam. Eles assim “ah, a gente trabalha com a questão financeira”. Lá dentro é onde também você faz gestão desses contratos. E aí, tenho recurso para um contrato de 12 meses e eu me deparei agora, em outubro, com vários contratos sem recurso financeiro para terminar. Então, isso foi um problema grande. Olha a necessidade de fazer gestão próxima. E aí, “ah, mais aumentou muito...” Aí, eu comecei a questionar, mas, é claro que tem resposta, todos têm resposta. Aumentou muito o número de usuários SUS, a qualidade de vida das pessoas caiu, mexeu muito com a qualidade de vida. As pessoas não podem mais pagar plano. A gente percebe isso na Atenção Básica. Falei “Olha, isso é um fato, é uma realidade. Realmente a gente tem aumentado muito de pessoas procurando as unidades para atendimento SUS”. A gente tem um AME que atende, a gente tinha, eu tenho especialistas que estão me demandando exames, que até então, não eram solicitados porque também não tinha o especialista para isso, né? E, hoje, está me gerando, isso gera custos. Então, assim, a gente vai ter que olhar para isso.

P: É uma nova realidade que se apresenta.

R: É uma nova realidade, então eu falei “a gente tem que olhar para isso, para tudo isso”. Só que eu falei “em algum momento esse departamento provocou os outros no sentido ‘olha, a gente está percebendo esse movimento, o que esse departamento, por exemplo, de Atenção Primária, tem feito com os seus profissionais?’”. “Ah, a gente percebe que médico pede muito exame. Às vezes, em tempo muito curto”. Aí, eu falei “o que esse departamento tem provocado nos outros para falar que ele também olhe lá e veja olha, vocês têm...eles estão sabendo?”. “Não, a gente nunca pensou em dar esse feedback”. Então, eu falei “se a gente também não faz essa ponte e não está próximo dos outros departamentos, não tem como a gente também gerir nem um contrato porque, assim, vai estourar meu valor mesmo de recurso”. E aí, quando

estoura, o Departamento Financeiro, que é o que paga, simplesmente fala “olha, vocês não fizeram gestão do contrato, e eu não tenho dinheiro, e aí o erro é nosso. Então, a gente tem que dividir essas coisas”. Então, acho que esse também esse...essa parceria com os outros departamentos é fundamental.

P: Acho que uma palavra importante que você falou e que eu tenho identificado em outras entrevistas... Entrevistei bastante gente da USE e... aproximação. Uma das questões “como você acha que a gente pode mudar?”. Porque eles relatam muito...até pode falar no próximo bloco - relação da Regulação com a USE - entra muito assim, a guia de referência. Foi um tema interessante que você levantou e eles apresentam muito assim, “as guias chegam, às vezes, sem o nome do paciente, coloca lá “à Fisioterapia”, mas às vezes, o paciente nem ele sabe falar o que ele sente, o que ele já fez, o que ele não fez, e aí, você liga na unidade e não consegue falar, a pessoa liga aqui eu estou atendendo eu não consigo responder. Eu falei, então, o que você acha que tem que fazer para? “Ah gente tem que se aproximar”.

R: Até pelo nível intelectual da pessoa, muitas vezes, ela não consegue expor qual é o problema dela, ou ela expõe e o entendimento dela e não é aquilo que o profissional.

P: Que um profissional passaria para outro profissional?

R: É. Por isso que te falei é extremamente importante conter a história clínica.

P: Vem muita guia assim “não devolva o paciente para cá e não tem mais o que fazer”. Eu falei assim... a gente tem que se aproximar desses profissionais porque a gente entende a realidade deles, eles entendem que aquela guia bem preenchida facilita aqui, melhora para mim e eu consigo devolver para ele mais rápido.

R: Então, porque, mesmo você fazendo orientação, você tendo fluxo estabelecido, que nem esses critérios das guias de referência e contra-referência, a gente fez, formalizou, passamos para todas as chefias de unidades para que eles dessem ciência com todos os profissionais. Mesmo assim, isso não é uma garantia que está funcionando dessa forma.

P: Claro.

R: Eu tenho um jeito de trabalhar bem próximo das pessoas. Então, assim, como eu, por exemplo, junto com as UBSs eu consigo minimizar isso, não resolve, mas minimiza muito. A gente percebeu muito. O coordenador do AME, eu falei pra ele, “eu não consigo admitir que um profissional mande um negócio sem preencher para um especialista que nunca viu o paciente, não acompanha o paciente”.

P: O paciente não é dele.

R: Não é dele. Aí, ele falou “Olha, vamos combinar uma coisa toda vez que chegar uma guia não preenchida corretamente, vou te mandar uma foto”. E aí, eu falei “perfeito, porque eu vou pegar essa foto e vou trabalhar com o profissional”.

P: Igual professora?

R: É. (risos). Então, ele me manda a foto. No primeiro mês, ele mandava diariamente, e aí eu falei “Ele mandava aquela carinha triste. Não vou desanimar, nós vamos corrigir”. Isso melhorou tanto, você não faz ideia. Hoje, assim, ele me manda duas mensagens, mas, assim, é um trabalho que a gente fez assim., “O que acontece, quando ele me manda...”

P: E você vê é um trabalho simples, não te exigiu nada.

R: Não. Eu compartilho primeiro com a chefia da unidade porque eu trabalhei com o chefe da unidade que ele tinha que trabalhar com a sua equipe, com o profissional. Então o que ele faz? Ele pega essa guia e mando “Encaminhamento inadequado, aguardo manifestação”. Então, ele vai, com esse encaminhamento inadequado... ele vai primeiro...ele vai no profissional “olha, recebemos essa devolutiva do AME, não pode ser dessa forma”. Ele faz a orientação, agora tem que ter história clínica, precisa ter o CID para que realmente a consulta seja proveitosa, que o paciente chegue lá e o especialista consiga entender e dar os encaminhamentos necessários. Se não, vai chegar lá e vou queimar uma consulta”. “Ah, preciso que você faça uns exames”, mas às vezes, ele já fez os exames. Aí, ele orienta esse profissional. Ele vai na equipe de agendadores dele e fala “isso não pode. Chegou aqui para agendar...” - O paciente passa por pós-consulta para fazer o agendamento no sistema - “chegou sem preencher, não agenda. Fala para o paciente, olha, eu não posso preencher”. O que funcionou? Esse paciente volta para sala do médico ou profissional e ele fala “Ah, doutor, não consegui agendar, precisa preencher”. Entendeu? Então, assim, o profissional percebe que, assim, se ele poderia ir embora logo, ele fez uma consulta e o paciente ainda retorna.

P: Vai demorar mais.

R: Mais. Então, assim, é aquela coisa...

P: Eu já vi essa sala de pós-consulta de agendamento dentro das unidades. Então, quer dizer, o usuário é atendido pelo médico e o médico deu o encaminhamento x, ele passa ali?

R: Ele passa para verificar, primeiro, porque assim...

P: Ali que marca no CROSS?

R: Isso. As guias de exame eles não colocam nem o nome do paciente. Agora pensa assim, se eu deixo esse paciente sair da unidade, ele pode colocar o nome de qualquer pessoa? Isso é grave, mas não adianta. Infelizmente, não deveria trabalhar com esse profissional fazendo essa...

P: Vai muito do compromisso pessoal daquele profissional.

R: Sim. Então, assim, eu tenho profissionais que não adianta. Eu preciso fazer essa checagem. É onde vê se tem carimbo médico, às vezes, ele assina e bate o carimbo, ou o contrário, só carimba e não assina. Né? Não preenche os dados do paciente. Então, essa pessoa que faz essas anotações. Agora, as anotações de exames, de história clínica está preencher, aí tem que pedir para o próprio paciente porque aí o profissional acaba ficando um pouco acuado e tem que preencher. Mas, é essa coisa próxima, não tem outra fórmula. Porque o fluxo e protocolos não garantem que isso funciona.

P: Porque depende da pessoa.

R: De quem faz. E nisso tem o ser humano.

P: Que é uma pecinha difícil. Como a Regulação tem acesso às informações sobre os serviços que são prestados pela USE? É um canal suficiente?

R: Sim, tudo que é realizado é encaminhado via relatório, via malote. É encaminhado e...é feita essa articulação dentro do departamento. Isso, assim, pelo menos nesse tempo que eu fiquei lá, não foi apontado nenhuma dificuldade nesse sentido. Mas, assim, nesses três meses não recebi nenhum contato, essa coisa de discutir nada, de coisas que estão funcionando que não estão funcionando em relação à parceria USE com esse departamento. Tá? Em relação ao que está estabelecido, é...pelo menos, as pessoas que tomam conta lá não apontaram nenhuma fragilidade nesse sentido. A única coisa apontada, que é uma coisa que acontece também nas unidades em relação à USE, é aquela questão. Por exemplo, a gente recebe o e-mail que encerra as atividades agora, dia 20/12, e retorna em fevereiro. Então, isso é uma coisa que os usuários nos cobram muito porque a gente sabe que é uma unidade saúde escola, mas todo esse período que fica sem esse atendimento e, às vezes, acontece no mês também de julho, no meio do ano, isso é um nó para a gente nesse sentido. Tem resistência, às vezes, tanto de profissional encaminhar, como de usuário querer aderir por conta dessa quebra nesse período.

P: Como ela tem a maior parte do corpo de trabalho vem dos alunos...

R: Sempre diz isso. E, assim... atende bastante, muitas das nossas necessidades. Apesar da gente saber que é, às vezes, específico, tem todo um protocolo de encaminhamento, não é todo caso que a gente consegue, mas ainda a gente, pelo o que o Departamento coloca, mesmo às vezes não estando no protocolo, tem uma facilidade no sentido de conversar com alguém lá, rever, conseguiria dar um apoio. Muitas vezes, parece que isso é possível, é o que eles me apontaram lá. Mas, a gente também essa contra-referência deles lá nessa questão dos encaminhamentos mesmo, de como se dá. Muitas vezes, a própria unidade encaminha errado, faz o usuário ir até lá na USE e, aí, quando chega lá, não é lá, ou não foi feito contato, e aí ele fica bravo mesmo,

fica bravo lá, lá não tem nada com isso, é só parceiro, entendeu? O serviço é lá, mas é essa questão da informação mesmo. Por mais que, toda vez, que cria um novo ambulatório ou uma nova especialidade dentro da USE, alguma oferta, a gente comunica as unidades. Isso é comunicado, mas, muitas vezes, essa comunicação não é garantida 100%. Porque, assim, quando chega via Secretaria, a Secretaria nos comunica. A gente, o nosso ponto de comunicação é o supervisor, é uma pessoa, né? Da unidade. A gente cobra dessa pessoa que ela dissemine isso para toda a equipe, até porque eu tenho uma equipe além da equipe que trabalha ali diretamente no agendamento, eu tenho a equipe multi, que às vezes, o multiprofissional ele não sabe de tudo isso. E, às vezes, você percebe que não chega a todos. É uma coisa que tem que cobrar o tempo todo. Então, tem uma falha aí nessa comunicação de chegar realmente a todos os atores. Chega, mas não chega a todos eles.

P:Essa fala sua é uma repetição, assim, ecoa de todos os lados.

R: O que a gente tem feito ultimamente, que assim, isso está gerando um monte de papel. Às vezes, tem que imprimir e é... quando eu passo...eu tenho uma prática com as UBSs eu faço reunião com as chefias quinzenalmente. Então, é onde eu passo tudo o que teve naquela quinzena, tudo que tem de coisas novas surgindo e é aonde eles me dão toda a devolutiva de como foi a quinzena na unidade e a gente discute com todo mundo junto. É bom um ouvir a realidade do outro e aí, vai se apoiando. É...eu solicito ciência de todos os profissionais, você gera muito papel, uma coisa que não deveria acontecer, mas é a única forma que eu tenho de, assim, garantir que aquele profissional leu. Às vezes, as pessoas assinam, sem ler. Mas, assim, de que ele foi informado e que, se acontece alguma coisa dessa forma... às vezes, o usuário vem até aqui para fazer reclamações. Ele caminhou por vários lugares “Ah, me mandaram primeiro na Regulação, depois me mandaram ir à UFSCar, depois mandaram ir no Hospital Escola, Hospital Universitário, e aí eu não consegui nada...” Entendeu? É uma pessoa que, às vezes, não tem condição de ficar gastando passe de ônibus, e aí, eu falo para ele “Olha, essa informação foi passada para a Unidade e a Unidade vai ser notificada”. A gente tem documento e falo “olha, o profissional deu ciência aqui que estava. O fluxo é esse”. Mas isso acontece. Muitas vezes, vai na Ouvidora também. A pessoa fica caminhando na rede sem resolutividade por falta de informação.

P: Quando eu estava fazendo a parte exploratória algumas pessoas da SMS falaram assim “Ah, é difícil saber o que a USE faz porque a USE não está no CROSS”. Aí, eu fui na USE para entender isso e ela falou “Nós temos alguns ambulatórios no CROSS e o teste ergométrico. As outras coisas são muitos projetos e ações de pesquisa e tem muito requisito, muita especificidade e não tenho como colocar isso no CROSS”.

R: E tem prazo, né? Terminou o projeto e fica ligado, se não a pessoa tem que ficar mexendo nessa agenda que não é uma agenda muito fácil.

P: Aí, ela falou a gente pode acabar complicando mais do que a ajudando. Então, a gente deixa aquilo que é só agendar. E você acha que, realmente, o fato da USE não ter toda a integralidade dos serviços no CROSS dificulta entender o que ela faz lá, o que ela tem disponível lá para o profissional que está lá na Atenção Básica?

R: Dificulta nesse sentido da comunicação que eu não garanto que todo mundo está sabendo. Uma coisa que eu acho que é interessante que aconteceu com o HU. Todo início de ano a gente tem, como a gente tem essas reuniões com a Atenção Primária quinzenal na UBS, e a USF é mensal, eles pedem espaço a cada seis meses, nessa reunião onde que eles vêm e trazem folder e fazem uma explanação para a gente de todos os ambulatórios e todos os serviços que são oferecidos, horários, quem é que pode ser encaminhado e tiram todas as dúvidas porque o simples fato de eu receber, às vezes, tem algum caso que não está ali dentro daquilo, mas como vem alguém e explica, a pessoa consegue, quando ela está ouvindo o usuário “Ah, essa paciente cabe naquele caso ou esse eu não posso porque lá falou para mim vejam bem esse critério e tal”.

P: É uma prática que está funcionando, de se apresentar?

É. Vem dentro dessa coisa de estar junto. Então, eu acho que isso é uma coisa que vem dando certo, por exemplo, com o HU a gente acha que funcionou. A gente fez isso com ambulatórios. E é uma coisa dinâmica também. Às vezes, eu tenho um ambulatório no HU e daqui a pouco eles abrem outro, ou muda horário. Entendeu? O fato de vir por e-mail e eu mandar, às vezes, a pessoa leu o e-mail naquela hora, mas tem outro chamando, não sei o que, e acaba passando. Eu não garanto que isso chegou em todos. O médico não está na unidade naquele horário, por exemplo, então ele não recebeu a informação. Depois, a hora que ele vem, a rotina te engoliu e não consegue acessar.

P: A Regulação tem algum interlocutor na USE para resolver alguma dúvida, alguma coisa ou vai ligando conforme o que está ali?

R: Sempre tem algumas referências. Tem referências para determinados...entendo que tenha a pessoa lá que responde, mas eu percebo que ligam para outras de referência. Determinado assunto, “ai, eu posso falar com tal pessoa”. E não vejo isso como dificuldade, quando solicita, pelo menos, ninguém me colocou nesse sentido. Acho que é mais essa questão da ponta mesmo, entender o que...de estar próximo e entender o que oferece.

P: Aproximação acho que é palavra de ordem.

R: Fundamental.

P: Tem algum atendimento que vocês direcionam só para a USE? Que só a USE oferece?

R: Tem alguns específicos, não sei te citar, mas tem coisas que a gente só tem na USE. Mas eu não sei.

P: O carro chefe é fisioterapia.

R: É. Mas tem coisas que eu só tenho a USE para oferecer. Tem sim.

P: Você tem algum critério, acho que pela vivência da Atenção Básica, você vai saber responder isso – que vocês usam para orientar as unidades para encaminhar para cientes para USE? “Olha, vocês têm que mandar para lá se for assim, assim ou assim” ou não?

R: A gente segue, mais ou menos, o que vem de referência da USE, tá?

P: O que é pactuado?

R: O que é pactuado lá. Ou é e-mail ou quando vem por e-mail ou quando vem via Regulação a própria Regulação nos envia ou nos liga para fazer a orientação, a gente faz em reunião. Mas, não tem, assim, formulário todo. Por exemplo, o HU fez um folder com todos os ambulatórios e com todos os critérios, da USE não tem, só tem o que é oferecido, mas nunca veio da própria USE não.

P: Se, por exemplo, se ela tiver um novo ambulatório ou um novo serviço, ela avisa para a Regulação e a Regulação vai distribuir isso para as unidades?

R: Vem pro Departamento aqui e a gente passa para as unidades. Acho que isso precisava ser mais claro.

P: Eu ainda estou no momento de entrevistas da pesquisa, mas, pelo o que estou sentindo, o principal gargalo está aí.

R: Isso, é isso. Eu sei que todo mundo oferece coisas, mas, assim, é as pessoas saberem, terem claro isso. Porque acho que muitas vezes a gente deixa de encaminhar por desconhecer. E encaminha errado também pelo mesmo motivo.

P: Eu já fui em unidade e falaram “Eu nem sabia que podia mandar lá”. E acontece de chegar encaminhamento errado “Ah, não sabia que era assim”.

R: É. E aí isso gera realmente bastante reclamação dos usuários.

P: Nesse tempo que você tem essa experiência, tem alguma dificuldade no fluxo de paciente da rede para a USE ou só essa questão dos intervalos do ano que eles ficam fechados?

R: Além dessa dificuldade, a gente tem um pouco de resistência, apesar que as unidades fazem um trabalho de conscientização dos usuários, de distância. Eu tenho bastante dificuldade de regiões distantes, por exemplo, região do Aracy é difícil a gente conseguir a adesão de um paciente porque ele, muitas vezes, não tem condições de bancar o transporte. A própria

localização acaba sendo, apesar de eles fazerem um trabalho de conscientização, a fisioterapeuta mesmo faz um trabalho “Olha, tem a necessidade”. Porque não é uma vez, entendeu? Ele precisa dar um seguimento.

P: Tem paciente que vai lá três vezes por semana.

R: É. E aí tem essa questão dessa dificuldade. Às vezes, alguns que são cadeirantes relatam para a gente que tem que ser ônibus adaptado, tem a questão dos horários, que não está conseguindo ou que, assim, não pode chegar atrasado, tem horário e ele não consegue adequar o horário do transporte. Então, assim, tem essa questão da localização.

P: Geográfica mesmo?

R: Geográfica. A gente percebe mais isso nos usuários da região mais distante.

P: Como você acha que essas dificuldades podem ser superadas? A geográfica é meio difícil.

R: A gente já tentou uma época ver essa questão de disponibilizar o transporte, mas, assim, acabou não dando certo porque é uma coisa que acaba...a empresa terceirizada onerando bastante o município e aí, isso acabou não se dando. A gente fez até uma tentativa, ver se isso era possível, entendeu? A gente já fez ofícios há tempos atrás solicitando mais linhas de ônibus que permitisse...e aí, a empresa disse que eles avaliam isso pelo fluxo e que estava dentro do que era previsto, que eles avaliavam pelo número de pessoas que utilizavam, que a necessidade, que a oferta era suficiente para a necessidade. Então, assim...

P: Na época de férias, o transporte diminui porque tem menos fluxo para a Universidade.

R: Sim. Então, a gente, assim, é a única forma que a gente tem. A gente tem um transporte sanitário do município. A gente orienta também, mas ele também tem alguns critérios, paciente acamado, que a gente tem essa questão. Ele faz com paciente para hemodiálise, mas a gente sempre pede caso não tenha, verifica se há condições, mas a gente também tem algumas fragilidades no nosso transporte sanitário, por conta dessa questão da demanda e de priorizar o que é prioridade no momento, não. Porque eu também não tenho muitos carros para oferecer esse transporte.

P: Na visão de vocês o que pode ser feito para consolidar a atuação da USE na saúde pública de São Carlos?

R: Olha, é...eu acho que, assim, uma...eu acho que a USE é um espaço extremamente rico de infraestrutura, fantástico, é...que a gente não tem igual no município, eu acho que a infraestrutura de lá é, não sei...a gente, assim, tentou já. Eu participei de algumas reuniões no passado da questão de articulação dos profissionais nossos fazerem algumas pactuações lá e isso também não caminhou. A gente tinha uma parceria bastante efetiva no passado, com a

Universidade Federal, que eu acho que teve uma desconstrução e a gente sabe que permeiam questões políticas, atravessam bastante, e isso foi uma coisa que eu acho que desconstruiu bastante nos últimos tempos. Isso foi uma coisa perceptível, muito pela gente, que está na rede há muitos anos. Eu acho que a gente foi construindo, construindo e isso foi uma coisa que deixou a gente muito desmotivado porque, de repente, a gente viu uma desconstrução, assim, de algo que a gente vinha, assim, construindo tijolo por tijolo, entendeu? E aí, quando você vê que, assim, político atravessa. A gente sempre tem esse cuidado, a gente sabe que político ela peca por caminhos...a gente tem sempre esse cuidado que um sobressaia, que o político não sobressaia o técnico. Mas a gente viveu coisas, isso anos atrás, e isso foi uma coisa muito ruim, acho que todos saíram perdendo, principalmente o usuário. Então, a gente estava nesse processo, inclusive de verificar e, aí, a gente tem todas umas coisas que atravessam dentro da nossa Secretaria, da nossa Prefeitura, que, assim, hoje eu tenho funcionários que atuam, às vezes, na Santa Casa, para coisa que são importantes para o município e tenho apontamentos que eu não posso ter em órgão que não é público, municipal, funcionários da rede atuando, mesmo que eu tenha controle sobre isso. Então, assim, a gente gostaria de aproveitar mais que, assim, essa infraestrutura toda que é oferecida lá e que a gente tem uma deficiência enorme na rede. Mas, assim, a gente vê que poderia ter essa parceria aí, e que por questões que atravessam realmente...

P: Que passam por fora dessa relação profissional.

R: É. Que a gente não consegue, mas isso acho que seria muito bom, um ganho muito grande para o município. E acho que até, eu acho que para ambas as partes seria positivo para a universidade, muito positivo para o município. Os profissionais mesmo que atuam nessas especialidades, principalmente, Fisioterapia e TO, no município, eles apontam isso, que a gente tem um equipamento fantástico lá e, assim, a fala é que é subutilizado nesse sentido, mas não que tem a ver com a universidade, que tem a ver com o município, mais nesses entraves que permeiam. Acho que até isso mais do que essa interrupção de férias que a gente sabe que é uma coisa da unidade da saúde escola. É a característica do local. Como eu falo para o aluno que ele não vai ter férias? É um direito dele. Mas, ao mesmo tempo, eu interrompo um trabalho, né? A gente sabe que não interromper entre aspas, mas os usuários acham que interrompeu, “vou ficar dois meses sem”. Mas, assim, se tivesse essa articulação com o profissional da rede.

P: Essa aproximação.

R: É. Eu acho que isso seria uma coisa bem legal. E a própria é...nessas reuniões, a questão de recursos humanos mesmo. A USE trouxe para a gente lá no passado, assim “olha, a gente tem

infraestrutura, se vocês tiverem os recursos, a gente pode aliar”, mas isso não encaminhou por conta desses entraves, né? Se a gente pudesse unir essas forças.

P: Tem os espaços para o profissional.

R: Nossa, o quanto o usuário iria ganhar? A gente...seria muito prazeroso para ambas as partes.

P: Vamos para nosso último bloco, agora mais sobre comunicação. Eu ia te perguntar sobre a responsabilidade da Regulação em fomentar a rede com as informações sobre os serviços das outras unidades. Você me disse que a Regulação é isso.

R: Tem esse papel.

P: Vocês informam os supervisores das unidades e cabe a eles multiplicarem essa informação?

R: Sim, mas isso não é garantia de que seja feito.

P: Você acha que esse processo de comunicação, de conhecimento entre a rede é suficiente? Pode ser melhorado?

R: Eu acho que tem sempre que melhorar. Eu acho, que assim, não é suficiente porque você percebe nós no dia a dia. Você percebe tanto de ambas as partes, que estão no serviço, tanto do serviço como dos usuários. Se ele se bastasse, eu teria um fluxo acontecendo, mas não. Eu recebo, eu recebo pessoas na gestão que foram mal orientadas ou que...acham que “Ah, fecharam a porta para mim”, mas não é isso. “Ah, mas me falaram que é lá” ou “Ah, me devolveram na Atenção Básica e cheguei lá e falaram que não tem como absorver”, entendeu? Você tem que continuar lá. Eu acho que ele sempre precisa ser revisto.

P: E o que você acha que falta mais, o compromisso do profissional perante a divulgação da informação?

R: Também, eu acho que a corresponsabilidade de todos. É se sentir corresponsável e entender que é uma rede, que o usuário, a partir do momento que ele entrou... A porta de entrada é Atenção Primária, isso a gente sempre bate da tecla, “o usuário é seu, não importa se ele está na secundária, na terciária, eu preciso saber o que está acontecendo com ele, ele é seu”. Se ele voltou por algum momento, por desassistência ou por não ter continuado o fluxo “você retoma e vê o que acontece, você faz essa ponte!”

P: Você falou um termo interessante que é rede. Algumas pessoas que entrevistei falam “Não, a saúde não funciona em rede. Cada unidade vai por si, cada um faz do jeito que está conseguindo fazer”. Outras falam que “é rede, mas não consegue ser na prática, na teoria é”. Você acha que a saúde aqui em São Carlos é uma rede? Entendendo que a rede são essas engrenagens que vão funcionando cada uma no seu espaço, todas vão fazendo a roda girar

R: Eu entendo que é rede, mas entendo que ela tem muitos nós, ela tem vários obstáculos e é, assim, o que a gente falou, permeia, muitas vezes, é aquele profissional, é se corresponsabilizar, corresponsabilização que eu acho que falta.

P: Todos fazem parte do processo.

R: Todos fazem parte. E aí, assim, não é porque eu encaminhei que eu não preciso mais saber dele, e isso que a gente bate na tecla na Atenção Primária, que a partir do momento que encaminham eles acham que não precisam mais cuidar, por exemplo “ah, não, eu já passei”. Ou, muitas vezes, é mais fácil encaminhar, é uma coisa que a gente trabalha muito com os profissionais “Eu não consigo resolver, eu vou encaminhar”. Entendeu? Não, como é isso?

P: Ele é seu.

R: É, ele é seu. O que acontece? A gente tem procurado na gestão fazer esse trabalho. Toda vez que ele apresenta em alguns pontos da rede “quem que é a sua referência?”. Vai buscar ele na referência e chamar a referência para discutir. Nesse sentido, eu acho que, assim, eu acho o matriciamento fundamental no sentido de eu aproximar as pessoas, mas as pessoas têm uma dificuldade imensa de serem matriciadas.

P: De aceitar?

R: “Não, eu sei”. Então, assim, eu acho que é um trabalho de formiguinha, mas que a gente não pode deixar de fazer. Porque a gente percebe muitos matriciamentos iniciam e se perdem porque as pessoas começam a não participar. Então, eu acho que, assim, infelizmente ainda cabe um pouco. A gestão, é uma coisa que a gente é...tem percebido muito aqui. Às vezes, precisa ser de cima para baixo. A gente tem trabalhado o movimento de construção o tempo todo para que eles se sintam corresponsáveis, mas, muitas vezes, eu preciso convocar para que essa pessoa participe e abra um pouco a mente para “Por que isso é importante?”. A gente tem vários matriciamentos que acontecem. Por exemplo, saúde mental é enorme no município, eu tenho muitas fragilidades de algumas especialidades. Psiquiatria no município, em São Carlos eu contar com três psiquiatras, não dá conta. E se eu não tiver uma rede funcionando, esse paciente fica solto e é o que acontece, ele fica solto, ele vai pra UPA, ele via pra Santa Casa, ele vai para o HU. E todos esses lugares começam a nos apontar. “O paciente veio aqui e aqui não é referência, aqui é urgência, não tenho leito”. Vai para a UPA, a UPA quer dispensar, todo mundo quer se ver livre do problema, mas ninguém quer sentar “Vamos discutir, o problema está aí. Tem paciente psiquiátrico, não tenho psiquiatra, mas o que eu posso fazer? “Devolvo para Atenção Básica, se vira”. O clínico “Ah, não tenho conhecimento”.

P: A Atenção Básica vai até um ponto, um surto não é atenção básica que vai atender.

R: “Eu não tenho conhecimento para atender psiquiatria”. Tudo bem. E aí, as pessoas falam muito na questão “a gente não quer trabalhar no modelo médico-centrado”, mas ainda você percebe que muitos funcionam baseado...Então, assim, eu preciso ter essas discussões de matriciamento e fortalecer essas equipes multiprofissionais nesse sentido. Porque, se eu tenho uma equipe multiprofissional atuante, mesmo que eu não tenho psiquiatra, eu sei que ele é fundamental para o diagnóstico, mas eu consigo, minimamente, apoiar esse usuário, dar um suporte, às vezes, até para ele não entrar no surto. Por aqui, aí o atendimento, realmente, é médico, é conduta médica e não tem outra opção. Mas o que eu posso fazer para minimizar que ele entre no surto? Eu faço um acompanhamento com ele como é, como a equipe multi? E, aí, assim, a gente propõe nas unidades. A gente já tentou várias formas, né? Marcar em lugar neutro, aí as pessoas começam, vão duas ou três, e depois não vai mais. “Então, vamos fazer dentro da própria unidade, aí não tem desculpa de não conseguir sair”. Mas, as pessoas não se corresponsabilizam.

P: A corresponsabilidade é importante.

R: Aí, é isso. Aí, eu tenho outras especialidades que tenho bastante nós, vascular. Eu não tenho vascular hoje no município, tem que direcionar para fora, porque, assim, a gente tem a questão que abre concurso e não aparece. Então, assim, é bem difícil.

P: Você acha que quando as unidades, pensando no modelo em que as unidades todas elas se conhecem entre si, elas sabem o que as outras oferecem, o que o prestador oferece, isso facilitaria o fluxo de referência e contra-referência?

R: Sim, acho que bastante.

P: Se a gente conseguisse falar que essa questão da comunicação funcionou. Todo mundo sabe onde tudo está e acontece, facilitaria esse fluxo?

R: Muito, muito. Acho que isso é fundamental, acho que a comunicação ela é fundamental para que tudo aconteça. Eu acho que eu, a gente sempre aqui na gestão, quando a gente aponta “vamos olhar os pontos positivos e negativos, eu acho que a comunicação é bem ruim”.

P: Precisa melhorar?

R: E sabe o que é? Até a comunicação, contato paciente...o profissional e o usuário. A gente, cada vez, está falando menos com as pessoas. E isso é muito ruim, é o que eu tenho trabalhado muito com os supervisores de unidade. Às vezes, é a forma de falar. Se eu explicar para ele, porque às vezes “Não, aqui não tem.” Agora, se eu explicar para ele que eu não ofereço aquilo, mas tem umas possibilidades, mas eu vou ver. Entendeu? ou “olha, nesse momento eu não tenho, mas o senhor já vai entrando no cadastro aqui e, assim, que tiver...”. A conversa muda, a unidade lá fala “não é aqui”. Esse paciente procura a SMS. Ele vai lá “olha, fui lá... Que

unidade? Vai procurar a fulna, lá no CEME, que é responsável”. O fluxo é esse (risos). Você imagina, a pessoa sai da casa dela para ir à Unidade, da Unidade foi na Secretaria e a Secretaria mandou aqui no CEME. Olha o tanto que ela andou, ela já chega estressadíssima. Aí, ele vai me contar o que, às vezes, não conseguiu nem contar lá na unidade porque não deu abertura para isso. E, aí, às vezes, eu faço um contato, eu resolvo com a unidade por telefone e já dou os encaminhamentos. Isso é ruim para a unidade, isso eu mostro para eles “olha, o quanto isso é ruim, mostra o quanto vocês não são resolutivos. Vocês têm todas as ferramentas para ser”. Isso é uma coisa. Outra coisa, às vezes, realmente, a unidade está correta. Às vezes, não tem, o paciente fica inconformado e ele vai, onde ele ver porta aberta, ele vai. Porque é um direito dele, e só ele sabe o que aquilo causa para ele.

P: Essa medida só ele tem.

R: É só ele que tem. E aí, ele vem “não, mas eu fui lá e falou não...”. E aí, eu vou falar o não, mas vou falar o não explicando para ele e falando para ele o porquê, e a pessoa entende. “Ah, entendi. Mas, ninguém me falou isso”. Entendeu? E eu falo isso. Eu devolvo isso para a unidade. Todo mundo que me procura a unidade tem devolutiva em reunião, aponto tudo o que voltou, como voltou e o que tem que fazer para que discutam em reunião de equipe. E peço que o caso seja passado em reunião, conversar com o profissional que atendeu, explica todo o trajeto do usuário. Tá?

P: É isso. Até para falar um não, se você tiver jeito, a pessoa entende.

R: Esse é o problema, as pessoas não conversam, não conversam com ninguém.

P: E o usuário, ele já vem fragilizado. Se ele não estivesse com nada, ele não ria lá.

R: Não. E outra...é a única opção dele é a unidade de saúde, é a única opção. Sempre falo “gente, se coloca no lugar dele. É a única opção dele, não tem jeito. E, aí, você chega e fala ‘não tem, não é aqui’”, simplesmente. E era a única opção dele.

P: Eu acho que esse olhar, esse olhar que você está relatando, esse olhar mais humanizado, entender a pessoa não só como aquela que está chegando com um problema, ela tem uma situação, a opção dela é você, você é ali, naquele momento, é a esperança dela, muda muito a relação.

R: É, mas é bem difícil.

P: Só que demanda esse cuidado, o tempo todo de estar olhando para essa pessoa diferente.

R: E acho que, cada vez, a gente percebe os profissionais bastante desmotivados, e cada vez menos.

P: Distantes desse olhar.

R: Muito. Por sobrecarga de trabalho, a gente tem muito, assim, a demanda aumentou bastante. A gente não conseguiu ampliar o número de unidades no nosso município e isso é uma realidade. A gente está bem aquém do que a gente deveria ter. Então, eu tenho unidades, assim, extremamente lotadas de pessoas, de usuários e, agora com essa situação também nossa, de Brasil, cada vez mais as pessoas deixando o plano para utilizar o SUS. E, aí, equipes no mesmo formato de anos, não conseguem ampliar. E aí, assim, as pessoas têm uma sobrecarga de trabalho, e, aí, a gente tem aqueles profissionais e profissionais, responsáveis, e profissionais que não querem nem saber, que está lá de presença física, que você tem que ficar cobrando o tempo inteiro. Isso desmotiva aquele que trabalha.

P: Desgasta o gestor.

R: Os motivados adoecem porque, assim, não aguentam toda essa sobrecarga e, aí, se afastam. Então, a gente tem, assim, nunca vi nos últimos anos tempos tanto afastamento, adoecimento de profissionais da saúde. E aí, eu fico com equipe reduzida.

P: Que já não é suficiente e está reduzida...

R: Exatamente. Então, assim, no começo desse mês eu tinha uma unidade com duas pessoas trabalhando porque, assim, uma de férias e três afastadas. E aí, você fala “como eu abro a porta, como eu cobro do profissional que ele atenda adequadamente, por mais que eu sei que a pessoa vai atender?”. Como?

P: Fica humanamente impossível.

R: Sim, nesse sentido. E aí é aquela coisa “Vocês também não olham”. Assim, a pessoa que cuida também precisa ser cuidada. Tem muita gente assim.

P: Você tem informação suficiente sobre a USE para passar para as outras unidades.

R: Assim, tudo que a gente recebe de informação...

P: E a USE passa com frequência?

R: Sim. Assim, é via Regulação.

P: Os serviços ofertados pela USE que vocês mais divulgam para as outras unidades...

R: Mas eu acho que a gente precisava ter essa aproximação que eu falei. Tipo que eu citei o exemplo do HU, que veio realmente falar com a ponta. Acho que isso é importante. Uma coisa é falar com a gestão.

P: É ponta a ponta mesmo?

R: É ponta a ponta, eu acho. Porque, assim, a ponta é um espaço rico no sentido de a ponta também dizer “olha, o que chega para mim e você lá, terciário ou secundário, olha o que eu recebo”.

P: As pontas sentem efetivamente a realidade, o gestor...

R: Exatamente. Diferente do gestor, que é quem está de fora.

P: Ela sente do dia a dia.

R: Sente. E, dependendo do que um ou outro fala, existe uma discussão aí, de como é isso. Que, às vezes, com o gestor eu só recebo e recebo. Mas, não faço essa discussão.

P: Às vezes, os dois conversando já resolve.

R: (risos) Entendeu? “Ah, então quando for assim, faz..”. Entendeu?

P: Você conversando com o gestor do AME, ele falou “vou te mandar foto da guia”, e já resolveu.

R: O que é importante? As três partes estarem juntas. O gestor tem um conhecimento do fluxo que está acontecendo para orientar, mas as pontas estão se falando.

P: Isso é fundamental.

R: Eu acho que isso é fundamental.

P: Vamos às últimas perguntas. Todas as unidades da rede de São Carlos sabem que a USE existe e qual o papel dela?

R: Eu acho que sim. É para saber, é difícil falar eu sei...porque a gente bate naquela coisa. A informação que chega é passada, mas eu acho que não é suficiente. Acho que precisa ter uma divulgação melhor. E acho que isso é importante e acho que não é uma única, acho que tem que ser dinâmico, de tempos em tempos, mesmo que nada se altere. Eu acho que é importante reforçar e até dar devolutiva nesse sentido, como acontece, como não acontece. “Olha, estou recebendo, e a gente conversou lá de tal caso...” ou assim “gente, vocês não têm demanda para tal coisa? A gente percebe que não surge”. Porque, às vezes, acontece isso. Às vezes, eu não recebo...às vezes, eles me perguntam da regulação “Ah, mas a USE fala que tem aberto tal, e recebe pouco paciente” nesse sentido. Não tem demanda mesmo? É discutir com eles, “ou será que vocês não estão sabendo encaminhar? Isso não aparece mesmo para vocês?”. Meio que forçar um pouquinho para tirar deles.

P: Provocar o outro?

R: Provocar. É porque, às vezes, tem coisa lá que eu não preciso. Às vezes, eu tenho demanda, mas não tenho o entendimento que poderia mandar.

P: E qual é o melhor canal de contato, por exemplo, com a Regulação, acredito que a USE para falar “olha, estou fazendo isso”, deve ser e-mail ou ofício?

R: É provocar a gestão no sentido de reuniões, participação em reuniões.

P: Tem abertura para esse espaço?

R: Muita. Isso a gente cria. Quando não dá certo...a gente...toda a reunião que a gente faz de gestão com a ponta, a gente abre espaço de até uma hora. É uma reunião que acontece das 14h

às 16h, quinzenalmente, por exemplo, com as UBSs. A gente abre espaço para outros setores quando solicitam. Ou, às vezes, a gente solicita. “Olha, está difícil tal coisa. É possível vocês virem?” Entendeu? Mas, se demandam um pouco mais de tempo, a gente chama as unidades. Aqui é o local onde a gente chama as unidades, para essa sala. Por exemplo, é aqui que a gente se reúne. Mas, a gente chama. Período da tarde sempre é mais tranquilo. Então, a gente sempre pede para quando solicitam “vamos fazer no período da tarde”. E a gente chama a representação, geralmente é supervisor ou gestor da unidade, para participar. Se é alguma coisa específica, a gente também pode convidar alguém...tem a ver com a questão do agendamento, então, a gente identifica e traz o responsável por aquilo. E, aí, a gente é...garante que ele vai replicar isso, multiplicar na reunião de equipe na unidade. Ele vem com o compromisso que a equipe dele vai ser informada na reunião.

P: Na sua visão da Atenção Básica, qual é o melhor canal de contato da USE com as unidades? É telefone, e-mail, ir lá colocar cartaz para falar o que tem, é fazer folder e entregar lá? Ou isso não funciona?

R: Eu acho que tem que ser ambas as coisas. Eu acho que tem que ser um misto. Eu acho que tem que ser presencial porque, aí, cada um vai conhecer a sua realidade e poder expor a sua realidade e discutir isso. Eu acho que o folder é interessante no sentido de consulta. Se não for possível folder, o e-mail, porque eu acho que, assim, às vezes, é necessário ter um material de consulta, né? Ou mesmo, se eu não estou lá, deixar. Às vezes, alguém da equipe esquece...é o caso...como são coisas específicas, às vezes, não é coisa que aparece na rotina. Então, é importante eu ter material escrito. E pode ser por e-mail que a gente sempre imprime quando vem material, que é por e-mail e que a gente considera importante ter fixado na unidade, a gente faz...

P: E todas as unidades têm acesso ao e-mail?

R: Têm. A gente tem o e-mail do supervisor. A gente pode compartilhar a lista de e-mails dos supervisores, contato, mesmo de paciente que precisar “quem é a referência de fulano de tal?”. A gente sempre passa o celular do supervisor, o nome para fazer esse contato. Isso é possível. E, se fosse material de...de fluxo, protocolo, critérios, é interessante ser por escrito também. Acho que assim, fazer o escrito e vir divulgar acho fundamental. Por aqui, aí dá pra discutir e tirar dúvidas. Porque, às vezes, o que está escrito o entendimento não é para todos. É de cada um. Então, acho que trocar isso acho que é importante.

P: Legal. Terminamos.

R: Ai, desculpa se eu falei demais.

P: Imagina, foi muito esclarecedor.

Representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – Entrevistado 13 (E13)

Não foi realizada conforme descrição na seção sobre Metodologia.

Entrevista com representante de unidades que mais encaminham para USE – Entrevistados 14 e 15 (E14 e E15)

P: Bom, então é assim. As perguntas estão divididas em dois blocos. Um fala mais sobre a relação de vocês com a USE e o outro a gente fala um pouco de comunicação. É um bate papo bem tranquilo, não vou usar o áudio, só mesmo para transcrever. Como funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R E14: Posso falar por nós? Por este setor, nós trabalhamos seguindo o protocolo específico do Ministério da Saúde, do Programa Melhor em Casa, né? Então, o paciente chega para nós, aqui a gente já realiza uma pré-triagem, tá? Agenda uma visita de acolhimento e aí vai a equipe para essa visita. Então, vai equipe multi, médico, enfermeiro, técnico de Enfermagem, nutricionista e assistente social. Neste momento, se a equipe identificar que o paciente não é perfil do nosso serviço, é onde começam os encaminhamentos para a USE. Então, ou para a parte de fisioterapia, reabilitação, de fisioterapia ambulatorial. Geralmente é mais fisio e fono. No momento, o médico já identifica junto com a equipe, a gente tem um formulário de inelegibilidade que vai endereçado tanto à Atenção Básica e nesse formulário o médico já coloca as partes ambulatoriais para a USE. Muito provavelmente, ele chega com esse encaminhamento na USE. Então, aí que começam esses encaminhamentos, formalmente. Geralmente, a pré-triagem que a gente faz aqui, que é aquele primeiro contato. Todos nós aqui do serviço, sabemos exatamente o perfil de atendimento. Então, no momento que a gente identifica que ele é um AD1, que a gente chama quando não entra no serviço, a gente fala por boca mesmo. “Olha o paciente não é perfil, mas tem a opção de fazer a reabilitação na USE”. A gente tem até um cartãozinho com o telefone. “Pode ligar lá, se informar, o que precisa de documentação, como funciona e aí a USE consegue atender”. Então, acredito que outra parte da demanda chega por esse motivo também. A contra-referência deles para nós, eu tive poucas situações e aí, a assistente social de lá entrou em contato aqui direto para conversar sobre um caso e aí, a gente conseguiu fazer visita e viu que era perfil mesmo, aí a gente deu seguimento.

R E15: Com relação ao nosso setor, eles vêm migrados e nem sempre tenho ciência de quem vem de referência ou quem está indo de contra-referência. Eu atendo mãe com encaminhamento médico carimbado e assinado, aos cuidados da médica x. Então, ela vem pra mim, eu agendo essa consulta e ela já entra pra passar. O que eu vejo muito é encaminhamento desse perfil ser

interno, por WhatsApp ou por telefone, eu já vi médico atendendo “Ah, é da USE, a médica é minha parceira, trabalha comigo num projeto e me pediu para avaliar essa criança”. Então, essa criança vem muito mais da Pediatria do qualquer outro caminho.

P: Ela vem da USE para cá?

R E15: Vem. E acontece o contrário quando elas encaminham para a USE para acompanhamento “Eu avaliei essa criança hoje e eu vou precisar de fono. Mas, o que eu tenho disponível na rede? Às vezes, tenho um caso específico que nosso colega trabalha num projeto e eu sei que enquadra no projeto que está trabalhando”. Então a pediatra liga e fala “Olha, estou com caso assim e assim e preciso de avaliação. O que você acha? Cabe no seu projeto? Dá para atender?”

P: É mais informal?

R E15: Totalmente informal. Quando eu te digo que eu não tenho muito controle é porque os encaminhamentos só vêm aos cuidados da médica x para avaliação. Então, eu não sei de onde está vindo. Depois, a médica acaba comentado “Olha, colega me mandou da USE porque viu a criança com 7 anos e sem diagnóstico de autismo ainda, mas sabe que trabalho em projeto e tudo mais, e eu tô trazendo aqui pra Santa Casa”. A Dra. X trabalha bastante com essa parte pedagógica, tem essa interligação. Eu ouço muito eles falando entre eles. Mas, eu saber qual é o paciente que está chegando por esse meio eu não tenho controle.

P: Quais são os tipos de demanda que vocês mais encaminham para a USE ou recebem?

R E14: Do nosso serviço o que a gente mais encaminha é isso que citei de exemplo, é o paciente que não entra no perfil de atendimento do setor, que a gente chama de AD1. Nós atendemos AD 2 e AD3, que são pacientes mais acamados, mais complexos, traqueostomia, sonda, oxigênio, DPAP, lesões. E aí, fora desse perfil, que ele consegue dar o andamento, acompanhamento e seguimento pela Atenção Básica. Então, geralmente vai ser idoso, que vai precisar de fisio e fono.

P: Mais fisio e fono²⁰?

R E14: Mais fisio e fono

R E15: É o que eu falei pra você, como ele não passa na minha recepção para receber essa orientação. Normalmente, o médico já faz isso na contra-referência dentro do consultório “Você vai procurar neste local, com este telefone e essa profissional e vai agendar a avaliação”, eu perco isso.

P: Você não tem esse controle? Mas a maioria lá?

²⁰ Fisioterapia e Fonoaudiologia.

R E15: A maior parte é Pediatria.

P: Pediatria? Vai pra linha de infância e adolescência lá.

R E14: Tem outra situação aqui. O paciente foi admitido, num primeiro momento ele se encaixou no perfil.

P: Esse paciente que você atende aqui, ele estava internado e teve alta?

R E14: Vem de todos os pontos.

P: Ah, ele não estava aqui?

R E14: Sim, a gente atende paciente, deshospitalizado, internado, ele pode chegar por demanda espontânea, ele pode ser encaminhando da Atenção Básica, de qualquer ponto de atenção da rede. Então, no primeiro momento, ele foi atendido por nós, ele entrou no perfil, a gente conseguiu reabilitar até certo ponto para conseguir dar alta e ele continua essa reabilitação na USE. E aí, o médico quando faz o relatório e envia.

P: Do que ele tem, do que foi feito e o que vai fazer?

R E 14: Isso. “Ficou em atendimento em nosso serviço por tanto tempo, isso e isso, foi feito isso” e aí segue para reabilitação finalizar pela USE.

P: E tem algum padrão? Vocês têm algum formulário, guia padrão de encaminhamento para mandar pra lá? Existe isso?

R E14: Aqui a gente tem o formulário de inelegibilidade. Então, quando não é perfil...

P: Justifica que não atende aqui?

R E14: Isso. É endereçado à Atenção Básica, mas à USE também. A gente sempre tem esse formulário para utilizar.

R E15: Aqui, normalmente, é o relatório médico mesmo. Eles têm um impresso que dentro do prontuário eletrônico e já sai com cabeçalho da Santa Casa, tem as informações do médico que é cadastrado, consegue reunir tudo mais. Eles usam esse formulário.

P: E aí vai o histórico daquele paciente?

R E15: Normalmente, o médico que está encaminhando ele encaminha com o relatório do porquê ele está encaminhando.

P; Como vocês orientam os pacientes para atendimento na USE? Vocês explicam que tem o Acolhimento, horário? Ou não?

R E14: A gente dá o telefone e pede para o paciente ligar e se informar sobre o que vai precisar para cadastro, como funciona, se tem fila de espera, se não tem, se é só chegar e levar documentos. Aí, a gente passa o telefone.

R E15: Nós também. Nós encaminhamos com telefone e orientamos a se informar melhor pelo canal de comunicação para saber como funciona.

P: USE é uma unidade escola e ela tem uma certa peculiaridade em relação às outras em relação ao tempo de funcionamento ao longo do ano, ela diminui o atendimento no período de férias.

R E14: Prejudica muito.

P: Vocês acham que essa atuação é suficiente? Por quê? Pode melhorar e de que de forma? Do ponto de vista de vocês que lidam com os usuários de diversas necessidades.

R E14: O que eu sinto aqui é que esses períodos de recesso o paciente fica perdido e não tem para onde ir. Então, aí ele tem que ficar em casa esperando até voltar o atendimento porque não tem mais para onde encaminhar. Então, eu sinto que prejudica.

R E15: Agora em dezembro, eu tive o relato de uma mãe que volta porque não consegue agendamento e me pede para remarcar com pediatra que tinha encaminhado para saber quais as condutas que ela orientaria nesse caso. Então, é prejudicial pelo tempo de espera que ele aguarda até que ele (inaudível).

R E14: Eles sentem isso, “Ah, mas eu liguei lá e volta só dia tal, e agora? Para onde eu vou? Eu tenho que ficar esperando? “Não tem para onde ir.

P: Não tem outro ponto da rede que faça o mesmo serviço?

R E14: Não.

P: Agora, na área de comunicação. Como vocês ficam sabendo informações sobre os serviços que a USE oferece? O que está aberto? Que perfil está recebendo?

R E15: Para mim, é a médica que fala mesmo “Eu sei lá funciona tal coisa, estou encaminhando essa criança e você, por favor, direciona em relação a telefone, como se informar e tudo mais. Tô passando para a recepção, o encaminhamento está aqui”. Aí, a gente conduz até a recepção, passa o telefone e a orientação para procurar o serviço. Normalmente, o médico já sabe como está funcionando lá dentro e o que tem disponível para poder encaminhar.

R E14: Aqui eu tive uma facilidade um pouco maior porque as duas fisioterapeutas fizeram Federal. Então, elas conhecem pessoas lá de dentro e elas conseguiram uma lista com todos os serviços oferecidos. E aí, eu tenho salvo aqui na pasta e, se precisar, a gente consegue pesquisar. Tem o perfil, dá pra ir ou não dá. Tenho essa relação completa.

P: Porque teve essa facilidade.

R E14: É.

P: Vocês recebem orientação da Regulação ou de outro setor da SMS sobre os serviços e informações atualizadas da USE?

R E14: Não

R E15: Não

R E14: Não é suficiente. O paciente fica muito perdido quando ele vai à UBS, isso experiência do que a gente vê todos os dias aqui. Então, assim, ele fica muito perdido porque eles não conseguem receber as informações, a mínima informação que ele precisa para saber onde ir. E aí, quando ele chega aqui para nós, “olha, não é assim”. Aí, a gente consegue dar um direcionamento. É o dia inteiro, tanto por telefone quanto pessoalmente. Aí, quando ele chega a gente consegue dar um direcionamento um pouco melhor. Aí, a gente ouve o relato deles. “Ai, nossa, porque lá ninguém sabia me informar direito, ninguém sabia para onde ir, ou como eu deveria procurar. Eles só me mandaram vir aqui” E, muitas vezes, o paciente não é nada perfil nosso, né? Então, eu sinto que a comunicação da Atenção Básica é bem precária.

R E15: Com relação a nós, saber dos serviços deles também, ter esse conhecimento. Nós não sabemos a unidade que cada um pertence. Aqui você ainda tem esse acesso. Lá na Especialidades eu não sei qual unidade ele vai procurar. Eu sempre direciono “Procura a unidade perto da sua casa”, “Ah, mais lá não oferece esse serviço”. Aí, você dá aquela travada pra tentar orientar. Por exemplo, tem paciente que vem pra ginecologia, já é cirúrgico e tem que coletar papa nicolau e aqui não tem autorização pra fazer. “Olha, você precisa voltar no postinho de saúde que você pertence, fazer a coleta e esse exame vir atualizado dos últimos seis meses”. “Ah, mas não tem ginecologista!”. Então, assim, tem várias informações dos serviços deles que é falho e ter ciência do que nós fazemos aqui também é falho. Porque tem muita coisa que, hoje, a Santa Casa oferece e o paciente, se quer, tem conhecimento.

P: E, se bobear, as unidades também não sabem?

R E15: Não sabem. Técnico de Enfermagem está mandando ele vir buscar aqui (inaudível) uma coisa que não trabalho aqui.

P: Se essa informação melhorasse, vocês acham que esse fluxo ia melhorar?

R E15: Esse caso de cirurgia que te citei como exemplo. A paciente está esperando na fila de cirurgia de três a cinco anos, às vezes. Quando ela chega pra mim, ela está com exames desatualizados. Se ela tivesse informação que ela está vindo, que está sendo encaminhada, que tem que apresentar tudo. Eu tenho muito paciente que sai daqui, paga consulta particular para fazer o papa nicolau para poder operar no prazo, porque senão ela vai esperar mais de três meses para ser agendado. Eles vêm sem toda essa atualização de informação. Eu acho que isso deixaria de uma forma mais clara para eles, cientes, e para a gente andar com o processo do trabalho que a gente está tentando oferecer.

P: Acaba que não anda?

R E15: Não, acaba travando. Até devolver na Unidade, se é perfil que não tem condições econômicas de pagar consulta e papa nicolau, ela vai demorar dois meses para voltar. E até eu

marcar essa cirurgia novamente, validar todas as informações que ela me passou, é dois ou três meses. Se ela chegar aqui com tudo isso pronto, já marco o dentro cirúrgico e daqui 20 dias está operando. Isso, assim, eu coloco como exemplo que acho que ajudaria bastante.

R E14: Eu enxergo dois problemas grandes relacionados a isso. A comunicação que a gente percebe que é falha e que ajudaria uma certa parte, mas além da comunicação, já voltado para o meu público, é esse buraco assistencial que existe na Atenção Básica.

P: Falta profissional?

R E14: Falta profissional, falta local para o paciente conseguir se tratar, falta direcionamento. Vamos super que essa comunicação fosse 100% efetiva, iria ajudar muito, mas ele ainda iria ficar perdido na rede. Ficar perdido na Atenção Básica. Tem paciente que não se encaixa aqui, mas também ele vai ter uma dificuldade de ir pra Atenção Básica porque não tem transporte e ele fica perdido, ele não tem pra onde ir e morre em casa.

P: A gente recebe lá na USE, tem dias que chegam encaminhamentos, assim “Favor, não devolver o paciente”. Então, se a USE não conseguir ela manda pra onde?

R E14: Exatamente. São Carlos é coberto 25% por USF. Os outros 75% não têm cobertura. O nosso serviço tem pactuado 60 vagas para atender os 250 mil habitantes de São Carlos. Então, se a gente não seguir rigorosamente o critério do Ministério da Saúde, a gente começa atender só demanda da Atenção Básica porque não conseguem atender. Os nossos vão parar no corredor do hospital. O que já tem demanda de corredor de hospital, mas aí aumentaria isso muito. Então, quando a gente olha o paciente não é perfil, “Mas eu não consigo ir” e ele fica “pelo amor de Deus me ajuda”. Mesmo que nessa situação tenha uma comunicação efetiva, 100%, ele está muito bem orientado, ele não vai ter assistência. Eu enxergo esses dois lados: melhoraria comunicação melhor? Com certeza, sem sombra de dúvidas, porque ele não chegaria aqui querendo matar meio mundo, porque não recebeu informação, que ninguém sabe de nada porque ninguém fala o que é pra fazer...melhoraria, mas ainda.

R E15: Acho que são públicos diferentes. Por exemplo, para nós chegam os casos cirúrgicos ou acompanhamento “eu tive alta da maternidade” ou um caso ou outro específico que está se enquadrando nesse atendimento, mas eles já vêm para alguma coisa. Não tem esse buraco que eu perceba.

R E14: É que o seu é bem direcionado, o seu público. O meu é mais aberto. E aí, você pega USF que também não tem profissional, você pega UBS que também não tem, o outro que também não tem, ninguém tem....

P: Hoje, eu ouvi no Rádio, nem acompanhei, ouvi no programa do Carlinhos Lima: alguém citou lá que não tem ginecologista em uma UBS, não sei qual é. Aí, eles vão na

UBS São José, mas não pode atender porque não e de lá. “Mas a gente vai onde, eu preciso da consulta?”. Aí, eu imagino a usuária, o que ela faz?

R E15: Ela fica sem passar, fica três anos sem passar, até contratar. Eu ouço muita mulher falando isso.

R E14: Tanto que os pacientes quando recebem alta daqui eles ficam bravos. “Como assim vai ter alta? Mas ele não está bom pra ter alta? Eles ligam reclamando, ligam na Ouvidoria “Porque você deu alta?”. Mas é por conta disso, uma Atenção Básica precaríssima. Isso deve dificultar muito a parte da comunicação, chega uma hora que você não sabe nem como você vai orientar o paciente, ou como fazer o paciente.

P: Mas o relato delas é esse: “Não tem profissional, a gente segura aqui”.

R E14: Aqui em São Carlos tem um NASF só, multiprofissional. Um NASF no Aracy.

P: Para o tamanho dessa cidade?

R E14: É. não dá. E o NASF seria para dar um apoio para toda a parte da Atenção Básica. Ele aliviaria até um pouco a parte da USE porque você teria o NASF para conseguir atender.

P: A USE é um atendimento nível secundário, mas acaba chegando lá muita coisa da Atenção Básica, tipo Fisioterapia para recuperar mão, que a Atenção Básica deveria dar, mas não dá porque não tem fisioterapeuta, ou então tem fisioterapeuta, mas não tem sala com equipamento. Então manda lá.

R E14: Exatamente.

P: Ouvindo vocês e o relato delas eu falo “Meu Deus, onde é que estamos?”.

R E14: É o dia inteirinho, dá dó de ver que a pessoa já rodou em tudo quanto é lugar. A maioria são idosos, idoso cuidando de idoso. O idoso é o paciente e quem vai cuidar é a esposa que é idosa. Aí, pega 300 mil ônibus e chega aqui, chega aqui e o paciente não é perfil. E aí, quando você para e dá 10 minutos de atenção, eles te colocam no....

P: Mesmo que você não atenda, mas você explicou.

R E14: “Muito obrigada, nunca ninguém falou isso. Você vai lá e a gente não sabe onde ir”. É o dia inteiro, inteirinho. Eu já treinei todo mundo aqui do setor para, se chegar, já fazer a pré-triagem e passar a informação certa. Então, eu passo o médico, o médico passa, o nutricionista passa, a técnica de Enfermagem, a auxiliar administrativo, todo mundo tenta cortar aqui e já receber a orientação daqui.

P: É difícil. É isso, a atenção. Eles sentem um pouco de atenção, eles já ficam menos nervosos.

R E14: Nossa, demais. Esses dias veio um paciente para me agradecer pela informação que eu tinha R E14: Sim, o dia inteiro, telefone e porta, telefone e porta.

P: Qual é o melhor canal de contato para vocês receberem informações atualizada sobre a USE?

R E14: Eu acredito que e-mail.

R E15: E-mail.

P: Tipo “Abriu nova linha de pesquisa, perfil assim e assim, tem tantas vagas. Fechou a linha e tem outra assim e assim”. Tem muito isso lá, professor está fazendo pesquisa com grupo de alunos e paciente assim e assim tem vaga. Às vezes, fecha rápido. Abre e fecha pesquisa o tempo todo.

R E15: Para a gente repassar informação, mas os meus médicos lá, eu trabalho com 90 só de clínicas, as especialidades. Nós... acho que vocês são...(inaudível). Todo mundo aqui tem acesso, equipe de coordenação tem isso, você consegue transmitir também a informação para os demais, para os prestadores, para os colegas, para fazer isso.

P: Para multiplicar a informação.

R E14: E já conseguir encaminhar o paciente na alta.

P: Aí, não precisaria passar aqui? A alta pode encaminhar direto para outro serviço?

R E14: Exatamente. Sim.

P: Aí, também desafoga aqui.

SAD: Sim. Por isso que eu treinei todo mundo pra fazer essa pré-triagem, porque, senão fica fila até a esquina para preencher ficha, e, aí a gente não consegue rodar o serviço. Então, todo mundo tem que ter na ponta da língua o que é perfil, o que não é e, se não for, encaminhar. Porque, se não, a gente não dá conta.

P: Poucas vagas.

R E14: Se não, é gente fazendo fila a torto e à direita. Então, a gente já consegue minimizar isso.

P: Vocês não têm limitação de vaga ou tem?

R E15: Tem, tem sim. É pré-acordado com a Prefeitura antes para cada especialidade, número de cirúrgico, número de acompanhamento. Aí, é fechado de acordo com pacto de cada prestador. “Olha, preciso de 4 cirurgias e para isso você vai atender 20 pacientes por semana”, porque tem os pós-operatórios e vai de acordo com a agenda.

P: Vocês conhecem a USE pessoalmente?

R E14: Não

R E15: Não.

P: Vocês gostariam de conhecer e de participar de iniciativas das unidades voltadas para profissional da saúde?

R E14: Sim.

P: Pensei em propor um projeto de comunicação com eventos sobre temas determinados abertos para os profissionais da rede. “Ah, o pessoal do serviço lá tem uma boa experiência nisso e podem vir falar”. Ah, o pessoal de outro local tem em tal especialidade e pode vir”. “Ah, o pessoal da UBS tem tido tal dificuldade, vamos montar um evento, uma oficina e chamar o pessoal”. Porque pode ser que, às vezes...você começa estabelecer contato mais informal e vai virando uma rede de informação que também funciona, às vezes mais do que a formal. O pessoal da USE pensou “Será que funciona. Eu vou lá pra perguntar. E todo mundo acha que é legal.

R E14: Sim. Eu também acho que é válido sim.

P: Pensar em turmas em horários diferentes.

R E14: isso.

P: Vocês têm mais algo para falar?

R E14: Não.

R E15: Não.

P: Ok, muito obrigada pela participação de vocês.

**Entrevista com representante de unidades que mais encaminham para USE –
Entrevistado 16 (E16)**

P: Bom, o primeiro grupo de perguntas é mais da relação da Unidade com a USE mesmo, e aí você fica à vontade para responder o que preferir, não se preocupe em ser formal. Fica um bate papo. Como é que funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: Os usuários passam por consulta, geralmente são consultas médicas. Esse é o fluxo formal de referência. E, de acordo com a necessidade desses usuários, eles são encaminhados para a USE, via Acolhimento. Então, a gente orienta o usuário a ir ao Acolhimento da USE para ver se existe a possibilidade de atendimento ou não. Outras áreas de especialidade, as áreas de especialidades médicas, como são do CROSS, aí a gente pede para usuário ir à unidade básica de saúde para agendar pela unidade básica de saúde. Ainda que sejam consultas que vão para a USE, a gente pede pra ir à unidade básica porque as consultas de especialidades médicas da USE ficam no CROSS. O que a gente encaminha mais para USE é Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. A gente tem notado que os usuários voltam por conta da sobrecarga da USE, eles voltam, a maior parte sem o atendimento, ficam em uma fila de espera.

P: Quando eles voltam, vocês orientam que eles aguardem ou vocês oferecem para outros espaços?

R: Aí, a gente vê as necessidades do usuário, de acordo com as possibilidades dos usuários. Se for mais urgente e ele tiver a possibilidade de resolver, seja com um plano de saúde ou recursos próprios, enquanto ele está na fila, a gente orienta a estar utilizando desses recursos para dar conta de demanda dele. Ou, se ele não tem recursos mesmo, a gente orienta ele a procurar a Secretaria de Saúde mesmo para ver quais as possibilidades dentro das áreas, se tem profissionais dentro da Secretaria que possam atender a necessidade. Geralmente, o que fica com a demanda maior, sem atendimento, é a questão da Fisioterapia mesmo, por conta de organização da Fisioterapia no município. Tem poucos de atenção em Fisioterapia e a demanda é muito grande.

P: E acaba sobrecarregando a USE?

R: É. Só lá que está atendendo de porta aberta e algumas unidades básicas têm fila de espera grande.

P: E quando vocês encaminham, vocês fazem um encaminhamento mesmo, tem um....?

R: Tem um formulário de encaminhamento e a gente acompanha tudo o que a gente encaminha por mês para o serviço. Então, a gente faz controle, o registro, o relatório de tudo o que a gente encaminha por mês, e esse formulário que vai pra lá tem a histórica clínica do usuário. Geralmente, ele não volta com a contra-referência. A gente não tem a experiência de contra-referência de todos os casos, mas os formulários têm a possibilidade para a contra-referência. Alguns usuários que foram, por exemplo, especialidade médica no CEME ou para o AME, eles voltam com contra-referência. O que a gente manda volta com uma resposta. “Olha, não vou pedir esses exames por isso”, “A gente atendeu nessa necessidade e volta pra vocês darem continuidade”. Geralmente volta. Só os que não foram atendidos que a gente não consegue acompanhar.

P: Você acha, na sua opinião - você tem experiência em outras unidades - você acha que o sistema de saúde de São Carlos funciona como uma rede?

R: Não, não funciona como uma rede. Porque ele não está planejado para as necessidades do município. Ele não está organizado de acordo com o perfil epidemiológico do município. Não tem como funcionar como rede porque oferece mais do que menos precisa e menos do mais precisa. Para se organizar em rede, tem que ter um estudo clínico das necessidades de saúde do município, e isso não acontece. Inclusive, os lugares que as unidades estão distribuídas. Tem unidade de saúde da família em bairro nobre, como o Jardim São Carlos, e não faz muito sentido. Tem áreas do município que não têm saúde da família e precisaria, como alguns pontos

do Cidade Aracy, e acabam sendo atendidos nas unidades básicas. É onde os usuários precisam mais. Não faz muito sentido como a saúde está organizada, a forma política de organização. Aí, tem um outro problema de as especialidades médicas não aderirem ao sistema público, até por questões financeiras. Eu acho que isso é um nó. Porque abre concurso público e os especialistas não querem. Por que se o SUS está bem organizado o que acontece? O consultório fica vazio. Não faz muito sentido a forma como está organizado.

P: E quando a gente pensa na rede como uma engrenagem. O sistema de saúde pública tem várias unidades, mas as unidades, entre si, elas têm um elo, elas se falam, uma complementa a outra. Você acha que essa engrenagem entre as unidades acontece ou cada uma age por si?

R: Depende da unidade, dependa de gestão. Isso é um problema porque as unidades deveriam ter uma engrenagem construída não por questões políticas. Tinha que ser uma política de estado e não de governo, muda o governo, muda a forma de organização. E isso acaba engessando porque as questões políticas interferem muito. Na verdade, a organização teria que ser nata das unidades, então, muda o gestor da unidade e muda o jeito de atender. Se a política fosse de estado, não dependeria da vontade das pessoas. Eu vejo, dependendo da unidade, funciona melhor. Não teria que ser assim. Se fosse uma política, as unidades funcionariam igual, independente da vontade das pessoas. Está certo que as organizações teriam que ser de acordo com o perfil epidemiológico da população, eu vou organizar minha demanda de serviço de acordo com o que as pessoas precisam. Isso faz sentido. Agora, o trabalho ele teria que ter uma política de organização de trabalho. Lógico que de acordo com a demanda, mas a organização do trabalho teria que funcionar independentemente do lugar que você está trabalhando. Você vai se observar que as unidades se programam para as necessidades dos profissionais e não do usuário. É um problema assim. Eu lembro quando eu estudei vacina. Não tem que pôr horário para fazer vacina porque é difícil para essa mãe chegar com a criança na unidade porque ela trabalha. Eles colocam horário para vacina, para curativo, só que as pessoas estão lá o dia inteiro. Quando eu engesso, eu tiro a possibilidade do outro ter a oferta de serviço. Pra mim, isso não faz o menor sentido, nunca fez. Mas, para eles faz sentido, eles conseguem organizar o trabalho deles. O trabalho tem que ser pensado para a população. Então, a política teria que ser para organizar para a população, para a necessidade da população, e não para o meu trabalho. E isso acaba atrapalhando muito a população. Ninguém pergunta para a população qual é a melhor forma de organizar o serviço. Então, vamos para os profissionais. E aí o profissional vai ver o lado dele, não faz o menor sentido.

P: Eu iria perguntar quais são os tipos de demanda que vocês mais encaminham para a USE, mas você já falou.

R: São Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Geralmente, são essas. O restante vai para a atenção básica para agendar pelo CROSS.

P: Eu ia perguntar se existe um padrão de encaminhamento da USE. Você disse que tem um formulário, ele é determinado pela Regulação, pela SMS ou é uma organização de vocês?

R: É uma pactuação com a Regulação e com a USE também, se der referência. Houve toda uma negociação que esse formulário fosse padrão.

P: Todas as unidades que encaminham para a USE tem que usar esse formulário?

R: Não necessariamente. Não sei como funciona com as demais unidades. Isso é aqui, é um formulário nosso. Eu sei se as unidades, por exemplo, se forem encaminhar para a Fisioterapia tem a guia própria, a SADT, mais o encaminhamento contendo a histórico clínico do usuário. Aí, cada serviço tem o seu padrão, só que o básico é uma guia de referência para pagar os procedimentos, que é a SADT, mais o encaminhamento contendo a história clínica.

P: Entendi. E ainda vocês têm ainda um adendo, que vocês vão buscar o retorno dessa guia?

R: Isso. A Atenção Básica também tem. Precisa até entender isso porque é muito difícil para uma Unidade Básica de Saúde grande acompanhar os usuários que têm que retornar pra ela, fazer uma busca ativa, não consegue controlar isso. Por isso, a saúde da família é uma proposta mais organizada que conseguiria monitorar as questões de saúde da população. Porque são menores, trabalham com área de abrangência menor. Você consegue cuidar do outro, monitorar isso. A cobertura da saúde da família do município é muito baixa.

P: Como vocês orientam o usuário quando atendem aqui e entendem que eles precisam ser encaminhados para a USE?

R: Que eles procurem a USE no horário do atendimento do Acolhimento com o encaminhamento e os documentos que precisam para fazer o cadastro. É nossa orientação.

P: Não há garantia de que vão ser atendidos?

R: Não, porque não tem garantia. Como a USE trabalha com Acolhimento e lista de espera, não tem garantia. Vai depender da área que ele precisa e, se naquele momento, aquela área está aberta, ou não, para fazer a inscrição. Do tempo que eu fiquei lá, eu entendo que a parte de Fisioterapia Geral, a FT²¹ Geral, geralmente está fechada, já ficou mais de dois anos fechada.

²¹ FT=Fisioterapia.

Então, esses usuários, que são a maior parte dos usuários que saem daqui, não têm garantia de atendimento no SUS.

P: Vocês acham que a atuação da USE é suficiente?

R: É porque a competência da USE dentro dos serviços do sistema de saúde seria suficiente se ela atendesse a competência dela, que seria ser uma unidade saúde escola para atender casos de média complexidade dentro do contexto do SUS. A USE está organizada como deveria estar organizada. O que não está organizada é a Secretaria de Saúde que falta um serviço contextualizado em Fisioterapia, por exemplo, em Terapia Ocupacional, em Psicologia. Então, a USE fica sobrecarregada porque ela acaba tendo uma porta de entrada de casos que são de baixa complexidade. E ela tem outro problema. Ela não consegue dar alta para pacientes crônicos porque não tem para quem endereçar. Ela acaba mantendo, são casos mais graves, principalmente, crianças e idosos, pacientes crônicos. Você tirou da fase que precisaria do atendimento intensivo, mas você precisa mandar para alguém para manter e não tem para quem mandar. Você vai liberar essa pessoa pra ficar com quem? Então, acaba que alguns usuários são atendidos há anos, que é um serviço da média complexidade, não um serviço de atenção primária de saúde para continuidade por anos.

P: Eu ia te perguntar como isso poderia melhorar. Talvez a possibilidade de melhorar não está na USE e sim na rede para receber esses pacientes de volta?

R: Isso. Na verdade, quando eu cheguei em São Carlos, em 2004, tinha um serviço centralizado de Fisioterapia. Mas, na época, entenderam que não era ideal e descentralizam o serviço de Fisioterapia nos núcleos de saúde. Isso funcionou por algum tempo porque o município tinha um serviço terceirizado, comprado de Fisioterapia. Foram mudando as políticas e os políticos, esse contrato foi rompido e tudo que era de Atenção Básica e que tudo que esse serviço atendia, não foi mais atendido. Esses usuários ficaram desassistidos. A gente tem um levantamento na USE e a Secretaria Municipal de Saúde tem acesso a esse levantamento, de quantos usuários estão aguardando atendimento e não são atendidos. Inclusive, por área de abrangência do município. Eles têm todos os equipamentos, todas as ferramentas para planejar esse serviço. Aí, depende da vontade política de contratação e de organização desse serviço, de organização de salas de atendimentos, de profissionais, de rodízio de profissional. Porque um profissional fisioterapeuta, dois, não dão conta de atender uma área de abrangência igual a Cidade Aracy, por exemplo.

P: Não adianta querer contratar mais um que não vai resolver a situação.

R: Três também não vão resolver. Vai depender da cobertura. O fisioterapeuta cobre, no máximo, duas equipes de saúde da família com uma sala bem montada. Mais que isso, ele não

dá conta. Se a gente pensar em 400 famílias. Dois fisioterapeutas para atender 400 famílias, entre 400 e 600 famílias, de duas unidades de saúde da família. Em uma unidade básica, menos de três fisioterapeutas não dá conta. Por exemplo, Cruzeiro do Sul, Santa Felícia, São José, ele não vai conseguir organizar para dar conta dessa demanda. Se pensar que a gente trabalha com crianças, idosos, adulto.

P: A sala tem que ser equipada mesmo?

R: Isso. Para atender todas as necessidades, neurologia, saúde da mulher, criança.

P: Isso acaba caindo na USE e não tem profissional para devolver?

R: Porque também não é o papel. Por exemplo, atender uma lombalgia, que é um problema ergométrico da sociedade. Se for atender todas as pessoas que têm dor nas costas na USE, no município, só vai atender isso. E que não é o papel. O papel da USE é ser escola, é ensinar os alunos a atender com excelência. Esse é o papel da USE, a média complexidade. Então, a Universidade ela tem o seu papel na atenção primária, e tem alunos de graduação trabalhando na atenção primária, que tem outro papel na formação desse aluno, que é atender paciente de baixa de complexidade, dentro da sua área da abrangência. São papeis diferentes. Da mesma forma que o Hospital, o HU, por exemplo, o nível terciário, teria o seu papel. “Olha, vou dar alta responsável para esses usuários, eu vou atender a parte de reabilitação de alta complexidade”. São coisas diferente, são papeis diferentes.

P: E como a Atenção Básica está desestruturada...

R: Acaba virando uma cadeia desorganizada. Vem gente com lombalgia pra ser atendido na média complexidade, e acaba não sendo atendido. Aí, evoluiu para um problema mais grave, que vai ser atendido, por conta da evolução e da baixa resolutividade.

P: Bom, agora a gente vai para o segundo e último bloco de perguntas, que é mais voltado para a comunicação, para conhecimento da unidade. Como é que vocês ficam sabendo informações sobre os serviços que a USE está oferecendo?

R: Geralmente, são feitas reuniões administrativas e a gestora da Unidade dá a devolutiva nas nossas reuniões de equipe sobre o que tem e não tem.

P: Certo. E você acha, uma pergunta que me veio agora. Você, pelo fato de vocês estarem aqui, fisicamente próximos e estarem na mesma Universidade, e até pelo fato de você ser uma profissional que trabalhou na USE por anos, facilita isso, saber essas informações?

R: Facilitar, não deveria facilitar. Porque entende que se a coisa está organizada de forma ordenada, não teria que facilitar, eu teria que ter essas informações como os outros colegas, como as outras pessoas de todas as outras unidades. Eu entendo que essa facilidade não é um agente facilitador. Não teria que ter facilidade. Acredito que as informações teriam que estar de

forma que todas as pessoas e os usuários tivessem acesso. Só procurassem quando, de fato, tivessem necessidade delas atendidas.

P: E isso deveria partir da USE, na sua opinião, ou do serviço da Regulação do município passar essas informações?

R: Da USE. A USE teria que informar mensalmente o que ela tem disponível para a Regulação e a Regulação soltar isso para todas as unidades que fazem parte da rede.

P: Esse trâmite funciona?

R: Eles sabem, tanto do CEME quanto do AME, eles sabem porque todas as vagas estão na mão da Regulação, o CROSS. Então, eu sei quem tem e quem não tem. Eu não sei certamente como funciona CROSS porque não tenho acesso. Mas eles conseguem trabalhar com essas vagas de acordo com as necessidades. Como eles trabalham, não tenho certeza, mas eles têm a governança. No caso da USE, eles têm a governança das agendas médicas, mas as agendas de outras especialidades, pelo menos o que eu conheço, eles não têm acesso, e isso fica muito difícil. Governar, organizar isso. E como é escola, tem autonomia docente...então, o docente tem autonomia pra abrir ou fechar vaga, para ter ou não ter. Aqui não é uma unidade e isso dificulta para estar no CROSS, essa condição dificulta. Porque também tem as questões de razão educacional. São coisas que são interessantes para aquele momento. Se um mesmo aluno atende 10 casos de lombalgia, ele não aprende a atender membro inferior. Então, eu preciso dividir, não é por fila, tem a necessidade do usuário, mas também a necessidade do ensino. Isso é escola, o ensino, pesquisa e extensão. Eu tenho que associar a necessidade do SUS com a necessidade do ensino.

P: É um perfil diferente das demais unidades. Vocês recebem orientação do Departamento de Regulação ou outro setor da Secretaria sobre os serviços e novas informações da USE?

R: Então...eu não tenho certeza como isso acontece porque geralmente isso é com outra pessoa, mas eu acredito que sim.

P: No geral, nas reuniões de vocês, a gestora da USE traz essas informações. Ela que dá essas orientações?

R: A gestora da USE se reúne com a gestora daqui e ela nos traz as informações.

P: Na sua visão, o nível de informação que as unidades de saúde do município têm umas das outras influencia no número de pacientes que são encaminhados?

Eu acredito que sim. Porque se eu entendo que não tem o serviço ali eu não encaminho, eu crio outra alternativa, outra estratégia para dar conta das necessidades. Se não tem essa informação, a gente acaba encaminhando e o usuário vai e acaba achando a porta fechada.

P: Então, é importante essa informação entre uma e outra?

R: É. Essa comunicação....

P: Você acha que esse nível de informação é suficiente?

R: Não, não é suficiente.

P: Por quê?

R: Por conta dessa falta de organização de agenda mesmo, de entender o que tem e o que não tem, que vaga tem, quanto vai ter, quanto tempo demora de espera.

P: E não sua visão, que a Unidade que é responsável para dispensar essa informação?

R: A USE.

P: E na saúde pública?

R: A Regulação. A gente tem muita tecnologia para disparar. Inicialmente, você daria essa informação para as unidades, a gente dispõe de tantas vagas, a gente não dispões de tantas vagas. Isso não acontece.

P: Nem em relação à USE ou outra unidade?

R: Não, a não ser que esteja no CROSS.

P: Se esse nível de informação melhorasse, você acha que o fluxo de paciente para referência e contra-referência seria mais adequado?

R: Com certeza. Seria mais adequado, organizado, e de acordo com o que a gente tem disponível.

P: Para você qual é o melhor canal de contato para receberem informações sobre a USE?

R: E-mail eu sei que é melhor.

P: Tipo boletins mensais?

R: Isso, e-mail é melhor.

P: Vou te perguntar, mas acho que vai responder que sim. Você conhece a USE pessoalmente. Você acha que, por exemplo...essa pergunta aqui tem a ideia de pensar uma ação que possa aproximar os profissionais da rede da USE, das áreas de conhecimento, permitir parcerias. Então, assim, você gostaria, por exemplo, de participar de iniciativas da Unidade ou de parcerias de trabalho para, por exemplo, “vamos fazer uma oficina sobre atendimento à família de crianças autistas, como cuidar, como tratar”, ou “vamos fazer um workshop...”

R: Isso acontece muito, mas a adesão do pessoal da Atenção Básica é baixa. Mas isso vem acontecendo, tem essas chamadas, existe essas possibilidades.

P: E você acha que é uma iniciativa importante?

R: Com certeza. Eu acho que faz com que a pessoa entenda o que é o serviço, acho que é importante. Mas já vem acontecendo, talvez sistematizado seria uma outra forma de fazer.

P: Você acha que a adesão da unidade básica é baixa por quê?

R: Baixa por conta de dispensa, eles precisam largar a unidade pra vir. É difícil largar por conta da quantidade de programas que eles têm que tocar.

P: Por mais que entendam que seja bom, não dá para vir?

R: É isso.

P: Acabamos por aqui. Obrigada.

**Entrevista com representante de unidades que mais encaminham para USE –
Entrevistado 17 (E17)**

P: São dois blocos de perguntas, um falando da relação da unidade com a USE e depois pensando na área de Comunicação. Como funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e USE?

R: Como as duas unidades são ligadas à UFSCar, logo que a gente começou a ganhar mais corpo, começou a ganhar mais ambulatórios, a gente sentou, num primeiro momento, para tentar definir esse fluxo porque, até então, não estava bem estabelecido. Isso foi antes do sistema CROSS, porque antes do sistema CROSS, a ideia era muitos ambulatórios passaram para cá e a gente precisava também de vários serviços, como a USE precisa de alguns serviços do Hospital... a gente precisa de uns serviços da USE, e os principais seriam a Fisioterapia e a Psicologia. E, aí, em primeira instância, era para ser um encaminhamento direto, “ah, o ambulatório de Cardio vai passar...”, como se fosse a fila do HU tem, interna mesmo, de pacientes, ser a fila da USE. Mas, depois o que aconteceu foi que a USE acabou entrando também no sistema CROSS, o HU entrou no sistema CROSS e foi dado cotas de porcentagem para cada unidade, distribuída pela Secretaria de Saúde. Então, o acordo feito foi que ficasse esses encaminhamentos, como as outras unidades de saúde mandam pelo CROSS, a USE também mandaria pelo CROSS. É a última coisa. Até onde tinha acordado iria ser direto, mas depois houve essa mudança da instituição do CROSS nesse sistema. E o contrário, o que a gente tem feito muito, como a USE tem o Acolhimento, o que a gente faz é mandar para o Acolhimento da USE. Ela tem o Acolhimento dela, além do CROSS. Então, quando a gente precisa da Psicologia, identifica, vou dar o exemplo do meu ambulatório: paciente grave, com insuficiência cardíaca, tem vários problemas de saúde e precisa de acompanhamento tanto de Fisioterapia quanto de Psicologia. Nós não temos esse serviço ambulatorial. O que a gente faz é mandar para o serviço de Acolhimento da USE onde é feita uma triagem, vê se preenche os critérios de inclusão para que esse paciente possa seguir na USE, ver a ordem de prioridade que

eles têm, e aí, para dar seguimento. Então, o que eu entendo do acordo ficou isso. Pelo CROSS e a gente também encaminha pelo Acolhimento. E, às vezes, a gente manda para várias. A USE sabe que tem todo um cuidado, que a Psicologia e a Fisioterapia de lá é de excelência, só que a gente sabe que não dá pra lotar. Outro dia, a psicóloga falou “é muito paciente”. Então, a gente acaba mandando, dependendo do caso, seleciona alguns mais complexos e manda para a USE e os casos mais simples para as outras unidades, sabendo que a USE, também como o HU, tem um grau de complexidade para atender um grau de complexidade maior.

P: Você acha, no seu ponto de vista, frente às suas experiências na saúde, que o sistema de saúde pública de São Carlos funciona em rede? Por que você tem essa percepção?

R: Não. Eu acho que, assim, o que falta, o que eu sinto desde que cheguei, o que falta no serviço é organizar. Precisava ter alguém para organizar a casa, organizar o serviço de saúde. Então, ter uma rede que funcione, ter um serviço de gerenciamento, não é só o CROSS, mas a maneira como é distribuída as cotas para as unidades, as cotas de “Ah, o Hospital tem direito a mandar, pagar para endócrino. Ah, vou abrir uma vaga para você, para outras unidades abre 10 vagas”. Então, assim, qual é o critério? Nós precisamos ter o critério. Como vai organizar o sistema, né? Então, acho assim, isso também, qual é o papel da USE na rede? A gente tem profissionais de excelência lá, qual é o papel deles na rede? É diferente do papel de uma UBS. Então, assim, como vai trabalhar a relação entre essas...o que eu sinto, falta organização. Outra coisa que falta a organização, como não funciona em rede: qual é o papel do SAMU no transporte? Então, a gente está lá no Hospital e o SAMU vai buscar paciente, mas se vai levar para outra cidade, o SAMU não é terciário. Aí, paga um serviço de transporte particular. A Prefeitura paga uma nota do serviço transporte que é uma empresa particular para levar paciente para fora. E aí, assim, por que não regionalizar o SAMU? Então, eu quero dizer assim, para funcionar em rede, precisava organizar o serviço. Por exemplo, a Unidade de Pronto Atendimento, a UPA, o papel dela é atender a porta. Mas ela tem estrutura para atender a porta? Faz seis anos que eu escuto que não tem, mas o que foi feito pra mudar? Nada. Então, ela precisa atender, é o papel dela? Eu concordo que é. Ela tem condição, estrutura? Não tem. Cadê os exames? Qual é a articulação com o raio x? Qual é o treinamento que esses médicos da UPA recebem em relação à rede? Qual é a visão que eles têm? O que eles entendem da rede? Nada. Não é feito treinamento, não é feito nada. Não consigo dizer que funciona em rede porque é tudo segmentado, e aí não tem aquele olhar, digamos assim, tem a briga dos egos “ah, o papel do HU é esse, o papel da UPA é esse, o papel da USE é esse...”. Todo mundo briga e ninguém consegue olhar sistematicamente e para a população porque a população é... não é que eu quero, é o que a população precisa. É o que eu sinto que não funciona em rede e não tenho muita esperança que funcione em rede. A

não ser que venha alguém muito técnico, que mude a SMS para técnica mesmo, que tenha equipe técnica e que olhe para a parte técnica. Aí, a gente consegue uma progressão.

P: Você falou que manda mais para USE Fisioterapia e Psicologia. Tem outros tipos de demanda que vocês encaminham pra lá?

R: A parte infantil também, a Fisioterapia infantil, Psicologia infantil, Terapia Ocupacional também, a Pediatria que encaminha mais. Tem alguns ambulatórios médicos que estão lá também. Tem um do Gustavo, de curativos, mas esse ainda a gente não estabeleceu um fluxo, não sei dizer como é o fluxo para mandar para esses ambulatórios, eu sei que tem. Também são ambulatórios muito bons de professores também.

P: Tem algum padrão determinado pela Regulação ou pela SMS para encaminhar para a USE ou o HU tem o seu, sua guia, é própria do HU?

R: Para encaminhar para a USE o que a gente faz é uma cartinha de receituário ou uma cartinha que a gente tem do ambulatório de especialidades, de interconsulta que tem todos os dados, o motivo, porque que está pedindo, qual é a orientação. A gente faz essa cartinha e pede para o paciente procurar a USE.

P: Como vocês orientam o paciente para o atendimento na USE? Entrega a carta e vai ou dão orientação sobre horário etc?

R: A gente orienta para ir entre 9h e 16h, que a gente sabe que tem mais recepcionistas e fala que, assim, é uma fila de espera. A gente sempre fala isso que não é atendimento na hora e, às vezes, a gente orienta para que ele fique aguardando. Se ele volta e fala que a fila está longa, a gente também tenta, às vezes, outras unidades também,

P: Vocês acham que a atuação da USE é suficiente? Poderia melhorar? Por quê?

R: Eu acho que a USE tem um potencial muito maior do que ela tem, mas eu sei que falta recurso. É fácil falar “A USE tem potencial”, mas falta recurso, eu sei disso. Mas a USE tem potencial para muito mais. Melhorou muito com a gestão atual, eu achei que deu um passo muito..., mas, assim, eu acho que ainda falta, que teria como ampliar. Teria como burocratizar menos e ampliar mais o serviço. Por exemplo, poderia fazer vários ambulatórios lá, não precisa ficar só no HU, poderia ser junto, vários ambulatórios. Ela tem uma estrutura melhor que do HU para ambulatórios. Eu acho que poderia ter uma parceria maior, né? Eu acho que poderia crescer muito mais. Eu acho que a Fisioterapia cresceu muito, eu acho que falta crescer na assistência, não só no ensino e na pesquisa. Eu acho que dá pra crescer mais. Mas, eu acho que a USE tem potencial para muito mais do que ela faz. Ela pode oferecer mais, mas ela precisa de recurso e apoio. Porque é fácil falar “Tem que crescer”, mas cadê o apoio. Mas que ela tem uma estrutura física, uma organização, secretariado, que daria para crescer. Como eu queria ter

um farmacêutico igual o da USE, que fica lá. Ele fazia comigo quando fiz na USE ambulatório de cardio, ajudava. Então, assim, tem uma estrutura, cabe mais ali.

P: Agora é o bloco de comunicação. Vocês estão dentro da UFSCar e acaba sendo mais fácil, já teve experiências na USE, mas como vocês ficam sabendo as informações sobre os serviços que a USE oferece? O que está aberto e o que está fechado?

R: Eu acho que que falta um pouco de divulgação. Acho que isso é legal, de ela ter um canal de comunicação, de divulgação. Esse canal vou aproveitar até para cá. Eu acho que, às vezes, a gente está oferecendo...e a gente chama vocês. Mas, talvez um canal mais direto, com informações mais simples, por exemplo...não só os ambulatórios novos que vão criar, mas “o período de tal a tal não terá atendimento tal...”, assim. O Dr. Eduardo Portugal pediu demissão, endócrino, por exemplo. Então, o ambulatório vai ficar fechado por um tempo, então, seria legal ter um canal de comunicação...

P: Para os profissionais?

R: Para os profissionais da rede. “Olha, estamos sem médico, o concurso está previsto para tal, mas, até lá, solicitamos, por gentileza, aguardar para encaminhar porque não temos como criar lista de espera”.

P: O paciente sai de lá, vem aqui...

R: Aí, ele grita lá, grita com a secretária. Então, acho assim, o mesmo problema que o HU sente, a USE sente também.

P: Você tem alguma orientação da Regulação ou de outro setor da Secretaria Municipal de Saúde sobre os serviços e atualizações de informações da USE? A Regulação informa para o HU?

R: Não. Eles informam em bolsão, assim. Como a USE agora está no CROSS aparece para o profissional da Regulação “A USE está dando tantas vagas para tal ou a USE está solicitando vaga”, aparece isso, mas não tem um canal, assim, falta canal de comunicação. Eu acho que falta também mais associação das gestões.

P: As gestões se aproximarem?

R: É. Eu acho que tem um déficit aí. As gestões precisam estar mais próximas, eu acho que isso está atrapalhando um pouco...aquela coisa de olhar sistemicamente.

P: Na sua visão, o nível de informação, agora pensando nas unidades de saúde, a saúde pública de São Carlos, o nível de informação que as unidades têm uma das outras, influenciam no número de pacientes que são encaminhados?

R: Acho que sim, acho que influencia sim, porque... Acho que sim, acho que influencia.

P: Se esse nível de informação melhorasse, se as unidades soubessem mais claramente, ou tivesse uma plataforma para acessar a informação “lá está fechado, então não vou encaminhar pra lá e vou mandar para essa”.

R: Nossa seria perfeito. Seria excelente. Facilitaria muito o fluxo, ia ser perfeito, ia melhorar muito o fluxo.

P: Certo. Qual é o melhor canal de contato para o HU receber orientações e informações atualizadas sobre a USE?

R: Acho que tivesse um canal de comunicação....

P: E-mail, telefone?

R: Acho que por e-mail para profissionais, por e-mail. Às vezes, até site também, né? Colocar a informação no site como o HU, USE...acho que são federais e poderiam ter um site que tem a informação de tudo, dos hospitais, tanto da USE quanto daqui para a gente acessar, e o e-mail.

P: Bom eu ia te perguntar se você conhece pessoalmente a USE, mas você conhece? Você acha que eventos que possam debater temas relacionados à saúde e reúnam profissionais da rede, do HU, da USE são interessantes? Você acha que isso funciona, os profissionais se interessam?

R: Funciona muito, se interessam.

P: Acha que é possível?

R: Eu acho que é super possível. A USE tem um anfiteatro lindo, tem um espaço maravilhoso, tem salas de aula, tem recurso visual, eu acho.

P: Ótimo, terminamos por aqui. Obrigada.

Entrevista com representante de unidades que mais encaminham para USE – Entrevistados 18 (E8)

R:Trabalhei a vida inteira com emergência.

P: Aqui no município?

R: Sim, no Pronto Socorro, na Santa Casa, depois no Pronto Socorro e depois SAMU. Então eu quis sair, estava cansada, idade. Enfim, uma série de coisa. Sou aposentada e me ofereceram a supervisão aqui. Achei que era desafio porque não tem nada a ver com o que fiz durante 23 anos, com burocracia, computador.

P: Imagino.

R: Meu negócio era só sangue. Então, estou ainda tomando pé das coisas. Porque...(inaudível). Quando entrei aqui me disseram “se vira”. Apresentaram como funciona. Então, em relação

à...Bom, aí, eu tive férias picadas, eu vim no meio de agosto. Setembro, outubro, novembro e dezembro, quatro meses, sendo um mês de férias, mais uns 15 dias do final do ano, mais os feriados, você tira...mais ou menos, dois meses junto. Então, se puder me passar as perguntas para eu me situar.

P: Sem problema, fica tranquila. A primeira pergunta é como funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: Então, o que eu sei em relação...não só à USE, como a Fisioterapia em geral. O que eu sei que vai pra lá, que eu sei, a maioria é Fisioterapia. E a maioria também são (inaudível). É... e sinceramente, não sei muito da contra-referência, eu sei que os pacientes da Fisioterapia são encaminhados para a USE, pra Unicep e quatro ou cinco unidades de saúde que são...antes era referência de regional, mas não existe mais essas regionais. Então, são os pontos maiores, que seria: Redenção, São José, Santa Felícia, Aracy.

P: Que tem fisioterapeuta?

R: Que tem fisioterapeuta. Acho que um deles que está sem. E essa contra-referência eu não tenho assim...

P: Se eles devolvem o paciente pra cá?

R: Isso, se eles devolvem ou...Eu acredito que o paciente procura o que encaminha porque, geralmente, pede um retorno.

P: Por exemplo, se o paciente passou aqui e será de Fisioterapia e manda pra USE. Existe um papel, uma guia. Com histórico?

R: Isso.

P: Ele vai direto pra USE? Ele não volta pra UBS e depois vai pra USE, Unicep ou outro ponto?

R: Eu tenho entendido que sim, precisaria confirmar essa informação pra você.

P: Pelo o que tenho visto, tem sido direto para que o paciente não fique no vai e volta.

R: O que eu sei de alguns pacientes seria...não é oficial. Eles acham muito difícil, muito demorado o atendimento na USE. A seleção do caso. Eu tive uma experiência pessoal, então posso falar por mim. Realmente, não estou reclamando do serviço. Começou a demorar muito o atendimento, foi o meu filho que sofreu acidente na época, teve lesão no nervo da mão esquerda. E estava demorando, e é impressionante a atrofia. Aí, eu fui lá, demorou e eu acebei cobrando, não sabia pra onde ir. Conversei com alguns professores, reivindiquei esse atendimento porque a mão dele estava realmente atrofiando e daí, eles atenderam e ele foi super bem atendido. Durante o atendimento é muito bom, na minha opinião, mas, eu acho que até chegar no atendimento, não sei como está hoje. Está demorando ainda?

P: Depende da área. Lá é uma unidade escola, tem característica de ensino, a natureza dela é de ensino.

R: Está voltado para o interesse deles daquele momento.

P: E a maior força de trabalho lá dentro e é a formação dos estagiários. Profissionais e professores têm muito menos. A capacidade de atendimento é aumentada pela presença dos estagiários. Então, quando eles estão de férias, a capacidade de atendimento cai e aí não atende, porque não tem a força para atender. Então, tem essas características dela, como unidade escola, acaba, às vezes, batendo um pouco de frente com a necessidade do município, que seria bastante atendimento. Bom, você tem experiência, apesar de não see na gestão, mas em outros espaços e equipamentos de saúde do município, você acha que a saúde de São Carlos, saúde pública, funciona em rede?

R: Eu acho muito falha a comunicação.

P:Esse funcionamento?

R: Essa...até tem, mas eu acho que poderia ser muito melhor. Essa referência e contra-referência ela precisa ser mais trabalhada.

P: Não é um fluxo fácil?

R: Não é. E a maneira como é realizada essa referência, são poucos os médicos que, por exemplo, que vem da unidade básica referenciando assim “esse paciente já fez isso, aquilo outro e está enfrentando isso, e por isso está encaminhando para especialista”.

P: Não vem o histórico?

R: Isso, isso, é. É assim “o paciente precisa...ou ao...”. Por exemplo, “hipertenso”, um exemplo bem... “ao cardiologista”, por exemplo. É falho e a contra-referência também eu acho. Não tem muito...Esse paciente tem que ter alta daqui, né? Porque, se não, não consigo inserir novos casos. Aí, essa demanda fica maluca.

P: Vocês também são uma unidade que recebe muita referência?

R: Toda, fora os municípios que atende também. Se não tiver alta...Por exemplo, tem o programa do idosos, do hipertenso, do diabético na rede básica. A não ser que seja um diabético descompensado, tudo bem. O clínico encaminha, passa pelo endócrino, estabiliza o quadro e devolve para ser acompanhado na UBS. Quando necessário, ele volta para reajustar a dose.

P: Vocês conseguem fazer essa devolução?

R: Não.

P: A USE pontua muito “Não tem pra onde mandar o paciente com alta”.

R: Precisaria voltar esse paciente. Quem encaminhou, você vem, estabiliza e volta. Essa dinâmica que precisa ser incrementada, na minha opinião.

P: Essa mesma resposta que você está dando eu ouvi dos profissionais que atendem na USE. Porque vocês estão na média complexidade, são as especialidades, diferente da Atenção Básica e da terciária. E aí, elas relatam isso mesmo “Então, a gente recebe paciente aqui, a gente tira daquela fase aguda, resolve, volta...ele tem que voltar pra unidade para ter acompanhamento lá. Ele só vem se ele tiver uma piora do caso. Mas, a gente não consegue devolver, porque lá não recebe mais ele”.

R: Nós também temos que devolver para alguém.

P: Às vezes, recebe na USE encaminhamento da referência “não devolver o paciente para a unidade”. O que quer dizer “se não tiver aí, não devolve pra mim”. É isso, bem complicado. Bom, eu ia te perguntar o tipo de demanda que vai pra USE, é Fisioterapia mesmo. Tem algum padrão de encaminhamento para a USE ou para qualquer outra unidade que é determinado pela Regulação ou pela SMS. “Tem que ser essa guia preenchida”, ou cada unidade tem uma, a Santa Casa tem uma?

R: Não sei como é nas outras unidades. Eu ainda estou pegando.

P: Aqui é uma guia só para qualquer especialidade?

R: Para a USE?

P: É.

R: Não sei mais o que a USE atende.

P: Fisioterapia, crianças, neuro, saúde mental, Terapia Ocupacional, fono.

R: Tudo é Fisioterapia voltado para essa área?

P: Não, não só fisioterapia, tem fono...

R: Reabilitação em geral?

P: Sim. Também para crianças com problemas no desenvolvimento neuromotor. Crianças com paralisia cerebral, diversas síndromes, alergias alimentares...

R: Que legal.

P: Sim, são muitas linhas. E quando vocês encaminham os pacientes, vocês dão alguma orientação para eles irem para a USE ou só entregam a guia?

R: E agora? Não sei.

P: Não tem problema. Você até me falou o atendimento lá na USE demora muito, a partir de experiência pessoal sua. Você acha que a atuação da USE é suficiente? Poderia melhorar?

R: Então...Aí, vai depender da atenção, pela minha experiência, pelo o que eu sei, assim, de ouvir, nada oficial, mas assim, é que tem bastante resolutividade, é bom o atendimento, mas a questão é essa, a demora para começar o atendimento.

P: Agora, a última parte, sobre comunicação. Como vocês ficam sabendo sobre informações dos serviços que a USE oferece?

R: Não fico. Quando eu preciso de alguma informação, não só pra USE, mas Hospital Escola, por exemplo, eu ligo.

P: Você liga lá?

R: Eu ligo. Ou ligo na Regulação, porque se é uma coisa que não sei para onde mandar, eles devem saber para onde encaminhar.

P: Então, você liga na unidade para pegar informação?

R: Eu ligo, vou procurar quem pode saber para me orientar.

P: Na dúvida, você busca a Regulação?

R: Me dá um norte, é isso.

P: Vocês recebem alguma orientação da Regulação ou até de outro setor da SMS sobre os serviços e informações da USE. “Olha, só pode encaminhar paciente assim”?

R: Não, nunca. Se tem, eu desconheço.

P: Na sua visão, o nível de informação que as unidades têm umas das outras, no sistema de saúde todo, as unidades têm uma das outras, isso influencia no número de pacientes que são encaminhados? Isso facilita ou dificulta o fluxo de referência e contra-referência?

R: Em relação à USE ou a gente mesmo?

P: As unidades todas.

R: (Entrevista interrompida). Como foi a pergunta mesmo?

P: O nível de informação que as unidades têm uma das outras. Por exemplo, todas as unidades sabem o que uma e outra fazem?

R: Não sei. Eu acho que também precisa melhorar esse fluxo.

P: Se esse fluxo melhorasse, se as unidades tivessem mais consciência. “Aqui tem vaga pra isso e isso, mas para isso está sem vaga e posso mandar para UBS, para a USE”. Esse fluxo facilitaria?

R: Com certeza, sem dúvida. Ainda tem muita desinformação.

P: Qual é o melhor canal de contato para você receber informações atualizadas sobre a USE? E-mail, telefone, material impresso?

R: Eu não sei nada. Essas informações que você está passando...é que eu também fiquei muito tempo fora. Fora porque eu trabalhava à noite. Trabalhava à noite e dormia durante o dia, as coisas aconteceram no município...

P: Mas, por exemplo, a USE mandar um informativo por e-mail. Se chega aqui, você consegue disparar para seus médicos e outros profissionais?

R: Daqui eu consigo.

P: Se chegar pra você multiplicar para sua equipe funciona?

R: Funciona sim.

P: Colocar cartazes?

R: Cartaz eu não...o pessoal não lê. A gente costuma fazer reunião. Antes, era feito com mais frequência e a gente pretende retomar isso, à sextas-feiras, ou pelo menos duas vezes por mês ou, no mínimo, uma vez por mês, para estar aparando arestas do serviço, informação. Às vezes...porque tem um fluxo que foi criado quando se implantou a CROSS que tem algumas coisas que a gente tem que adaptar naquele momento, não pode ser uma coisa rigorosa. A saúde não é estática, né? Muito pelo contrário. Então, é... existe um fluxo...paciente é atendido na rede básica, primeira consulta é lá. O clínico encaminha, eles é que agendam a primeira consulta.

P: Pela CROSS?

R: Pela CROSS, mas a unidade básica. A primeira consulta é deles. Nós marcamos o retorno. Ele sai da consulta, vai até o balcão e agenda ao retorno. Mais de seis meses, o retorno passa a ser dado pela unidade básica de novo. Ele vai entrar numa lista da unidade básica e não daqui. Às vezes, ele não consegue, às vezes demora. Aí que entra toda aquela volta para a unidade. Por exemplo, uma consulta com endocrinologista que está demorando, se ela não der alta eu não consigo atender mais. Então, existe algumas medicações que só endocrinologista receita, e as outras, ele pode ver com o clínico.

P: O clínico pode receitar?

R: Então, a gente está tentando agora, nesse momento, fazer isso com a endocrinologista. Ela receita...o paciente vem aqui com receita, dois meses não pode pegar mais medicação. Como ele vai ficar sem insulina? Então, a insulina que só ela pode prescrever, que tem alto custo, vai pra farmácia o processinho, ela prescreve separado da consulta. É um acordo interno nosso para você ter um exemplo do que a gente está tentando fazer que não está inserido nesse sistema. Porque esse paciente não pode ficar sem. E as outras medicações da receita, ele volta lá no posto.

P: E o clínico receita?

R: Isso. Então, ainda está engatinhando isso aí pra ver se conseguimos dar uma desafogada porque é muito paciente.

P: É um rearranjo que estão organizando para tentar driblar a CROSS?

R: Sim para atender os pacientes. Não é ela. Na verdade, é que o sistema é difícil. Então, assim essa interação com a UBS, essa comunicação aí...porque eles também suas faltas de recursos

humanos, falta de médico. Como vou mandar para uma unidade que não tem como atender a demanda do bairro, da região e eu estou devolvendo, sabe? É isso...

P: Acaba que a média complexidade acaba segurando casos que poderiam estar sendo atendidos na Atenção Básica, mas que eles não estão dando conta. Quando cai aqui na média complexidade, você não devolve. É o que eu tenho ouvido dos relatos.

R: Na verdade, eu nem...a gente não tem tanta vaga, a gente não consegue. Por exemplo, tínhamos 4 oftalmologistas, em fevereiro. Em agosto, duas estavam de licença-maternidade, voltaram e pediram demissão. Fiquei com dois, um deles tinha 1,3 mil pacientes aguardando consulta. Daí, conversei com ele “Dr. o senhor tem que dar alta. O paciente vem aqui, faz óculos e vai embora. Quando ele precisar de óculos de novo, ele procura a unidade e marca”. Aí, ele começou a dar bastante alta, sabe? Assim, mudar os critérios, não sei o que ele fez, sei que deu uma boa melhorada nessa fila.

P: Tem que acompanhar de perto, né?

R: Paciente que tem pressão alta, hipertenso, não precisa ficar o tempo todo com o cardiologista.

P: Toma o remédio, controla e pode ser acompanhado no posto?

R: É. E assim são muitos.

P: E tantas outras especialidades. A última questão é simples. Você conhece a USE pessoalmente?

R: Só fui lá quando o meu filho foi atendido, faz muito tempo, nem sei...

(entrevista interrompida)

P: Você acha que seria interessante a USE promover atividades abertas para as equipes de saúde do município para irem conhecer a Unidade, promover eventos para debater assuntos do interesse da saúde pública? Às vezes, a deficiência de uma unidade tem expertise em outra, um profissional da USE pode colaborar. No sentido de aproximar os profissionais, entendendo que se a gente se aproximar a gente se conhece mais, “eu entendo seu buraco, você entende o meu e a gente vai se ajudando”. São iniciativas possíveis?

R: Claro, são pertinentes. Ótimas.

P: Ok, acabamos. Muito obrigada.

**Entrevista com representante de unidades que mais encaminham para USE –
Entrevistado 19 (E19)**

P: Bom, aqui a ideia são dois blocos de perguntas. Um mais relacionado à relação de vocês com a USE e o outro mais da área de comunicação. São blocos menores. Como funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: A gente, geralmente, encaminha alguns pacientes, algumas situações que a gente não tem a possibilidade de tratamento aqui, ou se tem é muito falha, e que a USE tem condições técnicas e de aparelhagem, profissional melhor, entendeu? A gente faz uma carta de encaminhamento pra lá. A gente entende de que maneira? Se aquela pessoa se enquadra nos critérios. É feito o Acolhimento lá pra ver se encaixa nos critérios. Se encaixar nos critérios, então vê a questão de vaga também porque atende um número limitado de pessoas e aí faz o atendimento e depois manda a contra-referência “Tratamento finalizou com tal, dar seguimento na Atenção Básica referente a isso, isso e isso”.

P: Os principais casos que vocês mandam pra lá?

R: Fisioterapia, a gente tem uma fisioterapeuta aqui que manda muita coisa pra lá. Eu não sou fisioterapeuta e acho que poderia tratar aqui, mas é mais fácil direcionar para o outro. E algumas coisas relacionadas à Pediatria também. Porque a gente, às vezes, não tem equipe no município e a USE está lá e fornece esse tipo de trabalho, entendeu? Geralmente, esses dois, tá? Fisioterapia porque a fisioterapeuta...a gente tem duas aqui, uma só manda porque a outra não manda?

P: A outra atende aqui?

R: Dá conta.

P: Às vezes, em algumas outras entrevistas, há relato de que vai muita coisa pra USE que a Atenção Básica deveria dar conta, mas a gente acaba absorvendo porque falam que não têm condição lá e manda pra cá?

R: Eu não sou profissional da área e não consigo debater com relação àquilo. Eu tenho duas profissionais, uma atende tudo aqui e a outra não atende quase nada aqui, o mais fácil é referenciar.

P: Na sua visão, o sistema de saúde de São Carlos funciona em rede?

R: Funciona em rede, não na sua plenitude. Funciona parcialmente em rede.

P: Por que você acha que é parcialmente?

R: Porque, assim, a gente não...voltando ao tema da pesquisa, porque a gente não se conversa. A Atenção Básica não conversa com as UPAs e as UPAs no conversam com a Atenção Básica, não conversam com o HU, que não conversa com a Santa Casa, que não conversa com os serviços prestados pela USE, por exemplo. Quando conversam, é tipo de uma palestra, entendeu? Mas, não existe a discussão do fluxo, então, a pessoa vai lá na ponta e vê as

dificuldades e faz os apontamentos que ele deseja que o outro serviço faria. Por isso que a rede funciona, mas não em cadeia como deveria ser, com fluxo linear. E assim, as pessoas saem daqui com um encaminhamento, bate lá, eles não entendem que foi encaminhado de cá pra lá e a gente fica...o próprio paciente, e a gente também, trabalhador, fica meio perdido no que pode e não pode.

P: Tem algum padrão de encaminhamento para a USE determinado pela Regulação ou pela SMS? Ou cada unidade encaminha como quiser?

R: Então...tem-se uma ideia de padrão.

P: Existe uma guia?

R: Isso, guia de referência e contra-referência e dentro daquele papel que você é obrigado a colocar ali, mas nem sempre o profissional que está encaminhando preenche adequadamente aquilo. Ele é intuitivo, tem lá instituição que está encaminhando e instituição para qual será encaminhado, dados do paciente, nome do paciente, idade, enfim...aí tem a hipótese diagnóstica e histórico clínico. A própria guia é intuitiva, com CID ou não, já facilitaria. A gente bate muito pra colocar o Código Internacional de Doença (CID), mas geralmente não, ou por desconhecimento ou por não querer pesquisar, e enfim...só coloca, quando coloca, um pré-relato do que está acontecendo.

P: Dificulta um pouco isso? Porque o profissional que recebe....

R: Não sabe o que está acontecendo. E muitas vezes, eu vejo que o paciente na frente do profissional, a gente mesmo na frente do outro profissional, a gente...encurta a conversa, encurta a comunicação “vamos rápido, que eu acho que estou atrapalhando”. A pessoa encaminhada aqui: “ah, para que foi encaminhada? Não sei, eu passei com o doutor...”. Na verdade, sabe, mas fica com medo do incômodo. “Passei com outro e já falei que é meu ombro, já falei...vou falar de novo aqui? Me sinto constrangido, já trouxe o papel que era para estar escrito o meu motivo do encaminhamento e fico...”. Agora tem se batido muito em cima dos encaminhamentos, dos profissionais que vão encaminhar que encaminhem adequadamente.

P: Como vocês orientam os usuários para atendimento na USE? Vocês entregam a guia e qual é a orientação que dão para eles?

R: Geralmente, a gente entrega a guia e a gente liga no setor para entender o dia, o horário...não sei se vai estar de recesso, se não vai estar de recesso, quarta-feira se vai ter alguma reunião ou uma obra, enfim...para essa pessoa não ir lá. A gente pega, a gente geralmente liga no setor para se informar qual seria o melhor horário, a melhor maneira de estar encaminhando para ela não ir e estar com a porta fechada ou “Hoje não é dia desse tipo de acolhimento” e tudo mais. Via telefone, a gente tenta buscar a informação via telefone. E aí, existe alguns problemas, nem

sempre tem um profissional para atender o telefone, entendeu? Não só na USE, mas nos setores em rede, ou está afastado, ou está de férias, ou os dois...a gente fica sem conseguir atender o telefone e para atender o balcão a dinâmica é muito grande.

P: Vocês acham que a atuação da USE é suficiente? O que poderia melhorar?

R: Se a atuação é suficiente? Dentro do propósito dela, sim.

P: E esse diferencial de ser uma unidade escola?

R: Dentro do propósito dela, eu acredito que ele é suficiente. A demanda é maior. A demanda do município, se a gente for tratar o município, mas pelo propósito dela, eu acredito que se enquadra.

P: Certo. Vamos falar um pouco mais de comunicação, troca de informação. Como vocês ficam sabendo as informações sobre os serviços que a USE oferece, o que está aberto e o que não está?

R: Geralmente, por e-mail. A gente recebe...

P: Que a USE manda?

R: A USE dispara para a SMS e a SMS dispara, e aí chega até à gente, geralmente por e-mail. “Ah, esse serviço está fechado até março até voltar do recesso. Ou acabou o serviço, a pesquisa”, enfim. A gente fica sabendo 90%, no meu ver, é por e-mail. Aí, tem WhatsApp e tem algumas áreas que a gente tenta se conversar para tentar alinhar uns pontos, entendeu?

P: Vocês recebem alguma orientação ou direcionamento da Regulação ou de outro setor da SMS sobre os serviços e novas informações da USE?

R: Só comunicado por e-mail e WhatsApp.

P: Na sua visão, o nível de informação que as unidades têm umas das outras influencia no número de paciente que são encaminhados, no fluxo de informação que vocês sabem que está acontecendo na rede?

R: Eu acho que influencia da seguinte maneira: digamos que encaminha uma criança pra USE, só que a unidade não sabe que a gente tem um profissional pediatra aqui que é especialista na área, que poderia tentar ficar com essa criança em rede, se ele não conseguir o tratamento, aí encaminha lá. Uma coisa que eu vejo que dificulta muito, a gente tem um território, talvez, mal distribuído...que sobrecarrega muito umas unidades e pouco as outras, tá? E isso influencia...e tem aquele negócio “Ah, precisa ser da área (inaudível)”. O SUS está ali e daria muito bem pra gente, em rede básica, se conversar... “olha, tenho um caso de uma criança assim, assim e assim, ou um caso de Fisioterapia assim, assim e assim. Alguma unidade atenderia? Existe alguma unidade que tem essa possibilidade, tem esse profissional?”. A gente tem pessoas aqui com

mestrado e doutorado. Enfim, que fez especialização e que poderia estar trabalhando em cima daquilo, só que não está.

P: Por isso, porque...

R: A gente não se conversa. Quando a gente vai conversar, a gente não vai atrás de conversa de solução, a gente vai atrás de problema. Raramente, existe uma conversa em prol da solução, e sim, “Estou com problema muito gritante aqui...”. No caso, digamos que a USE fosse a gente: “Estão encaminhando muito problema de mão aqui. A gente não dá conta de atender tanto problema de mão, de Fisioterapia assim, pelo amor de Deus!”, mas não direcionar a gente como se a gente fosse, como a gente vai resolver esse problema? “Ah, tem a funcionária do Botafogo, a fisioterapeuta lá, que é especialista em mão, ela tem equipamento, ela consegue. Pelo menos, ela fazer uma triagem mais aprofundada, já que eu não tenho essa competência...competência é pra ter, essa capacidade, direcionaria para ela. Só que as demandas são muito grandes.

P: Tem profissional na rede?

R: Tem muito paciente. É muita gente. Ainda mais agora, com esse setor econômico nosso...

P: Muita gente migrou do particular para a o público.

R: Isso é fato real e a gente mantém um número fechado de profissionais, entendeu? A gente fala do caso de Fisioterapia. Há uns anos, existia um convênio da Prefeitura com o sistema privado que desafogava muito essas questões. Agora, a gente não tem. Ou é aqui, mas a Fisioterapia não é em uma ou três sessões que você finaliza...existe muito trabalho em grupo para você tentar acompanhar 20 ou 30 pessoas ao mesmo tempo para você maximizar sua hora, porém existe pacientes que você tem que trabalhar no individual. O individual é uma hora pra um e não uma hora pra 20. Aí, voltando no eixo da pergunta...a gente tem dificuldade de conversar, a gente tem medo de conversar, a gente tem receio de conversar porque, eu acredito, que estamos todos fragilizados, tá? Então, eu vou pedir alguma coisa pra você, eu vou falar “Ai, meu Deus, vou pedir de novo...também está com muita coisa. Ai, você pedir de novo”? Igual hoje: já agendei de outras unidades – a gente tem mais comunicação... não coleguismo porque eu não tenho nada contra ninguém da rede, mas tem aproximação e afinidade com... “Então, quebra um galho pra mim, estou precisando de consulta de Pediatra assim, assim”. Coloquei para amanhã, aí ela fala “Preciso de uma consulta pra hoje porque veio encaminhado da Santa Casa um bebê que nasceu em janeiro - a gente está em janeiro - e está com icterícia assim e assim, que é colher isso e isso na unidade básica”. E lá está sem profissional. Aí que está, a Santa Casa ... “vai, mãe”. Só que lá não tem o profissional. E foi a mãe bater lá e o profissional está de férias. A gente, se tivesse um sistema de comunicação razoavelmente aberto, sem o medo, porque a gente tem o medo de se comunicar porque a mão de Deus vem com toda força.

“Porque você está falando toda vez isso, entendeu?”. Então, a gente não pode mostrar fragilidade, tem que ser forte... (inaudível).

P: Você acha que se esse nível de informação melhorasse, esse fluxo que você falou de referência e contra-referência, estaria mais adequado, até por esse caso que você citou como exemplo da Santa Casa?

R: Aí, a gente cai em dois problemas. Um que teve que mandar para a unidade de referência, ser mandado para a unidade de referência, infelizmente, mas, assim, você manda para a unidade de referência, mas você já dá a outra porta aberta. “Você vai pra lá, pro Fagá, mas sua consulta está agendada no São José, mas às 8 horas de amanhã”. Porque a pessoa chegou lá, às 8 horas. Deslocar de lá às 8h e a consultar ser aqui às 8h, é impossível. A gente teria que ver um meio de comunicação para se ir para a unidade de referência, que eu acho que é importantíssimo para não se perder o vínculo.

P: O paciente é daquela unidade?

R: É, tem que ser, a gente precisa de uma referência para tudo, um pai é uma referência, uma mãe é uma referência, uma unidade é referência para os serviços de saúde. Sim, mas a gente se conversar para falar assim: “Oh, estou te encaminhando lá para o Maria Stela Fagá, porém não tem pediatra e você vai ser direcionada, nesse primeiro momento, lá para o São José”. Então, fazer esse link, não sei de que maneira, “linkar” para que a gente soubesse do problema que a gente ficasse... em cima da hora não tem tempo hábil pra trabalhar. Não sei a fórmula, mas facilitaria bastante. Não seria o ideal da coisa, mas a gente tem o CROSS, a gente sistemas, mas que eles engessam a gente.

P: Eu já ouvi esse termo “engessar” em outras entrevistas também.

R: Ele funciona engessado. Você vai marcar, mas as duas pernas engessadas. Ele tira minha autonomia. Apesar de falar você tem autonomia para tudo, eu perco isso. Um exemplo muito simples: a gente chegava para o médico “Doutor, estou com paciente e o senhor está com 15 na sua agenda, mas tem como atender esse paciente. Ah, põe aí e amanhã você põe um a menos pra mim”. Aí, eu tenho que justificar porque tem um a menos ali e preciso justificar essa outra. Então, a gente fica engessado. Então, muitos profissionais mais antigos “Ah, eu atendo o que está determinado e pronto”, para não ficar na irregularidade.

P: Complicado. Qual seria o melhor canal de contato para vocês receberem as informações da USE?

R: Não vou saber te responder pelo seguinte: a gente recebe um bombardeio de informação. Eu acho que antes da gente ter um canal para receber informações da USE a gente precisaria ter um refinamento das informações. A gente escala como A, B e C, os níveis de importância. A

gente recebe “O banco...está dando 10 dias no cheque...”. Vai estar na minha caixa de e-mail aquilo no meio de outras mensagens. Aí, você perde tempo... “Ah, você não sei o quê...” Aí, você vê aquele baita texto e não diz nada e coisa nenhuma, é só um informativo. Então, eu acho que deveria ter um refinamento das informações “olha, essas informações da USE realmente você tem que ler e entender...” Porque, assim, o complicado da informação é aquilo, está ali, mas a interpretação é minha, entendeu?

P: Categorizar o que chega para vocês?

R: É, o refinamento...chegou na minha caixa de e-mail “Hasteamento da bandeira na praça”. Quando vem o título eu já excluo, mas e se tem alguma coisa importante no meio. Eu não estou querendo saber do hasteamento. “Ah, vai entregar a pavimentação e não sei o que”, para mim, não interessa isso, mas eu não sei se no corpo tem alguma coisa que me interessaria. Entendeu? Vai se jogando informação, estamos comunicando, estamos informando. E só que aí, o que acontece? Vocês precisariam, ou quem está informando, o *feedback* se foi entendido da maneira que era para ser entendido. “Ah, você entendeu isso? Não, entendi aquilo”. A gente fica naquela dúvida: Quem entendeu o quê?”, através das minhas influências eu entendo do meu modo.

P: Eu estava lendo uma pesquisa similar à minha e eles falavam muito da importância de aproximar as pessoas, as áreas e, coincidente foi um termo muito usado nas entrevistas – aproximação das unidades, das pessoas. Se, por exemplo, a USE pensa em fazer eventos voltados para o pessoal das unidades sobre temas que sejam importantes para eles – um exemplo “Como abordar famílias de crianças autistas” - e vamos convidar o pessoal da rede para trocar experiência, o que vive lá, o que pode ajudar aqui, o outro complementa. Você acha que isso funciona? Isso é possível?

R: Eu acho que seria interessante, eu acho essas aproximações informais que eu acho que elas são válidas tanto ou mais que as formais. As formais você segue protocolo. As informais a gente está em coffee break, conversando, a gente cria um vínculo, cria uma empatia ali com a pessoa e ali, numa conversa informal, a gente ganha liberdade que é que a gente necessita é a liberdade para comunicar. A gente “Ah, vou ligar de novo?! Acabei de ligar tem 10 minutos”. Aí, você tem liberdade pra ligar “Oi, tudo bem? Como você está? Passou bem Natal. De novo? Você acabou de me ligar?”. Você cria confiança, entendeu? De que você não vai estar atrapalhando ou fazendo de maneira que atrapalhe o trabalho do outro, porque a gente se incomoda com isso. Eu liguei, uma, duas, três vezes no dia e já me incomoda. “O que está acontecendo? Estou ligando três vezes pra USE? O departamento de Cardiologia está acontecendo comigo?” São casos diferentes que aparecem e eu não tenho...preciso tirar a dúvida com a referência. Como a gente tem a VIGEP aqui, dúvida de vacina a gente liga lá. Liga 2, 3, 4, 5 e 6 vezes, quanto

precisar. A gente precisa...hoje, em dia, tem uma equipe de muita liberdade. A gente liga “Oi, tudo bem? E aí? “a gente vai de maneira mais tranquila pra conversar. Antigamente... “Você não ligou na semana passada? Já, mas semana passada, mas agora o caso é um pouco diferente aqui e gostaria da referência me orientasse, faço isso ou faço aquilo?”. Entendeu? Então, eu acredito que reuniões muito formalizadas elas ficam chatas, entendeu? Também reuniões muito despojadas também ficam sem compromisso. Entendeu? Então, uma coisa formalizada você engessa ela e só eu vou falar. E a outra despojada ninguém fala, mas assim. Vou falar da rede: eu tenho a Camila, do Santa Felícia, eu tenho afinidade com ela por quê? A gente foi fazer um curso de três dias em outra cidade, a gente foi na van junto, a gente ia almoçar junto. “Ah, tô precisando de ginecologista que estou sem aqui”. “Me liga a hora que for, manda pra mim via zap e, tendo tempo, já te respondo ali”. A Érica também, que voltou de licença-maternidade, que está no Fagá. A gente afinidade porque a gente trabalhou 15 anos da Santa Casa, a gente começou na mesma origem, a gente se vê um no outro. A Suzana do Vila Isabel, trabalhamos juntos. A gente tem afinidade, conhece ali (inaudível). A gente conhece a pessoa. Então, eu sei que se eu pedir para a pessoa, não é o melhor dela, eu vou pedir isso. O que falta muito pra gente é conhecer o próximo, só isso.

P: Você conhece a USE pessoalmente?

R: Conheço de passagem, de ir lá, apresentação, igual quarto de hotel, banheiro aqui, a dona Francisca que fica na recepção. Mas, só isso não é suficiente. Se não, quando a gente vai lá na parte escola, é muito didático o negócio, faz uma apresentação geral e “Isso, isso e isso a proposta. Legal!”. Mas, falta um q a mais de proximidade.

P: Um pouco de informalidade?

R: É. Ser formal, mas com... ser formal, totalmente formal, não de maneira nenhuma. “Eu sou o professor aqui”. Não, tem um aluno mesmo, vamos falar de aluno, você tem muito respeito, você tem uma dúvida e aquele professor é muito formal você fala “vou perguntar pro meu amigo para ver o que tem pra me dizer” ao invés de perguntar pra quem realmente é a chave da questão. Igual a Santa Casa, a gente liga e sabe que eles estão abarrotados de coisa, a gente fica com medo, com receio de incomodar de novo pra saber se...Será que? Então, a gente precisava ter...porque se eu te conheço eu não vou te tratar mal. Eu sei quem é você.

P: Eu sei o que você está passando lá, eu sei o que você está vivendo.

R: Entendeu? E não só ser um muro de lamentação. “A gente está sobrecarregado nisso, isso pode ajudar vocês na contramão. Vocês fazem o atendimento e a contrapartida vem aqui conosco!”, mas falta conhecer o ser. Hoje em dia a gente é um número de WhatsApp. E na hora

que eu vi você lá “Poxa, eu acho que conheço você”. Mas, enfim, a gente...é muito vago o que a gente conhece um do outro.

P : Você é supervisor aqui na Unidade?

R: Estou supervisor e enfermeiro

P: Ok, acabamos. Muito obrigada.

**Entrevista com representante de unidades que mais encaminham para USE –
Entrevistado 20 (E20)**

P: Bom, então vamos lá. Esse primeiro bloco fala da relação das unidades com a USE. Como funciona o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: A gente não tem tido problema. Todos os pacientes que a gente encaminha não voltam reclamando que não conseguiu agendamento. Acho que todo mundo consegue passar no Acolhimento e acho que consegue agendar a consulta no dia e horário. Ninguém reclamou “Ai, não fui atendida” ou “Perdi a viagem”.

P: Por exemplo, vocês encaminham pra lá. Vocês recebem o paciente aqui, ele é atendido, reside nos bairros que a UBS cobre, aí, vocês avaliam e se não tiver profissional aqui na UBS ou em outra unidade, aí que vocês encaminham pra lá. É assim que funciona?

R: Isso. Por exemplo, vou citar. Por exemplo, psicóloga. A gente tinha psicóloga até 30 de novembro [2019], e ela pediu demissão. E aí, não conseguiu repor profissional no local. Então, psicóloga a gente está encaminhando tudo para a USE por causa do déficit do profissional. A partir do momento que ela começar o atendimento, aí a gente tenta direcionar aqui. Pode ser que um pouco ainda talvez tenha que encaminhar. Porque atende...a Redenção, que é referência, vem pra cá um pouco. Não sei se é uma vez por semana que ela ia lá fazer atendimento. Então, em relação à psicóloga estamos em déficit.

P: Eu ia perguntar que tipos de demanda que vocês encaminham lá pra USE?

R: Psicólogo, psiquiatra adulto, pneumologia infantil, alergologista infantil. Quando tem gastroenterologia infantil, gastroenterologia infantil também.

P: Você acha o sistema de saúde de São Carlos, as unidades básicas, USF, funciona numa rede? Todo mundo, por exemplo, sabe o que o outro está fazendo, dá para passar os pacientes. É fácil isso?

R: Não é tão fácil, né? Assim, eu consigo mais, assim...conversar, por exemplo, com a Jéssica, que é supervisora da Redenção porque, assim, na reunião foi falado que, por exemplo, região Botafogo comunica com a Redenção. Redenção, se precisar, comunica com Botafogo. E a gente

tenta trabalhar em rede, né? Então, também eu peço o mínimo do mínimo, do possível. Às vezes, ainda eu consigo, por exemplo, lá no Santa Felícia, converso com a Camila, por exemplo, inserção de DIU, o médico daqui colocava. Agora por problemas...o que eu faço? Ligo pra Camila, ou mando WhatsApp “Ai, Camila, tem como você agendar uma inserção de DIU?”. Então, eu ainda consigo, Santa Felícia, Redenção, alguma coisa eu consigo.

P: Mas acaba sendo mais porque você tem esse contato com as outras supervisoras? Não, por que está no fluxo de funcionamento da rede?

R: Isso. Não.

P: Eu tenho percebido também com os outros profissionais que entrevisto que acaba muito sendo mais essa rede informal que vai se construindo do que pela rede do fluxo convencional, que deveria ser.

R: É. Por exemplo, a profissional x trabalhou comigo, a gente trabalhou junto. A gente se conhece, entendeu? Então, às vezes, é distante, não é minha regional, mas, às vezes, ela precisa de um material, ou o médico saiu, o clínico geral, por exemplo, teve no ano passado [2019], que alguns poucos pacientes eu agendei da Santa Felícia pra cá. Ou “eu preciso de inserção de DIU, tem um paciente a mais, você pode me emprestar tal material?” Aí, eu doe o que eu tinha porque o médico daqui não faz mais esse procedimento. “Porque eu vou segurar se ela está precisando?”.

P: Vai se construindo mesmo mais por esses contatos pessoais que vocês vão tendo.

R: Sim. Igual o CAPS- Álcool e Drogas, aqui do lado. Pedi pra funcionária pegar para doação papel sulfite, porque até chegar a nossa, só amanhã. Então, o papel sulfite a gente tem que economizar também, além de agendamento, precisa fazer receita de duas vias, sabe? Colocar no computador e grampear e fazer receituário simples. CAPS também emprestou material. Então, a gente vai...Jockey Clube também porque eu tenho contato. As enfermeiras....

P: Vai construindo desse jeito. Tem algum padrão de encaminhamento para a USE que é determinado pela Regulação ou pela SMS? Ou a unidade tem o seu padrão para encaminhar?

R: Não. É uma coisa da Secretaria de Saúde. Tem encaminhamento e contra-referência que é autorizado para toda São Carlos, né? Porque...tem ortopedia específico o encaminhamento.

P: Nesse encaminhamento tem os campos que o profissional daqui tem que preencher para o profissional de lá saber daquele paciente?

R: Isso. Os funcionários encaminham também orientam a documentação necessária, às vezes, até exame precisa levar.

P: E vocês dão essa orientação para o usuário sobre documentação que tem levar para a USE?

R: Isso.

P: Você acha que a atuação da USE é suficiente? Poderia melhorar? Como você avalia isso, aqui pela sua experiência com o público que você tem?

R: Eu acho que poderia abrir um pouco mais, né? Em relação, por exemplo, psiquiatra, está em déficit na cidade. Ampliar um pouco mais. Psicólogo também, que agora...né? Acho que algumas especialidades poderiam estar aumentando o número de consultas.

P: Agora é mais na área de comunicação. Como vocês ficam sabendo as informações sobre o serviço que a USE oferece?

R: Através de reunião das supervisoras, né? A chefe convida o responsável, alguém da USE para passar as informações, e também alguma informação por escrito também, quando necessário. Eles entregam na nossa reunião. Ou, às vezes, é uma coisa mais pontual, manda um e-mail ou WhatsApp, né? Quando tem alteração.

P: Vocês recebem alguma orientação da Regulação, ou de outro s setor da Secretaria, sobre os serviços e as novas informações sobre a USE?

R: É... quando vocês encaminham por exemplo, a chefe, ela passa pra gente.

P: Ela repassa pra vocês?

R: Passa.

P: Por e-mail quando não é na reunião?

R: Isso, ela manda. Às vezes, eu tô sozinha, estou com o assistencial afastado. Assim, quando é urgente, ela pede pra ligar pra mim para eu ver o e-mail “Abre o seu e-mail”. Ela me dá um toque.

P: Ela avisa, se não, você não consegue parar?

R: Isso, às vezes demora dias pra abrir.

P: Na sua visão, o nível de informação que as unidades de saúde, agora pensando na rede pública de saúde, a USE está dentro como tantas outras unidades. As unidades têm informação umas das outras? Isso influencia no número de pacientes que vocês encaminham no processo de referência e contra-referência?

R: Com certeza. Não está muito assim atualizado. É que muda funcionário. Às vezes, por exemplo, médico, enfermeiras, sabe? Os médicos pedem demissão e as enfermeiras, às vezes, não estão no mesmo local. Aí, muda o fluxo daquela unidade. A gente não fica sabendo.

P: Se essa informação melhorasse, corresse mais fácil, facilitava seu encaminhamento?

R: Quando a gente tem necessidade, a gente pega o telefone e tem que ligar e pedir informação.

P: Você acha que se esse nível de informação melhorasse, o fluxo de paciente, de referência e contra-referência, seria mais adequado, mais ágil?

R: Com certeza. Paciente viria mais esclarecido, eu acho. Para gente, que é funcionário, eu acho que otimizaria o serviço. Acho muito importante, pertinente isso.

P: Para o próprio paciente também, né? Evita encaminhamentos para locais que não têm o serviço.

R: Mais para paciente do Abdelnur, Zavaglia, às vezes, não tem nem dinheiro para pagar ônibus. Vem aqui ou ali, perde viagem e aí tem que voltar no outro dia. Às vezes, ainda tem paciente que vem à pé, vem subindo e chega aqui, por exemplo “Ai, não consigo a consulta naquele dia”, eles começam a reclamar.

P: São muitas questões envolvidas, se pensar o atendimento daquela pessoa. Não é só a causa que atrai?

R: É. Aqui a gente tem encaixe, que a gente fala. Faltou, faz um acolhimento mais pontual e a gente tenta encaixar. E até alguns casos, quando necessário, a gente conversa com a médica “Olha, tem como atender um a mais e depois a gente desconta?”. A gente tenta adequar, mas nem sempre dá. E o que eu fico mais com dó, vir pegar o leite. Vem lá de baixo até aqui, né? E não tem nem dinheiro, vem a pé e volta à pé. Se tivesse um, lá embaixo, por exemplo, Zavaglia... se pegasse o leite dos pacientes daqui, talvez teria menos falta. Porque a gente, assim, a falta a gente faz doação. Então, tem aqueles pacientes na fila. Deu tal horário, não veio, é doação. Ou liga avisando algum motivo que vai atrasar “Ai, estou no médico, estou na USE, estou no CEME, tem como guardar leite e estou indo aí?”

P: Elas têm dia pra vir buscar o leite?

R: Isso. É protocolo de São Carlos. Toda segunda e toda sexta.

P: Vocês sabem a demanda que vai ser retirada?

R: Isso. Depois das 9h, 9h e pouco, que entrega o leite. População já sabe, então a população nem reclama. Não vê a hora de sobrar um leitinho pra levar embora. Tem hora que é doação, né?

P: Qual seria o melhor canal de contato para você receberem informações atualizadas da USE?

R: O e-mail, geralmente, acho que o e-mail.

P: Eu fiquei pensando nesse plano de comunicação que eu te expliquei. Por exemplo, a cada mês, um jornalzinho, um informe, por e-mail, porque você consegue abrir na hora que dá um tempo. Então, “Oh, tem isso e isso acontecendo, aconteceu assim, vai ter

palestra sobre isso para profissional de saúde”, dar uma notícia e informações de serviço rápidas também.

R: Eu acho pertinente. Daí, acho, assim, às vezes, a enfermeira está tão sobrecarregada que não consegue ver. Mas, se colocasse o e-mail da UBS, o auxiliar tem um tempinho, vê lá e fala “Olha, tem coisa relacionada a vocês”. Entendeu?

P: Ela já dá uma pincelada no que é?

R: Isso. “Vi que aqui tem uma coisa aqui que não estou entendendo”, sabe.

P: Então, é proveitoso vocês receberem esse material?

R: É muito. Tem uma funcionária aqui que adora esse tipo de coisa.

P: Fica atualizada?

R: Isso. Sempre tirando um tempinho. Por exemplo, de manhã, às vezes, não é possível. À tarde, depois do almoço, “Deixa eu abrir o e-mail da unidade”.

P: É proveitoso, então?

R: Muito pertinente.

P: A última questão: você conhece a UISE pessoalmente? Foi em evento?

R: Conheço. Quando iniciou o serviço lá na USE todas as supervisoras foram convidadas a conhecer a planta física, o que iria funcionar ali, e eu fiz curso de especialização em Saúde de Família em 2005. Aí, algumas atividades nós fizemos lá, de simulação da prática. Então, eu conheço. E, às vezes, a gente ia naquela palestra que tinha na USE, no anfiteatro.

P: Aquela da hora do almoço?

R: Não. Tinha com mais frequência antes.

P: E até a continuidade dessa pergunta é isso: a gente fica pensando que por ser uma unidade escola, além da questão assistencial, de ser um prestador de serviço, com contrato, com pactuação da Prefeitura, ela é mais do que assistencial, porque ela tem essa questão da formação dos alunos que estão lá, e que também poderia ser um espaço com a troca de experiência, de conhecimentos com os profissionais que estão lá, na própria rede. Então, às vezes, promover eventos, palestras, oficinas, laboratórios de troca de experiência com os profissionais, abordando temáticas levantadas junto às unidades. Você acha que isso é possível, isso é bacana? Isso não dá certo?

R: Eu gostaria de falar, se possível, não evento, alguma troca de experiência, de vez em quando, marcar aqui na unidade, por exemplo. Por que na Unidade? Muitos funcionários não têm carro. Não é simples pegar ônibus, entendeu? A gente vê a realidade atual. Então, o dia que vai e volta, gasta passe e já faz diferença. Então, não com frequência, de vez em quando. A gente tem espaço para reunião de equipe.

P: Tem espaço físico aqui?

R: É. Toda segunda e toda quarta-feira... não, quarta não. Toda segunda e toda quarta sexta-feira do mês, das 14h às 16h. Então, a Secretaria de Saúde já autorizou. A gente fecha a Unidade nesse horário, a população já sabe porque já vem vindo de anos, e a gente pode ir pra sala de reunião para discutir, tentando...

P: Por exemplo, quando você falou que tem proximidade com o pessoal da Redenção, pode aproveitar e vir profissional de lá e compartilhar, participar desse trabalho?

R: Isso, exatamente.

P: Então, é algo possível? Tem adesão dos profissionais, eles participariam?

R: Com certeza. Aí, é bom, assim, com antecedência, uns dias de antecedência.

P: Ah, sim, ver um tema legal, que vai ser aplicado, que é da necessidade de todo mundo.

R: Isso. E assim, pelo menos, a enfermagem daqui participa, eles gostam dessas temáticas. Então, eu acho pertinente.

P: Era isso, tem mais algo que você queria falar?

R: Não, está certo.

P: Muito obrigada.

**Entrevista com representante de unidades que menos encaminham para USE –
Entrevistado 21 (E21)**

P: Bom, são dois blocos de entrevista. Um para falar mais da relação com a Unidade na rede, com a USE, e depois um bloco de comunicação, canais de contato, como você fica sabendo informações. É bem simples. Vamos lá. Como deveria ou como funciona do fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: A gente...acho que eu...a gente teve um caso que me veio à memória que a gente compartilhou que foi um caso de um doutorando que estava sendo acompanhado por nós e pelo DeAS, não sei se ele passava em atendimento na USE, não me lembro agora. Mas, é porque era estudante da Universidade. E nosso canal de comunicação eram reuniões, WhatsApp, telefone. Agora, caso específico da USE eu lembro de familiares que foram...um familiar que foi acompanhado lá por conta de outras questões que não eram ligadas ao uso de substância, e aí, pediu ajuda...a pessoa que o atendia pediu ajuda. O Jair, que é o psiquiatra que...tem muito acesso, assim à gente. Ele conversa bastante com a gente, mas não para discutir caso específico da USE. E até tem uma questão do meu conhecimento, não sei se isso é.....ainda existe, que a USE não atende pessoas que têm problemas com uso de substância.

P: Também não tenho essa informação.

R: Então, a gente não encaminha pacientes para USE.

P: Aqui tem psiquiatra?

R: Tem.

P: Porque teve uma época que a rede estava sem. Lembro que ia muito paciente para passar pelo psiquiatra, mas não lembro especificamente se tinha do CAPS?

R: A gente ficou muito tempo sem psiquiatra, a gente ficou um ano sem psiquiatra, e agora via fazer um ano que a gente está com.

P: Mas só para atender pacientes que venham pra cá?

R: Só. É psiquiatra daqui. A gente só atende aqui pessoas que fazem, ou em algum momento, tiveram problema com o uso de substância. Fora isso, a gente não atende.

P: Certo. Vocês não têm esse fluxo de pacientes para a USE?

R: Não. Até a gente teria...pacientes que teriam indicação de fazer psicoterapia breve, porque a gente tem um equipe não muito grande para dar conta. A gente já tem quase 6 mil prontuários abertos. A gente atende também universitários, a gente é tanto campo de estágio, como local de tratamento. Então, seria muito legal ter uma parceria, assim.

P: Bacana. Interessante. Então, tem aluno que vem fazer estágio aqui?

R: Bastante aluno da UFSCar. Tem da Enfermagem, da Psicologia, da TO.

P: Tem bastante gente voltada à formação em saúde mental. Na sua visão, o sistema de saúde pública funciona em rede?

R: Eu...na minha visão, assim, a gente tem uma rede com bastante equipamentos, porém, a construção do cuidado compartilhado ele ainda está muito personificado. Então, por exemplo, alguém daqui conhece a fulana na USF e aí, se eu conversar com aquela pessoa eu consigo compartilhar o caso, mas se ela não está lá, eu não consigo.

P: Mais informal, assim?

R: Até de relações construídas formalmente, a gente tem matriciamento, que é uma estratégia, não sei se você já ouviu falar.

P: Já.

R: Por essas relações construídas em espaços, como o matriciamento, que é um espaço formal, a gente consegue ter esse acesso. Mas, também, não são todas as pessoas da rede que acreditam nessa estratégia de matriciamento ou em algum momento já participaram. Então, não por você ter alguma relação extra profissional com a pessoa, mas por você já ter esse contato, já ter conhecido, já ter a pessoa como referência e saber que outras não teriam essa disponibilidade mesmo no espaço formal.

P: Isso facilita esse fluxo?

R: Sim, isso facilita. A gente tem também, que a gente usa muito na rede, um preconceito da saúde mental, e principalmente, com as pessoas em uso de substância. Então, e muito difícil ter o cuidado compartilhado com o território. Por isso, que fica mais com quem tem a disponibilidade, não quer dizer que o fato de eu ter uma pessoa dentro, com quem eu discuto caso em determinada unidade, quer dizer que a unidade é toda acolhedora com essa clínica. Fica mais personificado.

P: Eu tenho ouvido esse relato em outras entrevistas, que fica esse compartilhamento na rede acontece muito por relações que vão se estabelecendo em encontros, mas que não é da natureza, não é da facilidade, do fluxo da rede isso acontecer.

R: Exatamente. E o que eu vejo, assim, é que a gente tem muita dificuldade de utilizar as experiências que foram positivas. A gente fez aquele cuidado compartilhado, a gente construiu uma rede para aquele caso, os próximos que tivessem demanda parecida, deveria ser dado. A gente faz juntos, e vai dar certo porque deu uma vez. E não, a gente tem que começar do zero tudo de novo. Então, eu vejo uma grande dificuldade do trabalho em rede aqui. E, assim, na rede com a Atenção Básica, na rede com urgência e emergência. Não é só uma unidade específica. É com a rede como um todo, com a Santa Casa. Acho que a gente tem mais proximidade com o HU porque a gente está sempre lá discutindo um caso, eles estão sempre ligando aqui pra gente porque também a gente tem atores que são bastante disponíveis, mas é bem difícil, assim, essa construção de rede aqui em São Carlos.

P: Vocês estão dentro da Atenção Básica, do nível primário?

R: Não, ele está dentro da rede de atenção psicossocial, da RAPS, ele é um serviço especializado.

P: Ele está na média complexidade?

R: Secundário.

P: Legal. Por que vocês não encaminham ou encaminham poucos pacientes para a USE?

R: Por conta dessa situação de a gente entender que a USE não atendia usuários de substância e acho que a gente não tem trabalho, assim, é...próximo com a USE. Fora essas pessoas que, tipo, o Jair, que também é da USE, mas nossa ligação com ele não é pela USE. Assim... não. A gente já se encontrou para discutir, por exemplo, a problemática da saúde mental, dos estudantes universitários, mas a gente não desenhou nenhuma estratégia conjunta, por exemplo, pacientes envolvidos dentro da USE.

P: Certo. Vocês teriam paciente para encaminhar para as linhas de cuidado da USE?

R: Oh, eu tenho uma visão da USE, de atendimento ambulatorial. Acho que eu nem sei muito falar além disso do trabalho. Então, pensando assim, nós teríamos pacientes para fazer acompanhamento psicológico? Teríamos. Teríamos pacientes que estão mais estáveis e precisariam de acompanhamento de caso, não necessariamente teria que ser aqui dentro, seria algo mais pontual? Teríamos também. Aí, não sei muito dizer qual é o critério de inserção para atendimento lá.

P: Tá. E tem linha de cuidado lá em saúde mental.

R: Sim. Aí, eu não sei se consigo responder essa pergunta.

P: Mas é importante saber desse nível de informação que você tem e como você pensa. E quando vocês identificam algum paciente que tem algo que precisam encaminhar para alguma unidade, vocês encaminham mais para onde?

R: Depende. A gente tem várias possibilidades de encaminhamento. Então, assim, quando é a crise que exige uma intervenção, eu encaminho para o HU. A gente solicita exames também, a gente encaminha para assistência social, a gente faz encaminhamentos para emprego e renda. Então, são diferentes níveis de encaminhamento. E para Atenção Básica também para fazer o cuidado compartilhado. Por exemplo, tem pessoa que faz uso de substâncias, está aqui no CAPS, mas é hipertensivo. Então, a parte de hipertensão tem que cuidar na Atenção Básica ou diabetes, outras situações.

P: Vai depender da necessidade daquele paciente?

R: É. Nosso trabalho é bastante interdisciplinar.

P: Vocês acham que a atuação da USE é suficiente? Por quê? Como poderia melhorar?

R: Eu acho que não consigo avaliar, mas é...O que eu penso, assim, é como a gente já teve essas reuniões, por exemplo, dos estudantes e por ser um ambulatório que fica dentro da Universidade, né...e também...eu tenho a impressão que eles entram de férias junto com ... a Universidade.

P: Eles seguem calendário acadêmico.

R: É. Tem os intervalos e acho que isso é difícil, porque você está fazendo atendimento e tem essa interrupção. Eu acho que eu não consigo avaliar, mas acho que a divulgação do trabalho também por eu não ter ido atrás, pode ser uma questão minha, precisa ter acesso.

P: Agora é parte que vamos falar mais da comunicação. Você conhece a USE pessoalmente?

R: Conheço a USE, mas não por ter ido até lá conhecer a USE. A gente participa, como eu sou gestora aqui, a Universidade, a UFSCar, tem uma parceria de...eles desenvolvem um projeto de

apoio à gestão. Então, eu vou muito na UFSCar por conta disso, às vezes a gente tem reuniões e eu já fui lá para fazer alguma reunião desse tipo, mas não direcionado à USE.

P: Como que vocês ficam sabendo informações sobre os serviços que a USE oferece? Ou não ficam?

R: Não fico, e uma vez ou outra que gente ouve alguma coisa de falar é por esse contato, assim, com os professores que têm esse apoio e estudantes que circulam aqui.

P: Para o estágio?

R: É.

P: Ou que são atendidos aqui também? Você tem aqui estudante como estagiário e, também como paciente.

R: É, isso.

P: Vocês recebem alguma orientação da Regulação, ou de outro setor da SMS, sobre os serviços e informações atualizadas da USE?

R: Não.

P: Por exemplo, “tal linha está com vaga aberta para esse perfil de paciente”. Você não recebe essa informação?

R: Não.

P: Na sua experiência dentro da rede, o nível de informação que as unidades têm umas das outras influencia no fluxo de pacientes, no número de pacientes que são encaminhados?

R: Influencia totalmente. Acho que as pessoas não sabem as potências de cada trabalho, do papel de cada equipamento dentro da rede e isso dificulta muito até você saber se você está encaminhando para o lugar certo ou não, e você poder saber o que você tem de recurso para o cuidado ou a demanda daquela pessoa que está trazendo em determinada situação

P: Você acha que se esse nível de informação melhorasse esse fluxo de referência e contra-referência seria mais adequado, mais ágil?

R: Acho que sim.

P: Seria importante?

R: Seria importante.

P: Qual é o melhor canal de contato para vocês receberem informações atualizadas sobre a USE?

R: Eu acho que pode ser uma divulgação no local de trabalho. Aqui, por exemplo, a gente tem reunião de equipe uma vez por semana. Talvez, vem alguém aqui e falar sobre a USE, não sei

se teria pernas para ir em todas as unidades. Aí, não sendo assim, é... fazer uma palestra e convidar pessoas para irem até lá. Aí, a gente vai como representante da unidade.

P: Por exemplo, fazer informativos mensais ou a cada dois meses e mandar para as unidades “olha, estamos com tais linhas com vagas abertas, ou realizamos isso, no próximo mês...”. Informativo digital que é mais simples e enviar por e-mail para vocês acompanharem. É algo que vocês consideram ou por e-mail não consegue ler.

R: Acho que pode ser tanto e-mail, WhatsApp, a gente ter alguém que, por exemplo, eu como gestora, posso ficar como representante da Unidade e me comprometo em repassar as informações para a minha equipe.

P: Isso cabe um pouco numa resposta que você me deu agora há pouco. Assim, vocês acham que é interessante abrir espaço para oferecer eventos para os profissionais de saúde dos níveis, das diferentes unidades para se discutirem temas que são da necessidade, do dia a dia das unidades. “Hoje, vamos falar sobre saúde mental, especificamente de pessoa que faz uso de substância. No próximo encontro vamos falar sobre abordagem de famílias de crianças com autismo, no próximo vamos falar da saúde da mulher”. Você acha que são movimentos interessantes, a equipe de vocês é interessada nisso, participa? A gente acredita que esse tipo de coisa pode aproximar os profissionais. Aquilo que você falou no começo “eu conheço a fulana e isso me ajuda”, talvez sejam eventos que aproximam as pessoas em diferentes momentos na rede.

R: Com certeza. E o que eu vejo também é que na rede a gente tem muito essa carência de capacitação, que a própria Prefeitura oferece pouco esse recurso para os funcionários. E, pensando no cuidado da saúde mental, a gente tem coisas, assim, é um cuidado bem dinâmico. A modernidade atravessa a saúde mental, a tecnologia atravessa a saúde mental. A gente tem que estar sempre antenado, e não é todo mundo que tem essa disposição de ir buscar além do horário de trabalho. Você precisa de uma dedicação e tal. A gente tem a Universidade aqui, né? E isso poderia ser um grande recurso assim para apoiar a gente no dia a dia.

P: Bacana. A gente pensa...eu pensando e lendo, fazendo a exploratória para a pesquisa, eu vi muito isso, estudos semelhantes com os meus e eles apontam isso, a importância de eventos que reúnam as pessoas porque essa aproximação vai construindo a base da rede, vai juntando as unidades. Hoje você conhece uma, depois de outra. A gente percebe isso, que há uma desinformação sobre a USE. A partir do momento, que a gente começa a levar as pessoas para lá “Vamos fazer um evento, mas hoje tal unidade vai organizar o evento. Vamos fazer aqui com o profissional de lá”. Não que a USE seja suprema, mas vamos oferecer o espaço para o pessoal. As pessoas vão para lá, compartilham experiência, às

vezes dificuldade de uma ajuda o outro. A gente acha que esse movimento pode estar nesse plano de comunicação.

R: Sim. E a gente tem até eventos no cronograma, assim, do ano, que são bem estratégicos para a gente, assim, colocar em evidência serviços de cuidado. A gente tem a luta antimanicomial, setembro amarelo. A gente tem um monte de eventos que a gente tenta fazer, né...a gente, funcionário da rede. Por exemplo, a gente tenta organizar a semana de prevenção do uso de substância, esses outros eventos, mas nem sempre a gente tem pernas para fazer. Poder unir num evento só com temas que têm a ver também com a temática que a USE cuida, para poder fazer junto. Isso também seria legal.

P: Claro, com certeza. Acabamos. Muito obrigada.

**Entrevista com representante de unidades que menos encaminham para USE –
Entrevistado 22 (E22)**

P: A gente está com dois blocos de perguntas: um mais falando da relação de vocês com a USE e o outro mais sobre comunicação, fluxo de informação pensando na rede como um todo. Como funciona, ou deveria funcionar, o fluxo entre vocês e a USE? O fluxo de pacientes.

R: Olha, aqui a gente é um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. Então, assim, é...acho que vai de encontro com essa pergunta...Porque é uma situação que a gente, enquanto equipe, sofre bastante com a rede, pensando na saúde mental do adolescente e da criança, tanto para transtorno mental grave e persistente, que seriam casos de CAPS, como uso de álcool e outras drogas. Aqui a gente é esses dois serviços. A gente atende menor de 18 no uso abusivo de álcool e outras drogas e transtorno mental, como tem CAPS AD e CAPS II, só de saúde mental. Tudo chega pra gente e a nossa parceria acaba sendo mais assim...porque aqui, como chega pra cá, assim...a gente tem na rede básica deveriam ser profissionais que trabalhem ações de prevenção só com a saúde da infância e adolescência, que apoiam as famílias e pais, com as dificuldades do dia adia, questões que não é transtorno, não é caso de CAPS. Porque a história do CAPS foi assim: existia no CEME três coleguinhas que estão trabalhando comigo hoje, antes disso aqui se tornar um CAPS I. Então, no CEME a gente tinha a Psicologia da parte de aprendizagem-escola, uma outra psicóloga que era tudo de criança, tinha uma fonoaudióloga lá também, além das fonos que es estão lá De repente, teve a situação de abrir um CAPSI e trouxemos a equipe de Psicologia do CEME, que atendia todo o município. Não era caso de CAPS, mas toda a saúde mental da infância pra cá. Nisso, migrou não só os prontuários, mas

todos os casos pra cá. Nós tínhamos também uma psiquiatra no CEME, que veio pra cá e aí, assim, é um CAPS, mas que é regulador de saúde. Só que, assim, tem caso que não é de CAPS, que a rede poderia absorver. Então, tem casos de deficiência, por exemplo. Então, assim, a nossa parceria é muito com a APAE, quando a gente vê que “olha, não é só uma questão emocional”, mas nosso olhar vai além de uma questão, de uma deficiência intelectual, a gente encaminha para uma parceria com a APAE. Às vezes demora, às vezes insere no programa de educação, casos de autismo. Porque a gente não tem estrutura. A gente acompanha alguns casos de autismo aqui, mas que vem de encontro com o CAPS, mas não toda a reabilitação de um caso de autista, com estrutura, com sala, com metodologia que, às vezes, tem um espaço assim. Uma outra parceria nossa acompanha ou os casos que a APAE acompanha. Na verdade, sinceramente, acabou fechando nesse ciclo de relações de saúde entre o que é saúde fica com a gente, os casos mais graves, juntamente com a APAE e as ONGS, Espaço Azul ou a própria Acorde, por exemplo. A relação com a USE está um pouco distante, mas conversando com a equipe a gente percebe “o que a USE tem a nos ofertar?”. Mesmo que tem o Acolhimento, quais são as possibilidades que a USE tem para ofertar por exemplo, assim, tem o caso de uma criança em saúde mental que deveria ser encaminhado para TO da UBS, mas que as nossas servidoras, por exemplo...Psicologia de uma UBS disse que não atende criança. Tem um profissional em outra que falou que só atende maior de 16. Tem TO que faz tudo, mas sem psicólogo na rede, junto no mesmo local que trabalha acompanhando. Então, acaba que vem tudo pra cá. Então, pra você ter uma noção, tem lugar, de USF que, quando chega uma criança, “aqui só atende adulto e não atende criança”. Às vezes, fica com a mãe, às vezes não é mãe. Às vezes, não tem uma conversa, um acolhimento e acaba vindo aqui. Aqui é porta aberta, CAPS é porta aberta.

P: Ele chega aqui?

R: Simples, de segunda a quinta de manhã, das 7h30 às 11h30, não tem horário marcado para acolhimento. Por aqui, o CAPS tem atendimentos individuais, mas a proposta de um CAPS é a mais atendimento em grupo. Aqui é diferente de um CAPS adulto, por exemplo. Por quê? Nós temos a faixa etária do desenvolvimento infantil, de 0 a 18 anos. Então, assim, fazer um grupo, por exemplo, uma profissional nossa acabou de fazer um grupo com crianças de 6 a 7, ou de 4 a 7, com a proposta que ela vai fazer um grupo de avaliação é diferente de outro grupo com grupo de crianças de outra faixa etária, que é totalmente diferente do grupo que está acontecendo agora de saúde mental e transtornos graves com adolescentes, que é totalmente diferente da proposta tem que organizar para aquele adolescente que não está em sofrimento mental, mas está em uso abusivo de álcool e outras drogas. E outra coisa: o itinerário do local para preservar a segurança das crianças e dos adolescentes, das relações estabelecida entre elas.

Então, assim, a gente tem criança, a gente deixa porta fechada. É porta aberta, mas é segurança nossa. A campanha porque, muitas vezes, os pais saem, o pai está em atendimento e a criança está aqui foram brincando na ambiência, mas estão mesmo tempo está com adolescente maior esperando. A gente tem todo o cuidado e zelo. E para a gente absorver isso, a gente tem muita dificuldade. E a gente sente falta, às vezes, da USE. Por que assim, eu tenho apoiadores da USE, colegas. Eu tenho um professor lá, que já desenvolveu o trabalho aqui, um atendimento, que matricia a gente, tem outra professora, que é docente lá e está sendo nossa supervisora, ajudando a transformar isso num CAPS I, a gente tem outra profissional que é supervisora de gestores, que é da UFSCar e está na USE, a gente tem outra professora que desenvolve trabalho com os alunos nas USFs, no NASF, que desenvolve coisas bacanas, a gente tem também um professor, nosso apoiador. Teve um dia, véspera de Natal que liguei pra ele...porque ia fechar o ano, nós estamos sem psiquiatra desde abril. Estamos trabalhando, construindo rede sem um médico para nos apoiar para crise, para medicação. Estou com médica, da saúde da família, que também é da UFSCar, que vem aqui apoiar a gente, refazer uma receita, dar um olhar. Então, assim, a gente às vezes conversa com o Ubiratan porque tem público adolescente e, às vezes, não tem acesso à saúde mental. E aí, às vezes, encaminha...é difícil. Tem caso que possa encaminhar pra fisio ou reabilitação física...não tem essa relação, que a gente não recebe casos de deficiência em si. A gente talvez, a APAE receba a questão motora, uma outra questão enquanto deficiência que ela tenha, talvez, ela facilidade de ter uma relação, por exemplo, com a USE de encaminhar pra fisio, pra TO par reabilitação física, neuro.

P: Então, vocês não têm um fluxo?

R: Não temos, não sabemos e gostaríamos de conhecer, por exemplo, assim, o que a USE poderia nos ofertar? O que ele tem de perna? Como é esse fluxo? Por exemplo, assim...uma criança que não é caso de CAPS e que a rede não absorve, mas que se beneficiaria de uma psicologia individual. Pra onde eu vou? Não consigo encaminhar para USE? Existe esse serviço? Como seria? Para mães, a gente já conseguir, tece acasos de adolescentes nossos que fizeram 18 e que não é caso de CAPS, e que estava em grupo em atendimento de 18, que a gente segurou um pouquinho mais e a gente conseguiu. Até começou na USE, ou no DeAS, para a USE conseguiu, está fazendo acompanhamento lá na USE. Mas são pouquíssimos casos. Ah, o docente tem psiquiatria lá, e está sem psiquiatra aqui. Agora os três CAPS estão sem.

P: Outra entrevistada falou que no AD tinha.

R: A doutora ficou até o dia 29, era celetista, acabou o contrato. Ela prestou concurso, ficou em terceiro. Agora não sei se ela como fica que a colocação de escolha, que passou primeiro, segundo e o terceiro, se o primeiro tem direito de escolha. Ninguém quer vir pra infância,

ninguém quer medicar crianças, tem dificuldade muito grande com assistência infantojuvenil e saúde mental. No cuidado multidisciplinar e cuidado medicamentoso, os médicos da rede, por exemplo, a gente passou um aperto aqui que falei “Nossa, se professores lá, podia tanto ter um psiquiatra lá”, porque são psiquiatras né? Um deles tem outra formação, mas ele também atende. “Atendia nossas crianças de urgência”, não tinha esse acesso. O próprio professor veio aqui e falou “não tem como acompanhar”. O que é esse deixar porta aberta, eu acho que seria legal. O que a USE teria perna, talvez construir alguma coisa, ter um papel...e os serviços mesmo, falar assim “essa mãe, esse caso eu acho que posso encaminhar”. Tem curso de meditação, de yoga, alguma coisa em práticas integrativas. É um acesso mais para os alunos? É um acesso que se eu encaminhar um grupo de adolescente lá, está com ansiedade e tem uma proposta legal lá, ele vai poder ser assistido lá no grupo de práticas integrativas com a mãe e vir aqui com a gente? É um pouco disso, nesse sentido. Eu acho que a infância e adolescência têm muito a caminhar aqui com a gente.

P: Vocês atendem aqui crianças e adolescentes em saúde mental?

R: É um dos serviços. Transtorno mental grave ou persistente e uso abusivo de álcool e outras drogas também.

P: Pelo o que você está me contando. Eu não posso falar, desenhar como esse fluxo seria porque eu não tenho experiência técnica do Acolhimento, por exemplo. Mas, a USE tem linha de cuidado, são 6 linhas de cuidados, como Linha da Infância e Adolescência atende crianças que têm, por exemplo, atraso no desenvolvimento neuromotor, mas crianças que têm alergia alimentar, que precisa de fisioterapia, de fono, de TO, ela atende. Entendeu? Então, por exemplo, às vezes, tem criança aqui que precisa desse apoio, mas não tem fono. Quem sabe se encaminhar para lá? Ou “a gente identificou que tem alergia à lactose e precisa de tratamento”.

R: Mas esse encaminhamento tem que ser pela SADT, pelo algum médico, pelo psicólogo?

P: Lá, por exemplo, eu estou percebendo isso pelo CEME. “Olha, quando vocês identificam que o paciente...”. O CEME encaminha muito pra lá, o HU encaminha muito pra lá. “Como vocês fazem, devolvem...?”. Por exemplo, o CEME também é secundária “Você devolve ele para a UBS e a UBS vai pra lá?”. Ele falou “não, eu já mando direto, o médico preenche a guia de referência”. A SADT acho que é mais pra fisio.

R: Tem, às vezes, tem psicopedagogo lá?

P: Não sei se tem psicopedagogo lá. Eu sei que, assim, o HU preenche a ficha do médico, o médico fala o que o paciente tem, qual é a hipótese diagnóstica, o que foi feito, porque está sendo encaminhado. Isso vai pra lá, chega lá, esse paciente vai para o Acolhimento, e

o Acolhimento vê, entende todo o caso e fala “Bom é paciente pra cá, pra tal linha, pra tal projeto, pra tal assim”. E ele passa e o pessoal do projeto vai entrar em contato para ir ser atendido”. Às vezes, demora muito e às vezes demora pouco. Mas, existe.

R: Psicologia, por exemplo, lá, é adulto? Você sabe como funciona lá?

P: Tem psicologia adulto, mas também tem psicóloga na Linha de Infância e Adolescência. Não tenho certeza...

R: Às vezes, tem um encaminhamento do CAPS I pra lá, uma demanda que não é de CAPS, seria esse acesso? Poderia fazer esse encaminhamento, ver direitinho o Acolhimento lá, o horário.

P: É sempre de manhã. Tem no Acolhimento tem psicólogo, assistente social, enfermeiras. Por exemplo, a fono atende infância?

P: Tem fono na infância. Eu sei porque já entrevistei o caso de um menino que é acompanhando na USE desde bebê. Ele tem um problema neuromotor, ele precisa de andador, ele tem dificuldade para falar, mas, por exemplo, a fono da USE foi lá na escola conversar com a professora como trabalhar, a psicóloga, a TO também foram para mostrar como adaptar o espaços para ele, e acompanha, do mesmo jeito que a fisioterapeuta também acompanha. Entendeu? Vale muito uma conversa, uma reunião para ver o que a gente consegue trabalhar de parceria, o que pode mandar lá.

R: Existe o site?

P: Tem.

R: Você trabalha junto com esse site, você pensar em fazer alguma...vai ter material para ofertar? Por que muda muito, tem alunos...

P: Muda muito e às vezes tem um professor que tem um projeto bacana, de pesquisa ou de extensão que é legal, atendeu, e pode ser que ele continue no ano que vem e pode ser que ele interrompa. Então, assim, inclusive o que estou levantando na pesquisa, é assim, precisa ter uma plataforma de informação atualizada.

R: Precisa.

P: Porque muda muito. Não só a USE como a própria rede, muda muito. Hoje, a chefe está na UBS, mas também está na Regulação, daqui a pouco não está mais.

R: Abre unidade de saúde, muda agora. Parece que vai ser 4 mil pro médico agora. Tinha médico na USF Cruzeiro I e Cruzeiro II e a médica vai cuidar de 4 mil, uma unidade só.

P: Está vendo. Isso muda e você não vai sair ligando pra falar.

R: Nosso site é desatualizado. As pessoas acham que aqui é o CAPS AD. Tem site, já mandamos informação. Antes do CAPS AD onde ele está, ele foi pra onde está o Mental, ficou anos no Mental e depois foi pra lá. E a gente...

P: Eu conheço esse lugar, tem a placa do AD.

R: É o mental.

P: Lá continua sendo CAPS?

R: CAPS II, não AD.

P: E ainda está lá na placa CAPS AD.

R: Não tirou ainda.

P: Eu sei porque meu filho estuda ali.

R: Ali era o AD, que saiu daqui, foi pra lá e, agora lá é Mental e agora ele está no Botafogo. Acredita?

P: A gente está percebendo...

R: A gente fez bilhetinhos para organizar as famílias porque chega gente direto aqui achando que é AD, e a gente entrega o papelzinho “CAPS mudou”. Porque as informações dentro da própria rede elas são...

P: É uma questão que a gente levantou que é latente.

R: A infância e adolescência tem uma relação muito próxima com o Conselho Tutelar, que está dois quarteirões da gente, CREAS Pop, Assistência, Cidadania, CREAS, tudo aqui na região central. As pessoas vêm cedo aqui, com documento achando que é pra ir pra casa de passagem, achando que aqui é Conselho Tutelar, e fica. E assim, sabe, eu não sei...às vezes, as pessoas não sabem ler realmente, muita gente não consegue ler. Mas, na hora que entra, fala “é ali em frente ao Maricondi”. Mas o CAPSI é ali, saúde é ali, as pessoas até hoje...a gente é novo aqui. O CAPS I é novo no município, se você for ver. Começou em 2/7/2016. É novo.

P: Vai fazer 4 anos.

R: Então...é pouco isso. Eu gostaria de ter esse acesso não enquanto serviço para fazer encaminhamento, mas para que as pessoas saibam que há possibilidade de serem acolhidas, a gente ajudar, às vezes, pra onde está indo. Existe porta aberta para esses que chegam lá? Por exemplo, eu quero fazer terapia, eu posso ir lá?

P: Não, você precisar ser referenciada.

R: Ser referenciada de alguém. Aqui é porta aberta. Às vezes, via porta aberta, vem do Conselho, vem da Educação, vem de tudo que é lugar, né? Não tem, tem que ser sempre encaminhamento.

P: Você tem que ser encaminhada de algum lugar, algum profissional. Isso que a gente está falando, de informação. “A unidade não sabe que a gente mudou.” Cai um pouco no contexto da próxima pergunta que é sua visão. Agora pensando, no sistema de saúde pública de São Carlos, essa rede. A USE é um prestador de serviço, ela não está dentro da rede. Nesse sistema todo, você acha que é uma rede?

R: Tem muito a avançar. Sabe o que eu vejo? Rede a gente refaz. A gente ainda tem muito uma questão da rede de pessoas, mas na pessoa, não nas pessoas que fazem parte do serviço. E, assim, essa questão de gestão, de política. Vamos dar um exemplo: eu sou terapeuta ocupacional, estou atuando como TO porque eu gosto e trabalho com álcool e drogas aqui porque não temos outra TO aqui. Abrimos um CAPS I sem TO por exemplo. Mas sou supervisora de unidade. Eu estava no lugar no Tiago, eu era chefe da seção da Saúde Mental, de 2017 a 2018 e pouco. Aí, eu vim pra cá. Então, assim, me facilitar a comunicação com as pessoas porque eu fiquei conhecida lá, mas as pessoas pegam muito a Janaína, por exemplo. É o Ubiratan, é o Jair, por exemplo, fica muito nas pessoas e isso não é legal, as comunicações são muito falhas entre as pessoas que fazem parte do serviço. Então, assim, acaba ficando um pouco elitista até. Não fica na horizontalidade, fica muito na relação da verticalidade. Então, assim, você vai entrar em contato com o CAPSI, seja de onde for, em reunião, Conselho Tutelar, CREASPop ligou e tem reunião tal. Às vezes, pega muito na Jana, a Jana da UFSCar, a Jana não sei do que e não no serviço, nas relações. Cabe também ao gestor passar as informações para a equipe, mas eu acho que ainda é uma gestão, não sei se é o município, é uma cidade pequena, fica muito na pessoa, nas pessoas que estão ali. (Inaudível). Eu era da UBS Aracy, eu trabalhei no Aracy sete anos, lá no postinho. Entendeu? Morro de saudade de lá, na rede básica de saúde, eu atendia adulto, criança, idosos como TO, entendeu? Mas, assim, todo mundo que chega do Aracy já consigo conhecer porque eu atendia famílias, crianças, filhos de filhos. Atendi adolescente que hoje é aí e traz a criança aqui. Mas fica muito, assim, “ah, eu tenho com quem contar”. Por exemplo, com a fulana, com a ciclana. Estamos começando um ano eleitoral, as cadeiras pode ser que rolem, novo secretário de saúde, novos diretores, não sei como vai ficar a situação. Eu sei que continuo sendo TO, se vou ficar como supervisor ou se vou ser TO, pra mim tudo bem. Mas, é muito nas relações entre...nesse sentido. E aí como as pessoas saem, isso falha e as relações...Além de você perder essa pessoa que acabou abraçando essa situação, a equipe também fica chateada ou fica sem se relacionar “Ah, fulano saiu, ninguém queria saber e agora não estou me importando com a situação”. Isso não é legal. Aí, a pessoa sai e você fala “Ah, meu Deus, e agora?”

P: Isso é um relato de todas as pessoas que entrevistei, de todas as unidades, assim, ou é muito informal “eu consigo lá porque conheço lá”.

R: Dá um jeitinho.

P: Ou é “conheci em um evento uma pessoa e conversei com ela”. Não é com a unidade e não com a unidade”. E se ela sair?

R: Às vezes, passa meses sem, e precisar comunicar.

P: Bom, vocês estão na secundária. E aí, então, uma pergunta: por que vocês encaminham pouco para a USE?

R: Eu acho que é um pouco do que conversamos no começo. O que a USE, pensando na infância e adolescência e na própria família ou no uso abusivo de substância, ou na saúde mental...Por exemplo, o que é CAPS a gente absorveu, o que não é, mas que precisa de um cuidado em saúde mental, há essa abertura ou possibilidade, por exemplo? Quais seriam as ofertas possíveis? O que a USE tem perna para que a gente também evite essa coisa assim, encaminha pra lá e volta, não consegue. E aí perde o vínculo, às vezes, não volta mais pra gente, não vincula lá também. É acho que é isso.

P: E vocês teriam, provavelmente, pacientes para mandar pra lá?

R: Eu acredito que sim, pensando um pouco assim, na criança que precisa de reabilitação fonoaudiológica, ou uma criança que tem autismo que precisa de uma reabilitação fonoaudiológica, faz atendimento aqui ou está na APAE ainda não passou pela fono, ou demora muito para fazer uma fono, ou por psicopedagoga na APAE e já poderia estar estimulando a fono, por exemplo, mesmo tendo a TO ou não, para garantir, por exemplo, “ah, então consegui começar a fono com meu filho, naquela situação”. Um adolescente como te falei, que às vezes, a gente encaminha para uma terapia individual numa fase. Uma família, uma mãe, um pai que, às vezes, tem a família, a mãe faz um atendimento aqui, o pai faz em outro lugar, que, às vezes, a gente faz grupo de família, às vezes não, essa mãe...o problema que a gente tem muito aqui, às vezes, não é criança e adolescente que está em sofrimento, mas é família. Então, a gente faz muito a orientação de pais e muda completamente. Mas é uma mãe que precisa de uma rede maior. Então, não necessariamente seria aqui, mas que poderia ser abordado em outros espaços.

P: Sim, um grupo...

R: É.

P: Legal. Bom, eu via perguntar pra onde vocês encaminham, mas você me falou que tem muito para APAE, ONGs parceiras. Vocês devolvem muito para atenção básica ou não?

R: Eu vou falar pra você que nossa maior dificuldade é assim, aqui não está só atendendo transtorno mental grave ou persistente, porque a gente tem uma coisa que é: o profissional de

saúde mental....a gente tenta profissionalidade, a tem equipe toda de uma unidade de saúde, mas há situações que realmente acaba influenciando para o psicólogo, para o TO, para o fisioterapeuta, para o nutricionista, o que tem na rede. Mas, tem assim, esse entrave, por exemplo, de “eu não atendo criança”.

P: Mas eles podem ter essa escolha?

R: Então, já foi para o Ministério Público, já respondeu processo. Primeiro diz que não tem respaldo, capacitação, muitos dizem que não têm sala, não tem brinquedo e material. E, realmente, eu acho que a gestão tinha que dar uma...você já foi nas unidades de saúde? Eu já trabalhei na rede de saúde e realmente, a minha sala era metade disso, do lado da cozinha, no Aracy, do lado da sala da supervisora. E, assim, eu ganhava esse kit de cadeirinha que estava lá e eu não tinha material, a gente está sem material há muito tempo, mas, assim, eu não deixava de atender. Então, é uma coisa que é da pessoa? É da formação, é da ética dela? É a mesma coisa que a gente discute com os médicos. Não sou psiquiatra, sou psiquiatra, clínico geral e médico da saúde da família. É ato médico se eu não refizer uma receita de uma criança que faz uso de ritalina? Muitos fazem, mas outros tantos não fazem. Então, a gente tem assim, foi encaminhar essas crianças, vem mas não é de CAPS, é um problema se separação dos pais, uma situação que fá para trabalhar no território, mas encaminha pra CAPS porque “eu não atendo criança”. Nós temos cinco regiões...

P: E o CAPS não é para atender criança assim, mas saúde mental.

R: Saúde mental, uso abusivo de álcool e drogas, outras questões. Por que que fulano e atende e ciclano não atende? São pessoas, às vezes, que dizem não para criança e adolescente, não atende adolescente de 15 e 16 anos, atende de 18. Não atende uma criança de 6 e 7 anos. O que significa esse atendimento? O que você tem para ofertar enquanto escuta, enquanto cuidado? Que linha de cuidado você está ofertando? Mesmo que você tenha...olha meu CAPS, eu tenho tanta estrutura assim como as pessoas pensam? Tenho uma sala de um quarto que está dividida. A gente está aqui, tem um cantinho que dá pra deitar, um mesinha, uma mesa maior, a gente grupo aqui nessa sala. A gente encosta essa mesa pra lá, faz uma roda e já tendemos 7 adolescentes dentro dessa sala. Se você for ver, não é legal atender 7 adolescentes nessa sala, mas é o que tem. Então, assim, se a gestão puder ofertar uma sala mais adequada para a fisioterapia e fazer fisioterapia, atender mais pessoas em grupo, trabalhar na prevenção da saúde da criança e adolescente. Por que a que a criança se corta? Por que a criança sofre bullying? Quais são as dificuldades dos pais com crianças com dificuldade ou que está dando trabalho na escola? Trabalhar prevenção de álcool de drogas. Por que maconha e cocaína fazem mal? Porque aqui a gente recebe caso que está um uso, aquele caso que já está em condições...

P: Se estivesse trabalhando com a prevenção lá talvez não chegaria aqui.

R: É! E a gente não tem como encaminhar pra rede. A gente recebe não, de “não atendemos crianças”. Tem mãe que fala “não passei meu filho, eu falei com psicóloga no território...” e aí elas fazem encaminhamento para o CAPS I com base no que a mãe fala. Tem umas que escrevem “Mãe informa...” porque não viu a criança. “Mãe informa que criança está com desejo de morte, não tem ido à escola e...” CAPS I. Ou a gente arruma falar “Ela não viu meu filho, conversei com ela”. Mas encaminha para cá como se tivesse avaliado a criança. E tem caso que a gente encaminha “Reencaminhamos que não é caso...”. Mas, a gente fica morrendo de medo, por isso seria importante a USE. A gente encaminha e a pessoa não vai acompanhar a criança e adolescente ou a gente dá alta.

P: Já vi casos de encaminhamento “Não devolver para a unidade”. Quer dizer, se você não puder atender, não devolve pra mim, mas não pode. O paciente é da UBS.

R: É o mesmo que te falo “não atendemos criança”.

P: E se não tem vaga, eu tenho que devolver pra você, você ordena o serviço. Se a USE não pode, você encaminha pra outro.

R: Você gera o serviço o qual você está atuando... Muitas vezes, esse é o papel do gestor da unidade, por exemplo. A gente construiu junto políticas públicas, está na RAPS, a gente é atenção psicossocial, a rede básica, consultório na rua, unidades de urgência e emergência, UPA, hospital, CAPS, USF, UBS, tudo está ali no cuidado da criança. Estou falando criança porque é o público daqui. E, assim, eu não imaginava estando aqui agora – vai fazer um ano e pouco que estou aqui – a dimensão disso. Então, assim, você tem mais mil e tantos acolhimentos que chegam e uns 600 prontuários que viraram CAPS. Tem uns 2 mil prontuários, mas que mais da metade não é de CAPS, mas que passou por acolhimento, ficou um tempo, demos alta, fizemos alguns encaminhamentos, você tem TO que atende grupos de criança e a gente consegue fazer assim: estou no território X, por exemplo, : a Bruna está no Redenção e Botafogo. Ela tende criança, ela tem grupo de adolescentes. A referência dos CAPS – a gente divide cada profissional por referência de território. Porque existe outra proposta do CAPS ou saúde mental no território que é o matriciamento, com a ideia de que o CAPS sai da casa e vai pra rede pra discutir casos. Então, assim, olha só que coisa. Eu tenho sorte que, por exemplo, eu estou no território que tem uma TO. Então, assim, eu consigo encaminhar adolescente para participar lá no território dele. Às vezes, mora de frente pro Botafogo, ele não precisa vir aqui, não é caso daqui. Ou até já melhorou e a gente precisava acompanhar. Ele tem como ofertar isso. Mas, tem outro território, X, Y e lá, por exemplo, não tem. Aí, sobrecarrega a colega que atende. Porque, assim, eu sou TO e as pessoas ainda não sabem muito o que TO. Tudo é

psicologia e médico. Encaminhamento pro psicólogo. Saúde mental é psicologia e psiquiatria, esquece de todo o resto. Então, tudo o que que chega e é psicólogo, escola manda pra psicólogo, tudo é psicólogo, avaliação psiquiátrica. Aí, a gente tria...porque o CAPS, assim, a gente está com enfermeira e psicóloga fazendo grupo agora de transtorno grave. A gente tem grupo da fono fazendo atendimento com criança. Então, assim, a gente tem uma fofo, tem uma TO, tem três psicólogas, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e uma enfermeira. E assim, a gente faz acolhimento, e a gente atende a saúde mental. Não tem dessa, “eu sou enfermeira e não atendo saúde mental” ou “só porque sou psicóloga eu tenho capacidade pra isso”. O CAPS veio pra isso, pra desconstruir o hospital, o manicômio e construir esse cuidado junto. Toda sexta-feira, os CAPS fecham para reunião de equipe para discutir os acolhimentos e casos que passaram durante a semana. Nós discutimos juntos, a pessoa a veio segunda, veio encaminhada e a gente fala “encaminhada da escola tal com queixa de aprendizagem, não para quieta e a escola fala que tem que passar pelo psiquiatra”. Aí, a gente vai conversar. O acolhimento conversa...porque, assim, é diferente do adulto também que vai procurar o serviço dentro do CAPS. A gente tem a responsabilidade da criança e do responsável. Então, assim, se a criança não vem, quem não traz é o responsável. Aí, tem que acionar Conselho Tutelar... a adesão, muitas vezes, da criança no nosso serviço é baseada nas possibilidades que a família tem de trazer. Tem criança e adolescente que consegue um passe e vir sozinha, mas tem caso que é risco. O acolhimento que chega no dia, enquanto, às vezes, no CAPS faz o individual, vem você “estou usando drogas, sou casada...e vim porque quero ajuda.” É diferente de vir a criança, e a gente precisa conversar com a família, é um acolhimento que demora uma hora e pouco. Vem você com sua filha. Aí, você explica, conversa nós três. Depois, dependendo do andar da carruagem, da conversa ali, “mãe será que não era legal ela brincar um pouco lá fora enquanto a gente conversa”. A mãe pede “eu queria conversar com você sozinha, mas eu gostaria que ela não participasse”. Aí, depois tem o momento que mãe sai e eu converso com ela. Tudo no mesmo momento para tentar ajudar. E aí, nós vamos pensar nessa criança. Ela é de CAPS? Ela precisa passar com médico? Nós temos médico? Vamos tentar no território? Vamos inserir no grupo de entrada, no grupo da horticultura, na atividade tal? Três vezes por semana, quatro vezes por semana para vir no CAPS pra gente dar uma acompanhada? Aí, a gente oferta quatro atividades, a criança tem que vir todos os dias em cada atividade ou três vezes por semana. Tem passe? A mãe consegue vir? A mãe consegue no local de trabalho? A gente faz declaração, de comparecimento, mas o trabalho...fica lá UFSCar, tem que trazer sua filha três ou quatro vezes por semana. Criança vem num grupo, falta no outro, e, de repente, some. Aí, a gente espera a mãe, a gente liga “Oh, mãe, não esquece, semana que vem...” Tem

casos que a gente fala, que precisar vir mesmo, a gente tem que acionar o Conselho Tutelar, faz relatório explicando “Oh, vai atrás, não está vindo, vê com o CRAS se consegue passe”. É muita coisa envolvida. Eu estou pensando em você falando da USE, de todo o funcionamento dela, de toda a estrutura que ela tem e lembrando até quando comecei, quando era aluna lá. A UFSCar é longe também, tem isso.

P: A gente tem esse relato, dependendo da localização geográfica que eu vou, fala que manda pouco porque é longe e as pessoas não vão.

R:É. Não cumpre horário, não consegue chegar. Quem mora lá no Aracy...

P: Às vezes não tem passe, às vezes o horário do ônibus não dá certo. A gente tem...

R: Tem também essa questão, assim, da autorização do serviço, como eu estava falando. A gente tem que pensar no cenário de salas, no cenário de profissionais, de grupo, grupo com criança, com adolescente, grupo de saúde mental, grupo de álcool de drogas. Casar, tentar fazer um itinerário...isso é muito custoso, para que a mãe consiga vir.

P: É difícil.

R: Então, assim, às vezes, você fala “eu tenho fono na USE de segunda, vai fazer TO na quinta...” porque, assim você só tem a possibilidade da fono atender na segunda e a TO na quinta, grupo de autismo, na quarta. Às vezes, a mãe tem que escolher, e, às vezes, não vai mesmo. O acesso ainda é muito dificultado. Envolve muitas coisas e que a gente se desdobra e aí, às vezes, você questiona “Nossa...”, não dá para exigir que a mãe traga essa criança e esse adolescente todos os dias, realmente, por mais legal que seja para a criança. Porque a gente, pensando na infância, no CAPSI, a gente quer dar alta para os nossos, que é um ser em desenvolvimento. Não quero que meu jovem de hoje, minha criança, seja usuário do CAPS AD adulto, sem trabalho, sem escola, sem estudo, ou uma crise, um psicótico que fica todos os dias vivendo CAPS-casa.

P: Você quer que ele...

R: Cheio de medicação, cheio de...Porque realmente está, uma esquizofrenia, uma doença grave. Criança tem que ter uma certa agilidade. E a gente tem uma relação além da saúde, com a escola também. A ideia da nossa criança e adolescente, mesmo tendo transtorno mental grave e fazendo uso de drogas, que ela esteja matriculada em escola, Se ela estar na APAE que ela esteja matriculada no ensino regular normal, que ela tenha propostas fora daqui, no contra turno, que é outra coisa, esporte, lazer e cultural para ofertar. Às vezes, a gente consegue com o SEMAC alguma coisa, com o Projeto Guri, faz até do nosso PPS: vai segunda de manhã no, grupo tal, terça à tarde no Guri fazer aula de violão, e projeto tal, tal. Tentando articular a criança fora daqui também, e ainda falta tanta coisa.

P: Falta muita coisa, e cada dia chega mais casos.

R: É. E, ao mesmo tempo, vamos ter esperança. Falta coisa, mas a gente faz muita coisa.

P: Mesmo faltando coisas.

R: É. Estava pensando sobre isso esses dias.

P: A gente ouve muito isso na rede.

R: A gente tenta harmonizar...

P: E cada vez que saio das entrevistas pensando que falta tanta coisa, mas os profissionais que eu conheci têm comprometerimentos tão fortes com a causa que fazem muito, demais, mesmo diante da falta de recursos e espaços suficientes.

R: A gente está tentando, com esquema de pintar a sala. A gente fez um quadro que não tinha, Porque foi ideia dos adolescentes e crianças. Os adolescentes falavam que os ambientes estavam infantilizados, e precisava estar mais teen. “Ah, queria ambientes de rock, de não sei o que, mas atrapalha porque tem crianças, tem questões sensoriais, assim, o som não ajuda, atrapalha as relações, as conversas, é tudo muito perto. Pintura, cara mais assim, nos deram várias dicas, de clima, de ar condicionado nas salas, que não tem. A gente só tem a sala do meio, que é maior, de grupo, que ela tem uma mesa, ela é um pouco maior, guardo roupa do lado de cá, dá pra fazer cinema, com projetor nela. Então, ela é um pouco mais pra grupão. Lá tem ar, daí tem bastante pessoa e o ar ajuda. Tem a sala do médico e da enfermeira, lá que a gente conseguiu agora por ventilador. Na recepção está com ventilador agora, antes estava sem, mas...

P: Pelo o que você conhece da USE, da informação que você tem, que você sabe. Você acha que a atuação dela é suficiente? Poderia melhorar?

R: Eu acho que mais conversar das ofertas. Porque, assim, a unidade é uma Unidade Saúde Escola. Então, assim, eu acho que ela tenta...não sei como está o dimensionamento de sala, de estrutura, mas ela tem uma boa estrutura. Tem bastante aluno, bastante gente bacana ali aprendendo, tem muita pesquisa ali. Então, assim, é um espaço de desenvolvimento a toda hora. Eu acho legal ouvir a rede porque a USE está na rede. A rede é assim, a Universidade dentro do município de São Carlos e acho que vai de encontro com o que você está pesquisando, conhecendo os serviços para que a USE, talvez, possa também estudar e ofertar propostas que vão de encontro com as nossas necessidades, assim. É um jogo de interesses, é um ambiente ensino e pesquisa. Não sei como ela (inaudível). Será que não seria legal? A gente tem a Sônia Zerbetto, da Enfermagem que desenvolve projetos lá, mas não sei qual é a relação com a USE. Vamos pensar na infância, a clínica álcool de drogas, por exemplo, puxando a nossa sardinha. Isso é bom. As meninas da rede básica, o que é essa capacitação que elas esperam? Elas vão atrás? A gente tem que ir atrás como servidor? É uma coisa sua? Eu quero me capacitar em

transtorno mental infanto juvenil. Eu estudo, eu tenho mestrado em saúde mental, por exemplo. Vai de encontro com meu desejo e, ao mesmo tempo, me aprimorar em alguma coisa para trabalhar. Então, assim, a universidade ela está disponível também para ofertar, mas o servidor vai querer. Se um vem com a capacitação, psicólogos e TOs, mais psicólogos da rede para atender saúde mental infanto juvenil, eles vão? Vai ser uma demanda maior? Ou eles vão empurrar? Então, eu acho que é essa comunicação é, talvez, sabe nós, enquanto rede sabermos o que a USE nos oferece, acho que daqui pra frente é alguma coisa que a gente vai poder se comunicar, e vice-versa.

P: Esse bloco de perguntas agora é mais pensado em comunicação. Eu ia perguntar se conhece a USE pessoalmente, mas você conhece.

R: Eu fui da primeira turma de lá, nós inauguramos a sala. Lembro como se fosse hoje, foi em 2006. A gente começando as salas. As meninas continuam lá. Como chama a assistente social.

P: Tem a Isabel, que é mais recente, há menos tempo, e a tem a Juliana. E tem a Tereza, que é TO.

R: A Tereza é TO e está lá ainda, mas lembro que a gente começou, estavam os profissionais contratos, estão até hoje, com os alunos, a reserva de sala, lembro como se fosse hoje, que teve...dava o maior pau. Aí tinha...A TO tinha casa adaptada para o pessoal da fisio. A gente fazia grupos de terceira de idade na frente com as meninas. Aí, tinha que marcar a sala e deixar lá no cantinho registrado, no papel, tal horário é TO, fulana vai usar, depois fulano vai usar.

P: Você se formou na Federal?

R: Sim.

P: Como vocês ficam sabendo, ou não, sobre os serviços a USE, o que oferece, o que está aberto, o que está fechado?

R: Fica mais nas relações e as conversas com as pessoas. Por exemplo, o que ele me possibilita de acesso. O que eu tenho de acesso aqui, que às vezes, gente troca ideia. Ah, eu converso com a Maria Fernanda, que é TO. Da psicologia a gente não tem contato, as meninas com ninguém da USE. A gente com os estudantes que fazem estágio aqui. Mas, as meninas psicólogas daqui, que estão a longa data aqui, que estavam no CEME, não tem contato. Não há uma rede dessa relação. Fono, a gente tem fono que acho que nunca conversou com a fono de lá, a gente conversa com a APAE, por exemplo. Lá no CEME tem duas fonos também, então tem essa coisa.

P: As informações que você tem...

R: Com quem a gente conversa com pessoa. O Ubiratan tenho contato dele, mas eu tenho contato dele. Lembra que te falei. O Jair, que tem PET, que está aqui com a gente. É a Sabrina, alguma coisa. “Ah, tenho tem tal coisa”

P: Mas não específico sobre a USE?

R: Nada.

P: Você recebe alguma orientação da Regulação, ou de outro setor da SMS, sobre como encaminhar e o que encaminhar para a USE?

R: Não, gostaria muito disso.

P: Por exemplo, no final do ano a Prefeitura renovou o contrato com esse prestador que é a USE. O CAPSI soube disso?

R: Não, como é, o que é...

P: Como usar? Você não sabe?

R: Não, como é, se só médico que regular...é o que te falei, está muito empobrecida as informações.

P: As próximas perguntas elas caem muito no que a gente j[a conversou aqui, mas acho que são importantes para a gente pontuar. Pensando na rede como um todo, o nível de informação que as unidades têm umas das outras influencia no fluxo de referência e contra-referência?

R: Com certeza, é péssima as relações. A gente tem rede de saúde básica e unidade que na sabe o que o CAPS faz. Não sabe, encaminha pra fono, sabe o que tem, encaminha para psicopedagogo que nem tem da rede. É horrível.

P: Você acha que esse nível informação melhorasse esse fluxo seria melhor? Mais ágil?

R: Com certeza, com certeza. A gente tem também questão de adolescentes com a Fundação Casa, que precisa de apoio, a gente até foi fazer uma aproximação com adolescente que está na Fundação. A gente vai fazer uma comunicação, dia 13, a Enfermagem vai lá fazer um a aula de CAPSI para apresentar para as famílias, é o dia de reunião família. Isso nunca aconteceu para mostrar o que é CAPSI para a Fundação Casa, para os adolescentes que saem e tal. Então, assim... precisa de uma relação de....me perdi na pergunta.

P: É isso. Se esse nível de informação, se as unidades soubessem mais o que as outras fazem se esse fluxo seria mais fácil?

R: Sim, seria. E te digo mais, a gente tem que pensar que esse fluxo seria o ideal deveria acontecer, que é o matriciamento, por exemplo, quando a gente sai para matricular a rede básica. Não é todo mundo que participa, tem dia que o pessoal perde viagem, chega na unidade e não tem como, sabe que aquele dia é pra discutir casos de saúde mental da infância, de saúde mental

do adulto, do álcool e drogas, para discutir, para passar, para dividir, para ajudar e, às vezes, não tem, às vezes quem vai também...É....e aí, fala que não sabia, que não atende, ou que não sabe que o acolhimento é tal horário...

P: Essa estratégia de matriciamento numa rede que está super lotada de demanda é fundamental?

R: Eu a vejo...eu estou numa situação assim oh: é uma estratégia importante de gestão e de cuidado, facilitadora, mas que eu vejo que a equipe, em si, está bem desanimada, por exemplo. Do meu setor tem dias que vai e fala “não vou mais lá no Santa Felícia”. É um território grande, “cheguei lá e estava atendendo, que não tem demanda. Que demanda é essa que não tem e chega todo mundo aqui”. Não tem realmente? Duvido que não tenha um caso de infância e adolescência no território. Então, não estão recebendo mesmo, o que chega encaminha, nem conhece o fulano. Sabe o que é, mas não sei do que se trata. Eu fiz a minha parte então? “Ah, encaminhei”. O matriciamento seria essa aproximação entre as pessoas, entre todos nós. Meu medo é isso se perder mesmo. Eu espero todos os dias os colegas falarem não vou e isso virar uma rede, não vou mais. Tenho que discutir com meu gestor e falar que o pessoal aqui não quer ir mais fazer matriciamento, não é bem recebido, não está vendo sentido. Isso é uma perda muito grande.

P: Pensando em vocês qual é o melhor canal de contato para receberem informações da USE? E-mail, telefone?

R: Nosso e-mail. A gente tem nosso e-mail institucional, não sei se te passei. A gente tem feito tudo por e-mail, é uma ferramenta de comunicação, de documentos, coisa que a gente pode acessar. A gente tem o endereço institucional e ele fica aberto e todos nós temos acesso a ele, tenho à senha ou as comunicações. Hoje mesmo, o Conselho Tutelar liga “eu quero saber informação”, “manda por e-mail, a gente responde, encaminha”. A gente tem o Facebook também, que é o CAPSI, e tem o... a gente tem o CAPSI CREAS, CAPSI Conselho, CAPSI com APAE, CAPSI não sei o que, tem a ferramenta do Face, tem WhatsApp e redes sociais. Mas o e-mail acho que legal porque tem gente que não tem Facebook, por exemplo. A gente tem o CAPSI Zap, mas o e-mail é legal. A Ana aponta e a gente troca e está aí para a gente ver.

P: O plano final da minha pesquisa é um plano de comunicação e uma das ações que eu penso, percebendo que as pessoas não têm informações sobre a USE, por mais que atualize a Regulação não está conseguindo atualizar. E se a gente comunicar a rede? Por exemplo, fazer jornalzinho e enviar. “Estamos fazendo isso, tal linha está aberta, estamos fazendo isso”. A gente pode imprimir, enviar por e-mail.

R: Legal. A gente tem nosso muralzinho.

P: Tentar chegar na base do atendimento...

R: A nossa preocupação de acesso, de chegar lá e não ser atendido, porque é custoso mesmo, às vezes, a gente de encaminhar. “Janaina vai lá na USE porque tem psicólogo”. Chega lá, não tem perde viagem, gasta. A unidade manda, não devolveu...a pessoa vai com uma expectativa e éoura. Perde vínculo.

P: Tem um erro também quando encaminham “vai lá e você vai ser atendido”. Não, você vai ser acolhido.

R: Mesma coisa aqui, “Vai lá que é porta aberta e você vai ser acolhido”. Mas não atende, não agenda com a psicóloga e tal. Já marca, nem olha...nem sabe, não tem como discutir o caso que você encaminhou aqui, você não sabe, não tem prontuário, às vezes, não tem nada.

P: Eu acho que você reforça os pilares que eu tenho levantado aí. É um problema da rede não ter comunicação, não tem tecnologia que permita esse compartilhamento, mas não tem comprometimento dos profissionais em ter o cuidado de saber o que fazer, existe uma questão de gestão, falta gestão com olhar mais técnico, de mais conhecimento e falta...tem uma questão política, essa troca à cada quatro anos, troca. São quatro pilares.

R: Às vezes, nem até quatro, até menos. Ou a pessoa pede pra sair porque frustra.

P: E outra coisa que você também já citou, mas acho legal pontuar. Vocês teriam aqui, falando da unidade, vocês teriam interesse em participar de eventos que a USE pudesse promover pensando na parte dela de formação, que é uma unidade escola. “Vamos participar de evento para falar sobre...atendimento a crianças autistas, vamos convidar os profissionais para vir”.

R: Sim, com certeza, O fluxo é de cima pra baixo. Não dá pra fechar o serviço para todo mundo fazer formação. Mas já fui à UFSCar para formação. Sexta tem reunião de equipe e saímos todos daqui e fomos. A gente tem que dividir, nunca vai dar para todo mundo ir. Com certeza,

P: É de interesse?

R: Com certeza, eu acho que é bom para os nossos servidores.

P: Não só para a USE ensinar, mas às vezes, um profissional tem uma coisa bacana e junto com o de lá pode montar capacitação, uma troca, troca de experiência.

R: Sim, é ótimo.

P: Ótimo, conversamos bastante. Obrigada.

**Entrevista com representante de unidades que menos encaminham para USE –
Entrevistado 23 (E23)**

P: As perguntas estão separadas em dois blocos. Um falando mais da relação de vocês com a USE, depois falando um pouco da área de comunicação, canais de contato. Na sua visão, como deveria funcionar o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: Olha, eu...Da forma como está agora...é complicado porque aqui fica longe de São Carlos. Para as pessoas estarem indo para lá é complicado. Mas, acho que poderia funcionar de forma...pela...por e-mail eu acho que da USE para a Unidade, acho que isso é uma...a gente pode estar usando. Porque referência e contra-referência, tem usuário que poderá trazer para nós e tem outros que não trazem. A gente tem exemplo pelo AME, tem pessoas que trazem para a Unidade e outras que não trazem. Eu acho que nesse momento, seria mais pela internet, por e-mail.

P: E o fluxo de pacientes, assim, se vocês precisarem encaminhar o paciente para a USE, como vocês fazem? Dão encaminhamento daqui e ele vai pra lá ou ele vai para alguma unidade de referência.

R: Ah tá. Se não me engano a USE já está no CROSS.

P: Sim, alguns serviços sim.

R: A orientação é assim, a gente dá um encaminhamento para o paciente estar indo para a USE. Mas é muito difícil porque eles mesmo relatam pela distância. E o ônibus. Vamos supor, as pessoas que têm condições de ir de carro, até algumas vão. Mas, que precisa do ônibus, é muito difícil, por horário. De manhã, até que tem ônibus de hora em hora. A partir do meio dia, é cada duas ou três horas. Então, até para você agendar e, às vezes, para fazer algum acompanhamento, tratamento lá é muito difícil. Eles não vão. Vão até a primeira, vez, passam, mas depois não vai. Eles mesmo já...a gente tem essa dificuldade, assim pela distância.

P: Distância geográfica mesmo?

R: Sim.

P: Na sua visão, o sistema de saúde pública de São Carlos funciona em rede?

R: Não. Eu...o que eu percebo não. Faz 15 anos que estou na Prefeitura e rede a gente não tem essa...

P: Por que você acha que isso é difícil?

R: Eu acho que é difícil quando muda de gestão. Pelo fato de a cada quatro anos...você tem essa mudança. Dependendo de quem entra, não dá seguimento naquilo que começou. Vamos supor, tinha uma época que a gente estava trabalhando em rede, mudou, o prefeito muda também os cargos de chefias e tal...e você perde muita coisa.

P: E você acha que não funciona em rede por qual principal motivo?

R: Acho que não tem essa...como posso dizer? ... De ter essa troca, de se conversar. A gente não tem isso como serviço.

P: É o relato que tenho tido na maior parte dos casos. Eu ia ter perguntar por que vocês não encaminham pacientes para a USE, mas acho que a questão da distância é a principal.

R: A distância. E pelo fato também de eles serem carentes, é uma população que não tem tantas condições. Até mesmo “Ah, vou pegar outro ônibus...”. Tanto até exames que a gente agenda na Santa Casa e eles “Ah, vou ter que ir pra São Carlos”. Tem essa dificuldade. Às vezes, tem pessoas, vamos supor, precisa...nem precisa de ambulância, mas a pessoa não tem condições, não tem carro particular. Aí, você acaba, às vezes, a ambulância sendo um transporte porque ela não tem condição de ir. Então, tem essa dificuldade, a carência financeira e a distância.

P: E vocês teriam pacientes para as especialidades da USE?

R: Acho que sim.

P: Fisioterapia, fono, terapia ocupacional, saúde da criança, saúde mental?

R: Eu acho que a parte de mental sim, criança também. Eu acho que sim, mas tem essa dificuldade.

P: Vocês encaminham para outro serviço lá então, ou não?

R: Para a Federal é mais difícil.

P: Para HU, Santa Casa, AME?

R: Ah, sim, encaminha, HU, Santa Casa e AME, manda. Crianças, normalmente, vai para o HU. Fono a gente tenta ver no CEME.

P: E aí, eles conseguem ir?

R: Dão um jeito, consegue. A gente não tem muito retorno. Às vezes, vão e às vezes não dá retorno para gente, só se quando volta.

P: Entendi.

R: Mas não tem essa contra-referência também não.

P: Além da dificuldade da questão financeira, da distância, você vê que a atuação da USE, pelo o que vocês relacionam aqui, é uma atuação suficiente? Poderia melhorar além dessa questão do transporte, há outro problema que dificulta?

R: Vou ser sincera com você. Assim, vai fazer quase 3 anos que estou aqui. Não tenho como avaliar muito porque não mando. Quando eu trabalhava em outra USF lá de São Carlos, ali no Itamaraty, não sei se pelo nível, se as condições financeiras da população seriam melhores, eu percebi que tinha uma adesão melhor. Eles iam, às vezes, fazer avaliação, acompanhamento lá. Não só Fisioterapia, mas outras coisas, passava por...Terapia Ocupacional. Pacientes que tiveram AVC a gente conseguia fazer reabilitação. Então, tinha um vínculo maior lá. Eu

conseguia mais. Mas, aqui é bem difícil, é uma coisa, assim, às vezes, tem paciente que você poderia até encaminhar para a USE, mas você acaba encaminhando para outro serviço ou tentando resolver de outra forma por causa da distância.

P: Bom, agora esse outro boco é pra gente saber um pouco como as informações entre as unidades circulam, quais são os melhores canais de contato. Você conhece a USE?

R: Eu conheço, assim, já faz tempo. Já fui uma vez lá, mas não, assim, não....

P: Vocês ficam sabendo informações sobre os serviços que a USE oferece?

R: Sim, por e-mail. A nossa chefia sempre manda quando muda alguma coisa. Ela tem sempre, eles mandam através de e-mail. Da parte do nosso departamento manda para as unidades.

P: Vocês estão sob qual chefia?

R: Nosso departamento é o Departamento de Atenção Básica, ele se divide: tem a diretora e aí tem duas chefes, uma é chefe da Divisão das USFs, então é responsável por todas as USFs. Tem outra que é responsável pela UBSs. Então, dividiu UFS e UBS.

P: Uma dúvida: qual diferença entre UBS e USF?

R: A USF ela trabalha com uma área, assim, ela tem um território dela delimitado. Então, vamos supor, eu tenho...aqui fica longe, então é todo o distrito. Vamos supor, tem o Itamaraty, vai atender a população cadastrada na USF. Ali perto tem a UBS do Fagá. O Fagá vai atender os outros bairros, a USF só atende aquele território, as pessoas cadastradas. Agora, o Ministério estipulou que são 4 mil pessoas. Então, naquele território eu tenho 4 mil pessoas. Aquela unidade vai atender as pessoas cadastradas e que recebem a visita do Agente Comunitário de Saúde. A UBS não. A UBS atende não só...vamos supor, o pessoal do Itamaraty, ela não atende só o bairro, ela atende ao redor. Ela não tem Agente Comunitário.

P: A pessoa vai até lá?

R: Isso. E na USF o que acontece? É um médico só, a gente chama de médico generalista, ele vai atender desde o bebê até o idoso. A UBS não. A UBS é fragmentada. Você vai na UBS você tem o clínico geral, você vai ter o ginecologista, você vai ter o pediatra. A USF não, é um médico para atender todos. Por isso que a gente delimita esse território pelo número de pessoas.

P: Vocês avaliam que precisa passar por um especialista, aí vocês encaminham?

E: Isso, isso. Não é fragmentado, o médico já vê tudo. Vamos supor...é... uma gestante. Ele não vai encaminhar para o obstetra, ele vai fazer o pré-natal aqui. Criança. Na UBS, se você for lá eles vão agendar para o pediatra, não vai ser o clínico. A diferença também que a gente tem um dia que médico do PSF faz visita domiciliar para os acamados, as pessoas que não têm condições de vir na unidade. A UBS não faz esse tipo de serviço.

P: Por exemplo, o paciente que é atendido, que é cadastrado na USF, ele pode procurar atendimento numa UBS, se ele quiser?

R: Ele pode. Ele poderia passar, vamos supor... “estou trabalhando naquela região...”, “Se eu mudei...ele vai ser transferido para lá”. Agora, se ele está passando mal e passando por perto, ele pode passar. Uma medicação de uso contínuo e ele está por ali, ele poderia também. Mas, o seguimento dele é aqui nessa unidade. Se ele chegar “eu moro lá em Santa Eudóxia” e ele vai no Fagá, eles vão orientar para procurar atendimento aqui, que aqui tem histórico dele.

P: Vocês recebem alguma orientação da Regulação, ou outro departamento da SMS, sobre os serviços e as atualizações das informações da USE?

R: Sim. Então, da USE, como te falei, da USE eu recebo e-mail. Vou ser bem sincera com você, foi só por e-mail. Diferente da semana passada, que nós tivemos reunião com o pessoal do AME...do AME, do HU a gente teve também reunião, justamente para passar é... troca de informações. O que está dando certo, o que não está, o que está acontecendo. Nós já tivemos.

P:Eles vão nas reuniões de equipe ou eles vêm aqui?

R: Eles, na verdade... é marcado reunião com os responsáveis pela Unidade, normalmente, no CEME. Aí, vamos supor, vai um representante do AME e um representante de cada unidade – são USF e UBS juntas. Aí, discute os problemas, o que pode melhorar. Uma coisa que eu nunca vi é a USE participar.

P: Nunca participou?

R: Não. Tanto que um tempo atrás, o HU foi. Montaram os ambulatórios novos lá, fizeram reunião, falando “olha, esse é tal”, explicaram como vai funcionar, e tal. A USE nós não temos esse canal. Às vezes, o que acontece... “Vamos ver se tem na USE”. A gente liga lá e a orientação é que a pessoa tem que ir lá com o encaminhamento, passar no Acolhimento para ver não sei o que. Acho que isso “Ah, tem que ir lá, não sei o quê e tal”. Às vezes, a pessoa nem vai. A gente também fala “Vai ver se vai conseguir ou não”. Aí você acaba direcionando o paciente para outro lugar.

P: Já agenda consulta e sabe que ele vai passar?

R: Isso. É difícil ter reunião, na fala de alguém “Na USE temos tal serviço, funciona dessa forma”. Aí, aqui é mais distante, tem outro canal? A gente já manda os dados por e-mail e agenda horário para ir lá. A pessoa vai lá tentar o Acolhimento. A pessoa vai sair daqui para uma tentativa, ele nem vai. Não compensa.

P: Na sua visão, você acha que o nível de informação – pensando na rede – que as unidades têm umas das outras é suficiente?

R: Não, não é. Eu tenho unidade que é muito difícil de você falar. Vou citar uma, que é a nossa referência aqui para Pediatria, Psicólogo, é a UBS do São José. A gente não consegue falar lá. É uma unidade que você liga, liga e não consegue falar, nunca atende. E, às vezes, a gente tem o sistema para agendamento, e não tem vaga. Às vezes, precisa de alguma informação, você não consegue. É difícil até entre unidades. Tem unidades que você consegue...Por ser próximo de Água Vermelha, a gente tem uma boa interação. Mas se eu te falar em relação às UBSs é mais difícil. A gente consegue mais algumas coisas com as USFs mais próximas.

P: Essa dificuldade tem impacto na referência, no encaminhamento?

R: Tem, porque, às vezes, fica paciente assim... paciente vai...Vamos supor, paciente a gente encaminha, agenda uma consulta com psicólogo. A orientação que a gente tem, ele vai dar seguimento lá, o acompanhamento, a nossa parte nós fizemos. Esse paciente volta pra gente aqui falando “não, mandaram agendar aqui”. Não é assim, a gente encaminhou para a primeira consulta e tal. Você tenta que ligar lá para falar “olha, aconteceu problema com a pessoa e não está conseguindo...”. Você não consegue, fica...às vezes, você tem que marcar uma primeira consulta de novo para essa pessoa conseguir entrar de novo lá. Então, é muito difícil.

P: E você acha que se esse nível de informação melhorasse esse fluxo seria melhor?

R: Com certeza. Vamos supor, estou com problema com paciente aqui, precisaria agendar psicólogo lá, ou perdeu a consulta, eu não tenho vaga, mas sei que ele precisa e tal. Se eu conseguisse falar com alguém de lá, responsável, acho que poderia tentar.

P: Alinhava isso?

R: Isso, e a pessoa não precisaria... Às vezes, tem pessoas que eu falo “infelizmente, você tem que ir lá e tentar conversar, porque eu não consegui falar”. É difícil. Eu falo porque, assim, a unidade é diretamente que a gente encaminha, mas acho que deve ter outras unidades com esse problema.

P: É uma resposta quase unânime.

R: É. Às vezes, você consegue assim, não tenho contato com enfermeiros de lá, mas com as da USFs que tenho mais contato...às vezes, você manda WhatsApp, mas lá você não tem essa...e o telefone toca e ninguém atende.

P: Bom, o melhor canal de contato para vocês receberem as informações atualizadas sobre a USE é e-mail ou tem outro?

R: Aqui é o e-mail mesmo, não tem outro canal. E, normalmente, nossa chefe ela sempre compartilha. Chegando nela, ela compartilha com as unidades. O canal mais próximo é e-mail mesmo, salvo se tiver alguma reunião para discutir.

P: Vocês teriam interesse em participar, por exemplo, de eventos - a USE é uma unidade escola e, além da assistência, ela tem uma preocupação focada na formação dos futuros profissionais. E por ter esse link com formação, a gente pensa em promover eventos voltados para os profissionais da rede a partir de temáticas que eles levantem. “Ah, na minha USF tenho tido problemas para abordar a família de crianças com autismo, como lidar com isso?”. A partir das reais necessidades.

R: Interessante. O que eu percebo, às vezes, as capacitações que eu fui, principalmente na Federal, mas não estou falando da USE, estou falando no geral, foca muito em enfermeiro ou médico. Eu acho que tem que focar a equipe como um todo, eu acho que chamar também agentes comunitários, tem muita coisa que eles né.... A gente aqui acaba não tendo tempo de capacitar, e eu também não sei tudo. Os auxiliares de enfermagem também. Uma coisa que a gente ouve muito falar que chama muito enfermeiro e esquece da classe dos auxiliares, auxiliares e técnicos. Isso eu acho que seria bom também estar atualizando com eles.

P: É um tipo de ação que interessa?

R: Sim, é válida. Com certeza.

P: Terminamos. Obrigada.

Entrevista com representante de unidades que menos encaminham para USE – Entrevistado 25 (E25)

P: Esse primeiro grupo de perguntas é para conhecer a relação da USE com as outras unidades. Da unidade com a USE. E aí, vocês fiquem tranquilos: “Isso eu não sabia, não sabia que isso existia”. São respostas que vão nos ajudar a construir esse caminho. Bom, como deveria funcionar o fluxo de referência e contra-referência entre vocês e a USE?

R: Não existe, não há um fluxo por desconhecimento que poderíamos fazer encaminhamento.

P: A gente viu que não tem encaminhamento da UPA para lá. Então, é por esse conhecimento. Se você, por exemplo, soubesse “eu posso encaminhar paciente para a USE”, isso de ajudar, de alguma forma no atendimento, na referência dos pacientes que vêm para cá ou seria indiferente?

R: Olha...Porque como uma unidade de pronto atendimento vem todo o tipo de caso, desde casos que de ortopedia, de psiquiatria, nós atendemos tudo, embora, o atendimento seja feito por médicos clínicos, somos porta aberta e atendemos a qualquer tipo de queixa do paciente. Então, saber que tem um local para referenciar alguns casos é um ganho para o atendimento, para o paciente e para a própria UPA.

P: A gente estava conversando agora, antes de começar, aqui normalmente vocês atendem aqui, e aí percebe que o paciente precisa der acompanhamento e vocês encaminham para a UBS e ali eles vão redirecionar. É esse é o trâmite que vocês fazem? Se esse paciente for pra USE depois, ou não, vocês já não têm, mais gerência sobre isso?

R: Não temos. O fato também de não ter um sistema integrado de atendimento, a gente não consegue nem acompanhar o que está fazendo depois que saiu daqui. Muitas vezes, eles acabam retornando com a dificuldade de conseguir consulta na UBS. Tem esse problema também.

P: Bom, você estava explicando que aqui o atendimento é para qualquer tipo de especialidade, para a queixa que o paciente trouxe. Vocês teriam pacientes que poderiam ser encaminhados para USE, ou não? O ideal seria voltar para a Atenção Básica mesmo?

R: É que depende, a gente desconhece o que a USE oferece. Eu sei da parte de fisioterapia porque minha mulher já fez uso, mas dependendo do serviço oferecido, talvez sim. Em alguns casos seria encaminhado direto, para evitar que o paciente saia daqui, vai para a UBS, espera na UBS...se puder mandar ele direto, eu acho que é um ganho para a população.

P: Se fala muito do funcionamento da saúde pública numa rede. E quando a gente pensa em rede, a gente pensa em algo em que as engrenagens estão em diferentes espaços, mas que elas se comunicam, se conversam; uma roda daqui e ajuda a outra a girar lá. Você consegue ver que a saúde pública aqui em São Carlos funciona em rede?

R: Não, de maneira nenhuma.

P: Ou alguma parte funciona e outra não?

R: Não, infelizmente não funciona. Eu nunca vi funcionar em área nenhuma. Cada um trabalha por si, são independentes entre si. Todo mundo se reporta à SMS, mas, assim, os serviços deles não são integrados, infelizmente.

P: Eu ia perguntar se vocês acham que a atuação da USE é suficiente, mas eu acho que vocês não conseguem responder porque vocês não conhecem.

R: Não.

P: Agora é uma parte mais voltada para a comunicação mesmo, de informação, de conhecimento entre as unidades, enfim. Inclusive, a parte que mais me interessa nesse estudo. Bom, então vocês não conhecem a USE, ou conhecem pouco. Quem que deveria, ou que ponto dessa rede que deveria funcionar para centralizar e passar essas informações para a rede? “Eu tenho um ponto e sei todos os serviços que as unidades do nosso sistema de saúde atende, então, eu tenho eu passar para elas para poderem se relacionar?”

R: Poderia ter um boletim informativo que a própria Secretaria organizasse.

P: A SMS seria esse ponto principal?

R: Acredito que a Secretaria de Comunicação, ela é muito ativa, mas a Secretaria de Saúde não usa o serviço da Secretaria de Comunicação. Então, entra no erro da SMS não usar esse serviço. Porque nós temos um e-mail institucional, todo o servidor pode ter esse e-mail, basta ligar lá que é dado. E eles divulgam muito nesse e-mail institucional, um meio de comunicação. Mas, a própria Secretaria de Saúde não tem essa ligação ou é muito pequena. Que eles fizessem coisa visual, sabe? Alguma coisa para colocar no mural da UPA que é do lado onde as pessoas batem o dedo (registra entrada e saída de funcionários) e a pessoa pode olhar, de repente é uma informação que seja útil. Mas, eu acho que teria que partir da Secretaria (SMS), dar a informação e encaminhar à Secretaria de Comunicação.

P: Às vezes eu fico tentando atribuir esse papel à Regulação, mas talvez, não seja ela que precisa fazer isso, mas ela precisa ter esse conhecimento, saber para onde ela manda?

R: Sim, a pactuação, por exemplo, com a USE, a UPA está cadastrada na USE? Sim, só que a Regulação teria a obrigação de comunicar a gente, mas isso não é feito. Quem faz esses acordos, essas pactuações tem que divulgar para todo o resto do serviço, mas isso é algo que não ocorre, é bem deficiente.

P: Vocês recebem alguma orientação da Regulação ou de outro setor da SMS sobre os serviços e novas informações, atualizada, sobre a USE?

R: Não.

P: Na visão de vocês, o nível de informação que as unidades de saúde, nas suas diferentes complexidades, têm uma das outras influencia no número de pacientes que são encaminhados, na forma de conduzir os atendimentos, a referência e contra-referência?

R: Sim.

P: É suficiente esse nível de informação que se tem entre uma e outra?

R: Não.

P: Não tem, mas seria importante?

R: Sim, com certeza. O setor de referência e contra-referência ele acaba não funcionando. Já aconteceu de você mandar paciente o posto e ele voltar.

P: Ele não funciona porque você não tem informação?

R: Eu acho que não é nem isso. Às vezes, acontece, você encaminha paciente para o posto e não tem consulta mesmo, ele vai voltar pra mim. Então, assim, as coisas não funcionam é porque tem um déficit, assim, tanto na parte básica, às vezes, você encaminha um paciente para o Hospital Escola, eles estão dificultando as coisas e acho que a tendência é piorar, e por causa disso não funciona. A gente até tem um nível de informação do que cada parte faz porque a gente precisa para gente pode saber para onde...

P: Por iniciativa de vocês?

R: É. Como a gente é um serviço intermediário, a gente fica no meio do básico e da média e alta complexidade e internação. Então, a gente precisa saber para onde vai encaminhar para fazer o encaminhamento correto para o paciente. A gente até faz o encaminhamento correto e não, necessariamente, vai dar certo. Às vezes, ele bate lá e volta. Bate lá e volta. Uma coisa que ele precisa ser atendido essa semana, abrindo quadro de diabetes, por exemplo, e não dá pra esperar dois meses, mas só tem consulta para daqui dois meses. A gente é que mais apanha porque a gente é porta aberta e, então, tudo acaba vindo parar aqui para a gente resolver. A gente até tem esse grau de informação, mas porque é agente que vai buscar.

P: Esse é um tipo de reclamação que eu tenho ouvido em outras entrevistas também. Eles falam assim que vai muito da postura e do compromisso do servidor em querer saber, em querer entender.

R: Sim, isso. Outro dia uma enfermeira recebeu uma ligação do Hospital Escola de um médico para avisar que tem médico que está mandando paciente assim e assim, e aqui não é para isso, que eles estavam fazendo o encaminhamento errado. Porque tem uma variedade muito grande médico da terceirizada. O cara vem aqui dar um plantão a não fica querendo saber para onde ele vai mandar. Ele manda e vai... então, a informação fácil eu acho que não tem.

P: Vocês acham que se esse nível de informação e conhecimento, de compartilhamento da informação, se fosse melhorado, esse trabalho que os médicos têm, os profissionais têm, manda paciente, recebe paciente, de fluxo de referência e contra-referência, melhora um pouco, ou a questão não está aí?

R: Melhora. Eu acho que teria uma melhora significativa. É justamente a falta de informação que faz com que haja tantas falhas no sistema, né? Com certeza haveria uma melhora com isso, com a informação.

P: Para vocês saberem, por exemplo, mais informações sobre a USE, qual é o canal de contato melhor? É, por exemplo, a USE fazer uma parceria com a Comunicação da Prefeitura e falar, olha, sei lá, a cada dois meses, ou a cada mês, a gente manda um jornalzinho, breve, para esse e-mail e vocês dispara para o pessoal das unidades? Seria um canal ou você fala para mim “não adianta, prefiro que façam um cartaz e cole aqui, ou liga aqui? Que tipo de canal para vocês é mais fácil?

R: Um acho que é...um pouco de tudo. Acho que você ter o cartaz é importante porque algumas pessoas não acessam e-mail, o e-mail... às vezes, se o supervisor recebesse e ele disponibilizasse a informação. Geralmente, quando tem um curso, eu mesmo coloco aqui. Mas, assim, se vier panfleto pronto, informativo, a gente costuma, por exemplo, se for direcionado à população, a

gente deixa no balcão, a pessoa tem livre acesso para pegar. Então, assim um conjunto de meios de comunicação, você tem que trabalhar em várias áreas porque a gente trabalha com várias pessoas...Se tivesse pelo menos um...é que a hoje a gente não tem nenhum. Mas eu acho que o melhor seria ter um pouco de cada um. Aí, consegue atingir públicos diferentes, que nem todo mundo é igual, nem todo mundo acessa e-mail, nem todo mundo olha no mural.

P: Tem que pulverizar em tudo.

R: Eu acho que se pelo menos passar para o responsável pela unidade e a pessoa se prontificasse a espalhar a informação ali dentro da unidade dela, já ajudava bastante.

P: Por que facilita né?

R: Porque as vezes é difícil para quem tem que divulgar a informação passar para todo mundo, mas passar para um supervisor de cada unidade ele se incumbem de passar para os demais.

P: Eu estava lendo dentro do referencial teórico da pesquisa, eu fui buscando, tentando achar pesquisas que se assemelhassem, próximas à minha, para tirar ideias e tal. Eu achei uma parecida, ela trabalhou no que eu trabalhei, mas em um hospital grande, tipo Santa Casa, em Portugal, e tem várias coisas diferentes da realidade brasileira, mas tem outras coisas interessantes. Mas o que eu achei interessante.... a questão deles não é com as outras unidades, mas eles falam da questão do pertencimento do funcionário, enfim E aí, eu fiquei pensando que a agente também tem um pertencimento numa rede aqui e que, às vezes, o profissional está esquecido, desmotivado...ai eu pensei “será que a USE não conseguiria promover alguma coisa para chamar as pessoas e falar, olha, eu posso te ajudar em outras coisas”. Por exemplo, vocês conhecem pessoalmente a USE?

R: Nunca entrei, só por fora.

P: Porque aí, eu fiquei pensando que a USE pode promover assim uns cursos sobre capacitação da humanização do atendimento, por exemplo, e convidar gratuitamente, porque lá em a expertise das pessoas, tem espaços para oferecer. Vamos convidar para um curso de abordagem dos familiares da criança autista, estou dando exemplos de assuntos. Vocês acham que esse tipo de iniciativa aberta para profissionais da rede, você acha que esse tipo de aproximação, de levar a pessoa lá, começa a desenhar para as pessoas a existência da USE, poxa, já fui, ali é legal, eu participei de uma atividade, fiz uma capacitação, recebi certificado, foi legal”? Não estou falando que isso vai resolver o problema do fluxo de referência e contra-referência, mas estabelecer esse desenho de rede, que a rede tem esse vínculo, esse compartilhamento. As pessoas participam, você acha que isso seria interessante participar, temáticas voltadas para a saúde, ou outras coisas. Lá não dá para ir, mas a USE vem aqui?

R: Sim, a gente aqui tem o NEP (Núcleo de Educação Permanente). É uma das regras do Ministério para a gente se manter habilitado e qualificado é ter a capacitação constante, né? Assim, pelo menos dentro das UPAs, os servidores têm essa mentalidade que tem que, periodicamente, estar fazendo um curso. Esse ano a gente parou um pouco, a gente estava sem supervisão, eu entrei, depois tive que sair por conta de legislação, voltei agora. A gente teve dois cursos, há dois meses, tem uma adesão bacana, vem pessoal de outras unidades. A gente tem um espaço aqui também para as aulas serem ministradas. Mas, o pessoal aqui costuma aderir, não vou dizer que é 100 %, mas você consegue pegar dois de um plantão, dois de outro e montar um grupo de dez pessoas. É legal, o pessoal aqui adere.

P: Seria uma forma interessante de aproximação?

R: Sim, com certeza. Porque é um pré-requisito para continuar funcionando é essa educação permanente.

P: Isso funciona para todas as unidades iguais a vocês?

R: Sim, é determinação do Ministério. Para manter o custeio dela você tem que ter essa característica de ter esses cursos. E eu acho que há uma carência também, que a gente tem, de curso, que é uma obrigação do empregador de manter o funcionário bem qualificado, mas é uma coisa que a gente vê...

P: Eu fico pensando assim, o profissional está ali, atende o paciente, o médico chama, medica um, corre para o outro, atende ali, o médico....ele acaba ficando tão envolvido naquilo ali que é isso, ele mal senta para ver o computador se chegou algum e-mail, uma notícia, quem dirá para, às vezes, ir atrás de curso. Mas, você começa a oferecer...

R: Das vezes que fizemos, as pessoas aderiram.

P: Há interesse? Às vezes, é falta de propor, de chamar...

R: Sim.

P: Uma das ações que estou pensando lá no final do plano...meu trabalho é mestrado profissional, então, a ideia é apresentar projeto aplicado, real. Por isso que o plano de comunicação, não estou falando que vai ser aplicado porque depende da gestão da USE se vai aplicar, mas estamos fazendo um trabalho muito próximo. A ideia é propor várias ações, e quando se pensa em comunicação, o pessoal pensa em jornal. Não é só isso. A gente pode fazer curso, pode fazer evento, tanta coisa...

R: Tem mais coisas...

P: Tem mais alguma coisa que vocês acham legal, que eu não bordei e que seria bom a gente falar sobre isso também?

R: Eu acho, assim, que é falta de informação mesmo, que a gente conversou no começo. Nós desconhecíamos totalmente que nós poderíamos referenciar alguém e continuamos desconhecendo as especialidades ou em que situação a gente pode mandar para USE. Mas eu acho que, talvez, principalmente de psicólogo. Porque, às vezes, vem paciente que você vê que claramente precisaria de acompanhamento, mas pela rede está difícil.