

Ana Paula Coelho Machado

A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS E O TRABALHO DE
ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG

2010

Ana Paula Coelho Machado

A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS E O TRABALHO DE
ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública (área de
concentração em Políticas de Saúde e
Planejamento)

Orientadora: Prof^a. Dr. Soraya Almeida Belisário

Co-orientadora: Prof^a. Dr. Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte – MG

2010

Machado, Ana Paula Coelho.
M149c A construção de competências e o trabalho de acolhimento em uma
Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte [manuscrito]. / Ana Paula
Coelho Machado. - - Belo Horizonte: 2010.
89f.
Orientadora: Soraya Almeida Belisário.
Co-orientadora: Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acolhimento. 3. Competência
Profissional. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II.
Assunção, Ada Ávila. III. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 546

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Dr. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitoria

Prof^a. Dra. Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Dr. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Dr. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Dra. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

Sub-coordenador

Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Prof^a. Dra. Ada Ávila Assunção
Prof. Dr. Fernando Augusto Proietti
Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio
Prof^a. Dra. Eli Iola Gurgel Andrade
Prof^a. Dra. Maria Fernanda F. L. Costa
Prof^a. Dra. Soraya Almeida Belisário
Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Prof^a. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa
Adriana Lúcia Meireles
Aline Dayrell Ferreira
Ana Paula Coelho Machado
Graziella Lage Oliveira

DECLARAÇÃO DA DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190/ sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100
Fone: (031) 3409-9641 FAX: (31) 3409-9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Soraya Almeida Belisário, Ada Ávila Assunção, Maria Cecília Pereira e Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart, aprovou a defesa de dissertação intitulada "A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS E O TRABALHO DE ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE" apresentada pela aluna ANA PAULA COELHO MACHADO, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 18 de março de 2010.

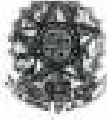

Prof. Soraya Almeida Belisário
Orientadora


Prof. Ada Ávila Assunção
Coorientadora


Prof. Maria Cecília Pereira


Prof. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart

ATA DA DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 - sala 553
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (011) 3409-9641 FAX: (011) 3409-9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ANA PAULA COELHO MACHADO. Às quatorze horas do dia dezoito do mês de março de dois mil e dez reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS E O TRABALHO DE ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Soraya Almeida Belisário, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Soraya Almeida Belisário/ Orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Ada Ávila Assunção/ Coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Maria Cecília Pereira	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora, Belo Horizonte, 18 de março de 2010.

Profa. Soraya Almeida Belisário/ Orientadora Soraya Almeida Belisário

Profa. Ada Ávila Assunção/ Coorientadora Ada Ávila Assunção

Profa. Maria Cecília Pereira Maria Cecília Pereira

Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/ Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

Prof. Mariângela Leal Cherchiglia
Coord. PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina/UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

*Aos meus queridos pais e irmãos, que com amor e compreensão
estiveram ao meu lado em os todos momentos*

AGRADECIMENTOS

À Deus, essência da minha vida.

Às professoras Soraya e Ada, pela paciência, pelos grandes ensinamentos, amizade e dedicação. Vocês foram indispensáveis à concretização desse trabalho e ao meu crescimento profissional.

Aos meus amados tio Zeleno e vovó Júlia, exemplos de alegria e humildade, embora não estejam presentes nesse momento de felicidade, suas imagens nunca se apagarão da minha memória.

Às minhas amigas Luciana, Adriana, Alice, Juliana, Grazi e Iara pelas excelentes contribuições e conselhos.

À Ariane e Aninha por me acolherem em seus lares, pelo companheirismo e amizade única.

Às amigas Janaína Vieira, Renatinha e Andressa, pelo apoio nos momentos mais difíceis e por estarem sempre ao meu lado.

Às amigas Lidiane, Francis, Diovana, Sabrina e Juli pela alegria que me proporcionam cada vez que estamos juntas e pela amizade imensurável.

Ao Programa de Pós-Graduação pela acolhida e por me permitirem realizar um sonho.

Aos colegas da Pós-Graduação pela amizade e pelo compartilhamento de saberes.

À Dionei, pela disponibilidade e carinho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida, possibilitando minha dedicação integral ao mestrado.

Aos trabalhadores pesquisados, peças fundamentais dessa pesquisa, sempre dispostos a compartilhar conhecimentos e vivências da atividade realizada.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte por permitir o desenvolvimento da dissertação.

À gerente da Unidade Básica de Saúde, onde o estudo foi realizado, por facilitar meu acesso e pelo apoio infinito.

Aos meus familiares, avós, Dindinha, tia Eliana e primos (em especial, Clara, Débora e Larissa) por entenderem minhas ausências e sempre se orgulharem das minhas conquistas.

RESUMO

O acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem como finalidade reorganizar o trabalho em saúde por meio de uma assistência humanizada e resolutiva aos usuários. Como nenhum trabalho é padronizado e resumido a uma lista de tarefas, os auxiliares de enfermagem e enfermeiros que desenvolvem o acolhimento nas equipes de saúde da família enfrentam variabilidades e imprevistos no cotidiano laboral, os quais podem prejudicar a condução do atendimento prestado aos indivíduos. Diante disso, os profissionais mobilizam competências manifestadas como modos de agir e estratégias cognitivas, no intuito de proporcionar um serviço de saúde universal, integral e de qualidade. O objetivo desta pesquisa foi analisar as competências mobilizadas pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte. Utilizou-se a abordagem da Ergonomia, tomando como método de ação a análise ergonômica do trabalho. Os dados foram originados de entrevistas semiestruturadas, observação sistemática do trabalho e análise documental. Realizou-se o estudo por meio da observação de seis profissionais: dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem de uma UBS de Belo Horizonte. A análise de conteúdo descrita por Maroy (2005) foi utilizada para o tratamento dos dados. Os resultados evidenciaram situações que dificultam a operacionalização do acolhimento, tais como demanda de usuários, casos agudos, a falta de informação dos indivíduos quanto às normas da equipe, inadequação de salas para atendimento, ausência de médicos nas equipes, dentre outros. No entanto, os profissionais utilizam competências como a gestão do atendimento, a habilidade afetiva, o saber diagnosticar, a habilidade em lidar com o usuário e o saber comunicar para garantir a satisfação daqueles que procuram por uma assistência de saúde efetiva. Conclui-se que há a necessidade de se mobilizarem as competências profissionais no acolhimento para cumprir com os objetivos do sistema de saúde. O reconhecimento pela gestão desses conhecimentos, assim como dos eventos vivenciados no trabalho, pode facilitar os ajustes e melhorias no ambiente e condições de trabalho, qualificando a assistência prestada aos usuários.

Palavras-chave: acolhimento, atenção primária à saúde, competência profissional

ABSTRACT

User embracement in the Basic Healthcare Centers (Unidades Básicas de Saúde – UBS) has as its main objective the reorganization of work in health through providing to the public a humanized assistance with a high case-resolving capacity. Since there are no jobs that can be simply resumed into a list of tasks, the nurses and nursery attendants, who are in charge of the reception in the family health teams, face variability and unforeseen situations in daily work, which can harm the way these workers conduct the assistance to the public. Thus, these professionals mobilize their manifested competences as manners of acting and cognitive strategies, aiming to provide a health service that is universal, integral and of quality. The objective of this research was to analyze the competences mobilized by nurses and nursery attendants when it comes to user embracement in one Basic Healthcare Center located in Belo Horizonte. The Human Engineering approach was used, being chosen as method the ergonomic analysis of the work. The data originated from semi-structured interviews, systematic observation of the work and documental analysis. The study was made by the observance of six professionals: two nurses and four nursery attendants. The content analysis used was that described by Maroy (2005) for data treatment. The results showed the existence of situations that can compromise the realization of user embracement, such as the demand of patients, acute cases, the lack of information when it comes to the team rules, room inadequacy for the caring for patients, absence of doctors, among others. Nevertheless, the professionals use competences such as the management of care, affectionate skill, the knowledge on how to diagnose, the ability of dealing with patients and communication skills to guarantee the satisfaction of those who look for an effective health care. The conclusion is that there is a need for the mobilization of professional competences in user embracement in order to accomplish the objectives of the health system. The recognition through the management of this knowledge, as well as of the lived situations during work, can facilitate the adjustments and improvements in the work conditions and in the work environment, qualifying the health care provided to the patients.

Keywords: user embracement, primary health care, professional competence

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AET -	Análise Ergonômica do Trabalho
ESF -	Equipe de Saúde da Família
PA -	Pressão Arterial
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PNH -	Política Nacional de Humanização
PSF -	Programa de Saúde da Família
SMSA -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS E FIGURA

QUADRO 1.	Conceitos de competências de acordo com o campo disciplinar.....	31
QUADRO 2.	Características dos trabalhadores observados e entrevistados.....	41
FIGURA 1.	Esquema geral do estudo.....	46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), A ATENÇÃO BÁSICA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.1.1 A ATENÇÃO BÁSICA E O PSF EM BELO HORIZONTE.....	20
2.2 ACOLHIMENTO.....	21
2.2.1 CONCEITOS DE ACOLHIMENTO.....	21
2.2.1.1 O acolhimento no Município de Belo Horizonte.....	23
2.3 O TRABALHO EM SAÚDE.....	24
2.3.1 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	26
2.4 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS.....	28
2.4.1 CONCEITOS GERAIS.....	28
2.4.2 COMPETÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: A NOÇÃO DA ERGONOMIA.....	31
2.4.2.1 Características das competências.....	33
2.4.2.2 A construção das competências.....	35
2.4.2.3 Competências do trabalho em saúde.....	36
3. OBJETIVOS.....	38
4. MÉTODOS.....	39
4.1 Características gerais da pesquisa.....	39
4.2 Estudo exploratório.....	39
4.3 Sujeitos e período da pesquisa	40
4.4 Procedimentos de coleta de dados	41
4.5 Procedimentos de tratamentos e sistematização dos dados	43
5. RESULTADOS.....	47
5.1 FLUXOGRAMA DA ATIVIDADE DE ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS.....	47
5.2 COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS PELAS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO	48
5.2.1 GESTÃO DOS ATENDIMENTOS.....	48
5.2.1.1 GESTÃO DOS ATENDIMENTOS PELO AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....	48
5.2.1.2 GESTÃO DOS ATENDIMENTOS PELO ENFERMEIRO	53
5.2.2 SABER DIAGNOSTICAR.....	55
5.2.3 HABILIDADE AFETIVA.....	57
5.2.4 SABER COMUNICAR.....	58
5.2.5 HABILIDADE EM LIDAR COM O USUÁRIO/ AUTO-CONTROLE.....	61
6. DISCUSSÃO	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	83
ANEXO A Roteiro de entrevista com os auxiliares de enfermagem e enfermeiros...	84
ANEXO B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
ANEXO C Cópia da aprovação do COEP da UFMG.....	87
ANEXO D Cópia da aprovação do COEP da SMSA de Belo Horizonte.....	88
ANEXO E Comprovante de qualificação.....	89

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresenta-se como um recurso instituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) para reorganizar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006a; SILVEIRA *et al.*, 2004). Consiste em uma escuta qualificada e sensibilizada dos problemas dos usuários e tem como objetivo garantir a universalidade nos serviços de saúde, a resolutividade, a qualidade e a humanização da assistência, bem como a responsabilização dos profissionais pelas necessidades de saúde dos indivíduos (BELO HORIZONTE, 2006; RIZOTTO, 2002; SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2000; ZOBOLLI; FRACOLLI, 2006). O acolhimento implica também na investigação das demandas de saúde dos usuários e no encaminhamento para o atendimento mais adequado, sendo necessário, para isso, uma tomada de decisão por parte dos profissionais (MACHADO *et al.*, 2008; NESCON, 2007; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Em Belo Horizonte, cada UBS possui sua lógica de organização do acolhimento, o qual é considerado como o primeiro contato dos pacientes no serviço de saúde, encontrando-se em uma posição de centralidade no fluxo de usuários (NESCON, 2007).

O acolhimento nas UBS de Belo Horizonte tem sido objeto de vários estudos (LEITE *et al.*, 1999; MALTA, 2001; NESCON, 2007; SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2002). Dentre eles, um estudo realizado previamente visou conhecer a dinâmica do trabalho no acolhimento (NESCON, 2007), cujos resultados motivaram a presente investigação.

No estudo exploratório, selecionou-se uma UBS na qual o acolhimento se realiza próximo ao consultório de enfermagem de cada equipe. O auxiliar de enfermagem tem o papel de abordar o indivíduo, registrar os dados pessoais em uma ficha cadastral e escutar, de forma atenta e sensibilizada, a queixa de saúde manifesta. Ao terminar a escuta, o auxiliar decide se encaminha o paciente para a consulta de enfermagem ou para a consulta médica, podendo ainda direcioná-lo para as consultas especializadas no nível da atenção secundária. No atendimento de enfermagem, realiza-se uma triagem dos usuários, os quais são encaminhados para o médico caso sejam detectados sintomas agudos diante dos quais o enfermeiro não está apto a agir.

Observou-se que os auxiliares de enfermagem e enfermeiros vivenciavam no cotidiano de trabalho a ausência de médicos na equipe, o desaparecimento das fichas de prontuários e a alta demanda de usuários agudos para consulta. Para contornar tais situações e garantir o atendimento universal e integral aos indivíduos, os profissionais utilizavam-se de algumas estratégias, sendo elas: agendar médico de outra equipe, hierarquizar os casos para agendamento com base no número de consultas médicas disponíveis e garantir a estrutura e organização dos grupos operativos para todos os indivíduos (NESCON, 2007).

Esses resultados evidenciaram que o trabalho não é um dado objetivável, padronizável, prescritível, que bastaria reduzir a uma lista de tarefas. Os trabalhadores do setor de serviços em geral deparam-se na prática laboral com situações singulares, complexas e variáveis, as quais demandam a necessidade de se modificar a maneira de produzir (ZARIFIAN, 2001). O setor saúde reproduz esta lógica, pois é permeado por aspectos relacionados à imprevisibilidade do fluxo e da demanda dos sujeitos, os quais comprometem o planejamento das ações e serviços (RIBEIRO *et al.*, 2004). Nessa direção, novas atribuições são requeridas aos trabalhadores da saúde, dados os aspectos referentes à produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços (ORIÁ; MORAIS; VICTOR, 2004). De acordo com Baldi (2006), a gestão da atenção básica, por exemplo, exige trabalhadores autônomos, com novos conhecimentos, habilidades e valores para enfrentar os eventos com dinamismo, flexibilidade e criatividade, a fim de responder às demandas apresentadas pelos usuários.

Outros autores também descreveram que o trabalho no setor de serviços demanda a mobilização do saber-fazer, das competências e da subjetividade, visto que a reação dos trabalhadores é essencial para dominar os aspectos irregulares e inesperados do cotidiano laboral. Tais aspectos relacionam-se às circunstâncias materiais e organizacionais em que desenrola a prestação de serviço e às relações intersubjetivas pelas quais se efetiva a relação de serviço (ASSUNÇÃO; LIMA, s/d). Diante desse contexto, existiriam modos operatórios particulares, formas de agir adaptadas com base em saberes específicos para lidar com as dificuldades e variabilidades existentes no trabalho de acolhimento nas UBS?

No bojo da presente investigação, buscou-se identificar as adaptações elaboradas no curso da experiência individual e coletiva, as quais seriam competências necessárias à realização do acolhimento pelos profissionais. Segundo Montmollin (1995), as competências são descritas como “um conjunto de saberes e de saber-fazer, de procedimentos, de tipos de condutas e de raciocínios que os trabalhadores constroem e modificam no decorrer de sua atividade”. A mobilização das competências favorece a realização das funções dos profissionais, a antecipação dos possíveis erros e problemas desencadeados durante a atividade. São construídas mediante o desenvolvimento das tarefas ao longo da vida laboral e refletem traços da formação profissional e da experiência de trabalho (WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007; GUÉRIN *et al.*, 2004).

A competência individual dos trabalhadores permite aprendizagens sociais e de comunicações em todos os momentos do trabalho: a montante, na formação do indivíduo e no preparo coletivo das situações de trabalho; no imediato ou durante as redes de comunicação que o indivíduo mobiliza para enfrentar uma situação complexa; e a jusante, nos balanços e nas avaliações conjuntas realizadas pelas pessoas envolvidas na situação (ZARIFIAN, 2001).

Contudo, o conhecimento da atividade realmente efetuada pelos trabalhadores vem sendo desconsiderado pelos gestores das instituições de saúde ao estabelecerem normas e regulamentações a serem seguidas (SANTANA, 1993), restringindo a prescrição da tarefa a um objetivo para as práticas de saúde. A falta de conhecimento da gestão sobre a prática real de trabalho compromete ainda mais a atuação dos profissionais e a qualidade do atendimento. Sendo assim, conhecer a realidade de trabalho no acolhimento das UBS, foco desta pesquisa, pode fornecer elementos para a elaboração de políticas voltadas para a melhoria dos sistemas de saúde.

O estudo está estruturado em seis partes, sendo a primeira o referencial teórico com a caracterização e contextualização do campo de estudo: bases da atenção básica no SUS em Belo Horizonte, as diversas definições de acolhimento e o acolhimento em Belo Horizonte. Nesta primeira parte são descritas também as dimensões gerais do trabalho no setor da saúde e o objeto do estudo, que são as competências profissionais mobilizadas no acolhimento pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros. A segunda parte apresenta os objetivos que norteiam o presente estudo. A terceira expõe a proposta metodológica, com a definição dos

pressupostos, o delineamento da pesquisa e a análise utilizada para os dados coletados. A quarta enfoca os resultados obtidos por meio da análise qualitativa, sendo evidenciadas as competências profissionais e o trabalho de acolhimento na UBS selecionada. A quinta faz uma discussão dos resultados à luz da literatura nacional e internacional sobre competências. E, finalmente, a sexta parte traz as considerações finais da pesquisa desenvolvida.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), A ATENÇÃO BÁSICA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA -PSF

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em resposta à crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e do amplo movimento nacional pela Reforma Sanitária (BOTTI; SCOCHI, 2006; CUNHA; CUNHA, 1998; PAIM, 1999; SOUZA, 2002).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se um direito de todos os cidadãos e responsabilidade do Estado (BRASIL, 1988). O novo sistema de saúde foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90, a qual definiu critérios para o desenvolvimento das ações e serviços nas três esferas públicas do governo e serviços privados, tanto contratados como conveniados (BRASIL, 1990). Os princípios norteadores do SUS abrangem a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a participação da comunidade e a descentralização (BRASIL, 1988; CUNHA; CUNHA, 1998; PAIM, 1999).

Vale ressaltar que diversas ações humanizadas, solidárias e mais resolutivas, vêm sendo desenvolvidas pelo SUS na tentativa de se aproximar dos usuários. Nessa direção, a implantação de diretrizes assistenciais como o vínculo, a continuidade, a territorialidade, o planejamento local e a promoção da saúde demonstram a preocupação do sistema em melhorar as atividades oferecidas aos indivíduos, como também à população (CAMPOS, 2003).

Para vários autores, o sistema de saúde vigente obteve muitos avanços, mas convive com vários desafios a serem superados, visto que ele se mantém em construção por meio de práticas diárias de seus gestores, profissionais de saúde e usuários (CUNHA; CUNHA, 1998; LEVCOVITZ *et al.*, 2001; BRASIL, 2006a; NORONHA; SOARES, 2001; SANTOS; CUTOLO, 2003).

Para Campos (2003), a atenção básica evidencia um grande progresso alcançado pelo SUS, possibilitando um aumento expressivo da qualidade dos serviços básicos e da cobertura assistencial às populações.

A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde e contato preferencial dos usuários no sistema (BRASIL, 2008b), suas ações envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2006b).

A qualidade de vida e o ambiente de convivência das pessoas são descritos como foco da proposta de atenção básica e o fundamento de suas práticas de trabalho reside nos princípios básicos da Constituição Federal, bem como na resolutividade, na intersetorialidade e na humanização do atendimento (BRASIL, 2006b).

As UBS são consideradas como “porta de entrada” dos usuários na rede de saúde e local da prestação de serviços básicos à população (BRASIL, 2008a; CAMPOS, 2003). O atendimento aos indivíduos visa garantir o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias tanto à prevenção quanto ao enfrentamento das doenças, na tentativa de se prolongar a vida (BRASIL, 2008a).

A estratégia prioritária da atenção básica é o Programa de Saúde da Família- PSF (BRASIL, 2006b). A implantação do PSF desencadeou uma mudança de paradigma no setor, cujo foco de atuação passou a privilegiar a família e a comunidade, bem como as atividades de promoção e prevenção da saúde, em detrimento do assistencialismo curativo centrado no indivíduo (SANTOS; CUTOLO, 2003).

O PSF compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, desempenhadas por uma equipe de saúde da família (ESF), multidisciplinar, composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada ESF se responsabiliza, no máximo, por 4.000 habitantes, ou 600 a 1.000 famílias (BRASIL, 2006b; CONILL, 2002; SANTOS; CUTOLO, 2003; SENNA, 2002).

As atividades desenvolvidas pelas ESF vão desde o cadastramento dos indivíduos referentes à sua área de atuação, diagnóstico situacional até a continuidade do cuidado por meio de uma assistência integral ao usuário (ALVES, 2005; AQUINO; BARRETO, 2008; BRASIL, 2006b; REIS *et al.*, 2007).

Dentre as várias características do processo de trabalho das equipes, destaca-se a implementação pelos profissionais das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) em especial, o acolhimento. O acolhimento, como uma escuta qualificada dos usuários deve estar presente em todas as ações realizadas pelas ESF, proporcionando um atendimento humanizado e com estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2006b). A prática do acolhimento possibilita a otimização do atendimento, a diminuição das filas, a hierarquização dos riscos e o direcionamento do usuário para os outros níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2004).

A elaboração da PNH, em 2004, resultou das necessidades de mudança nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, visto que os trabalhadores mostravam-se despreparados em relação à dimensão subjetiva do atendimento aos usuários (BRASIL, 2004; RIZOTO, 2002).

A proposta de Humanização é considerada uma estratégia para enfrentar criativamente as limitações práticas que permeiam o SUS e dificultam a resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da população (AYRES, 2004). Sendo assim, os critérios de Humanização auxiliam no modo de intervenção dos profissionais, cuja função é obter a cura ou o bem-estar daqueles que procuram os serviços de saúde, cabendo aos trabalhadores a responsabilização por cada usuário, entendendo-o como um todo, com todas as suas necessidades (FERREIRA, 2005). É indispensável que o profissional permita o diálogo, se interesse pelo que o outro diz, sobre sua vida e seus problemas, utilizando-se da afetividade e da sensibilidade como valores intrínsecos ao “ato de cuidar” (CASATE; CORRÊA, 2005). Contudo, evidências identificadas anteriormente como no estudo de Machado *et al.* (2008) sobre o paradoxo entre a tarefa prescrita pela organização e a atividade real exercida pelas auxiliares de enfermagem no acolhimento e na dispensação de medicamentos de uma UBS de Belo Horizonte, indicam que a coerência e a explicitação dos princípios de Humanização não estariam direcionando, nem reconhecendo as exigências da tarefa e os modos operatórios desenvolvidos pelos trabalhadores em situações reais de trabalho.

2.1.1 A ATENÇÃO BÁSICA E O PSF EM BELO HORIZONTE

No município de Belo Horizonte, a atenção básica está estruturada em uma rede de centros de saúde organizada em nove distritos, também chamados de territórios ou áreas de abrangência. Além dos atendimentos médicos e de enfermagem à demanda espontânea, esses centros de saúde desenvolvem atividades específicas de vigilância por meio de visitas domiciliares e ações coletivas (BELO HORIZONTE, 2008).

O processo de implantação do PSF iniciou-se em fevereiro de 2002, quando vários trabalhadores foram contratados para atuar inicialmente nas equipes com populações de maior risco de vulnerabilidade sócio-econômica (BELO HORIZONTE, 2006). Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) conta com um total de 523 equipes de saúde da família e 147 centros de saúde (BELO HORIZONTE, 2009).

Vale lembrar que alguns estudos relatam dificuldades para a consolidação do PSF no município de Belo Horizonte, tais como: a falta de médicos nas ESF (BRASIL, 2006b; CONILL, 2002; BELO HORIZONTE, 2006; RONZANI; SILVA, 2008) e as inadequações de espaço físico, insumos e equipamentos nas UBS. Essas inadequações resultam na aglomeração de vários trabalhadores e equipes em um mesmo local, comprometendo o gerenciamento, o processo de trabalho, o acesso da população e a qualidade do atendimento (BELO HORIZONTE, 2006).

Na tentativa de contornar os vários problemas existentes na rede de atenção básica e garantir os princípios do SUS à população do município, a SMSA vem preconizando a humanização do atendimento, a qualidade da assistência, a intersetorialidade e a educação permanente dos trabalhadores. Estimula-se, ainda, o desenvolvimento de estratégias pelos profissionais para atender à demanda espontânea, a viabilização da atenção integral e a realização do acolhimento como prática de todas as ações dos serviços de saúde (BELO HORIZONTE, 2006).

2.2. ACOLHIMENTO

2.2.1 CONCEITOS DE ACOLHIMENTO

O acolhimento é parte fundamental das ações de atenção e gestão das UBS, cujo objetivo é construir uma relação de confiança e compromisso das equipes com os usuários (BRASIL, 2006a).

Para Ferreira (1986, p. 34), acolher é “dar acolhida, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, receber, admitir, aceitar”. A literatura apresenta diversos conceitos de acolhimento, contudo, as opiniões dos autores convergem para um trabalho humanizado, usuário-centrado, com predomínio de uma escuta sensível, resolutiva e de qualidade que permite o acesso aos vários níveis de complexidade do SUS (FRANCO *et al.*, 2006; MALTA, 2001; BRASIL, 2006a; RAMOS; LIMA, 2003; ROSSI; LIMA, 2005; SCHIMITH, 2002; SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2000; SILVA; ALVES, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

De acordo com a PNH, o acolhimento configura-se como um recurso para humanizar as práticas de saúde, mesmo que alguns serviços o entendam apenas como uma ação individual e isolada, tal como uma recepção ou triagem administrativa. Nessa lógica do acolhimento como recepção ou triagem, o usuário é encaminhado nos diversos níveis do SUS, desconsiderando a produção do vínculo e a responsabilização dos trabalhadores pelos indivíduos, agindo de forma incoerente com a sua verdadeira proposta (BRASIL, 2006a).

O acolhimento, portanto, consiste em “um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos os que procuram os sistemas de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas aos usuários” (BRASIL, 2006a, p. 21). Se necessário, os profissionais devem garantir o acesso dos usuários aos outros níveis do sistema para a continuidade do tratamento.

O acolhimento tornou-se um elemento primordial do atendimento, favorecendo a atuação do profissional no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003). Silveira *et al.* (2004) definem o acolhimento como uma escuta sensível ou ato de receber bem, ouvir o usuário, estar atento à demanda, compreender e solidarizar-se por ela.

Já para Franco *et al.* (2006), o acolhimento determina as dinâmicas e os critérios de acessibilidade dos usuários, originando uma nova forma de agir em saúde. Por meio desse dispositivo, são introduzidas modificações no cotidiano dos serviços, em torno de uma atuação que contempla o usuário e se compromete com a defesa da vida individual e coletiva. Os autores apontam a utilização das tecnologias leves ou relacionais (trabalho vivo em ato) pelos trabalhadores no encontro com os indivíduos, com o objetivo de desenvolver relações de escuta, vínculo e responsabilização.

Vários autores definem o acolhimento como uma postura do trabalhador de se colocar no lugar do usuário, para entender os seus problemas e necessidades, direcionando-o para o local mais adequado no sistema de saúde (RAMOS; LIMA, 2003; ROSSI; LIMA, 2005; SCHIMITH, 2002). Alguns estudos demonstraram que antes da implantação do acolhimento, os usuários procuravam a UBS em busca exclusivamente do atendimento médico. Como consequência, as filas para esse atendimento apresentavam-se cada vez maiores, além de uma baixa resolubilidade dos problemas de saúde da população (LEITE *et al.*, 1999; BELO HORIZONTE, 2006). Com o acolhimento, houve o rompimento das agendas fechadas e pré-definidas, redirecionando a demanda espontânea para as atividades organizadas, também chamadas de ofertas programadas (SOLLA, 2005).

Outra modificação do processo de trabalho decorrente do acolhimento diz respeito ao estímulo dos usuários à conquista de sua autonomia e desenvolvimento de hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Essa nova forma de atuação dos trabalhadores busca uma postura sensibilizada e preocupada em acompanhar os indivíduos, em detrimento de intervenções isoladas e parciais (SILVEIRA *et al.*, 2004). No entanto, a construção de uma relação de ajuda entre profissional e usuário depende do envolvimento de ambos os atores. O profissional administra a situação, por meio de comportamentos de acolhida tanto verbais quanto não-verbais, e, em resposta, cabe ao indivíduo demonstrar interesse por esse cuidado e buscar ações possíveis para a resolução de seus problemas de saúde (CAMELO *et al.*, 2000).

Sob esse ponto de vista, o cuidado e o acolhimento são indissociáveis, visto que a cada encontro do profissional com os usuários na UBS podem ser desenvolvidos pontos de tensão ou acolhimento, que poderão ou não resultar em cuidado (SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2000). Para Santos *et al.* (2007), quando os encontros estabelecem uma relação acolhedora, é

possível a conquista da saúde em toda a sua integralidade.

Para fins deste estudo, será utilizada a definição de acolhimento descrita por Takemoto e Silva (2007), uma vez que as autoras conceituam o acolhimento como uma postura sensibilizada do trabalhador presente em todos os momentos do processo de produção dos serviços em saúde, bem como uma etapa do trabalho cujo objetivo é receber a demanda espontânea, aumentar o acesso e humanizar as ações de recepção dos indivíduos. Para as autoras, as duas possibilidades de acolhimento não são excludentes; ao contrário, podem estar presentes, ao mesmo tempo, em qualquer serviço de saúde.

2.2.1.1 O ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Na Rede Municipal de Belo Horizonte, a implantação do acolhimento como recepção do usuário iniciou-se em 1995, sendo, portanto, anterior à criação da PNH, com o objetivo de garantir a resposta à demanda espontânea nas UBS. Com essa medida, esperava-se ultrapassar a lógica programática segundo a qual os indivíduos que não se enquadravam nos programas e prioridades determinadas pelo sistema eram retirados das filas de atendimento (BELO HORIZONTE, 2006).

Para o Documento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte sobre a Organização da Atenção Básica, o acolhimento representa um espaço para a escuta qualificada, bem como a possibilidade de distinção do risco e da vulnerabilidade dos usuários. Por meio dessa escuta, torna-se possível um trabalho em equipe que contemple os novos saberes e as tecnologias dos profissionais (BELO HORIZONTE, 2006).

As UBS possuem autonomia para organizar o seu acolhimento; entretanto, a gestão prioriza sua viabilização durante o horário integral de atendimento. As ESF são responsáveis pela realização do acolhimento em um horário determinado do dia e pela seleção de um profissional para atender aos casos agudos no restante da jornada. A escuta sensibilizada e atenta da demanda espontânea tornou-se tarefa das auxiliares de enfermagem e/ou enfermeiras das equipes. Em caso de dúvidas ou de necessidade de apoio para a condução dos casos, os médicos são solicitados pelos outros membros da equipe (NESCON, 2007; BELO HORIZONTE, 2006).

Em outro estudo viu-se que o acolhimento de três UBS de Belo Horizonte há dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores durante a escuta inicial dos problemas dos usuários. Na tentativa de minimizar essas dificuldades e imprevistos do cotidiano de trabalho, os profissionais elaboravam modos operatórios com base nas competências adquiridas pela formação profissional e pela prática de trabalho, para garantir aos usuários um atendimento de qualidade, resolutivo e satisfatório (NESCON, 2007).

2.3 O TRABALHO EM SAÚDE

O serviço em saúde possui dimensões de consumo e de produção, envolvendo múltiplos interesses: de um lado, das diferentes clientela, e, de outro, dos seus vários profissionais e gestores (SANTANA, 1993). No setor saúde, diferentemente da produção material, não se conhece o fluxo de pessoas e de suas necessidades de saúde, gerando maior dificuldade de planejamento quanto ao custo/benefício das ações (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Como em qualquer organização, os serviços de saúde dependem inteiramente de seus integrantes, trabalhadores e representantes institucionais. Os profissionais que se encontram na “ponta da linha” controlam com mais facilidade o processo produtivo (SANTANA, 1993). Esses indivíduos são detentores de um amplo conjunto de saberes e modos de fazer: os chamados “atos de cuidar”, cujo foco centra-se nos usuários e no mundo de suas necessidades (MERHY, 2006).

De um lado, o trabalho em saúde é repleto de sentido, já que seu objeto é a saúde das pessoas, se configurando em um ato essencialmente humano (ASSUNÇÃO, s/d). De outro, o trabalho em saúde é considerado um trabalho coletivo institucional, desenvolvido de acordo com as especificidades profissionais e, ainda, caracterizado por uma divisão parcelar ou pormenorizada das tarefas e da lógica taylorista de gestão e organização da produção (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Outra característica do trabalho em saúde é o elevado grau de divisão das tarefas, com a criação de novas categorias profissionais e ocupacionais nos serviços prestados. A fragmentação das profissões em especialidades e subespecialidades provocada pelo aumento da complexidade do processo de trabalho e desenvolvimento tecnológico divide ainda mais o conhecimento e a prática dos profissionais (MACHADO, 2000; SANTANA, 1993). Segundo Schraiber *et al.* (1999), a realização de ações isoladas e justapostas pelos diferentes profissionais de um mesmo serviço de saúde sem articulação e comunicação não permite o desenvolvimento de ações eficazes e eficientes em uma perspectiva de atenção integral ao usuário.

Como alternativa para se evitar a fragmentação do trabalho em saúde apresenta-se o desenvolvimento da forma coletiva de trabalho, integrando os vários profissionais, cuja função está relacionada à operacionalização das atividades definidas pela estrutura institucional. Trabalhar em equipe sugere certo conhecimento da função desempenhada pelo outro, a valorização do cuidado, a delimitação de objetivos pelos profissionais e conseqüentemente, a obtenção de resultados concretos (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Outra característica do trabalho em saúde diz respeito à possibilidade de se articular os saberes específicos de cada profissional na produção do cuidado, conectando as diversas funções e promovendo o compartilhamento de informações referentes aos indivíduos e à população.

Um exemplo típico desse trabalho de equipe é o PSF, em que a atuação coletiva dos profissionais tem buscado a superação das práticas e das relações verticalizadas presentes em muitos estabelecimentos de saúde. O trabalho multidisciplinar e integrado (ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeira e médicos) contribui para o melhor planejamento das ações, além da realização de práticas concretas e efetivas para a população sob sua responsabilidade.

A literatura afirma que a presença do usuário junto aos trabalhadores e gestores no planejamento e desenvolvimento dos processos de trabalho gera efeitos significativos, os quais fortalecem as ações cotidianas dos profissionais. A integração entre esses três atores (gestores, trabalhadores e usuários) favorece um novo modelo de assistência à saúde, baseado nas relações de cidadania, visto que a função de cada indivíduo não pode ser desenvolvida

pelo outro, mas, somente, em conjunto com o outro (BOTTI; SCOCHI, 2006; PINHEIRO *et al.*, 2007).

De acordo com Merhy (2006), existem três tipos de tecnologia relacionados às ações dos profissionais de saúde no “*ato de cuidar*” dos usuários: tecnologia leve, leve-dura e dura. A tecnologia dura diz respeito aos equipamentos e máquinas do local de trabalho; a tecnologia leve-dura refere-se aos saberes tecnológicos, clínicos e epidemiológicos; e a tecnologia leve está ligada aos modos relacionais de agir, na produção dos atos de saúde.

Acatando a proposição de Merhy (op.cit.), pode-se dizer que o trabalho no acolhimento centra-se nas necessidades dos usuários e na busca da resolução dos seus problemas, sendo necessário, para isso, o emprego das tecnologias leve e leve-dura. O profissional busca estabelecer uma relação de confiança com o indivíduo e conhecer relativamente sobre algumas doenças a fim de encaminhá-lo para a assistência de saúde mais efetiva.

Durante esses processos intercessores entre usuários e trabalhadores de saúde, são produzidas ações individuais ou coletivas cujo objetivo é buscar a prevenção, promoção e recuperação da saúde. A “tecnologia leve” torna-se fundamental na qualidade e no custo final da intervenção ou assistência prestada pelos profissionais (MERHY, 2006).

Nessa perspectiva, Machado (2000) apresenta a estratégia desenvolvida pelos trabalhadores na atenção básica, frente à revolução tecnológica no setor saúde. A ênfase dada pelos profissionais ao aspecto preventivo, como o esclarecimento das doenças e necessidades dos usuários, bem como a conscientização referente a uma melhor qualidade de vida, demonstram uma preocupação em evitar a procura por serviços mais sofisticados e com alta complexidade, cuja acessibilidade é bastante limitada.

2.3.1 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

As exigências do sistema de saúde demandam mecanismos de gestão capazes de proporcionar sistemas confortáveis e seguros, evitando, assim, a insatisfação e o esgotamento dos recursos humanos (ASSUNÇÃO, s/d).

A produtividade e a qualidade dos serviços produzidos para a sociedade são marcadamente influenciadas pelo tratamento oferecido aos trabalhadores no seu local de trabalho. Nesse sentido, muitos profissionais têm abandonado a saúde pública pela convivência com baixos salários, condições precárias de atuação e ausência de incentivos e infra-estrutura que favoreçam a realização dos serviços (MACHADO, 2000). Segundo Assunção (s/d), o trabalhador da saúde muitas vezes é encarado como um instrumento para prover os serviços, e não como um sujeito que pode comprometer sua vida e saúde em decorrência das condições de trabalho vivenciadas.

Para Santana (1993), a gestão do trabalho em saúde destina-se a: eliminar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais; mediar os conflitos de interesse que aparecem nos ambientes de trabalho, tanto na equipe profissional, como conflitos com os usuários; e colaborar no controle da produção e qualidade do atendimento.

Machado (2000) afirma que os profissionais são responsabilizados pelos gestores a desenvolver uma boa relação com os usuários nos serviços de saúde. No entanto, a autora pondera sobre a responsabilidade dos gestores em garantir um ambiente adequado e condições de trabalho compatíveis para a atuação dos profissionais.

Sob esse prisma, seria desejável uma gestão dos estabelecimentos de saúde capaz de reconhecer o papel central dos profissionais na organização, promovendo no âmbito institucional a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, responsabilizando-os para com os objetivos e práticas institucionais (SANTANA, 1993).

Vale ressaltar que toda ação é dotada de intenção, que, por sua vez, não reflete apenas o modo de executar o trabalho, do ponto de vista técnico-científico, mas também incorpora o seu projeto social, razões e propósitos histórico-sociais. Diante disso, toda ação de trabalho precisa ser reconhecida como intenção técnica, ética e política em ato (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

No acolhimento, a gestão do trabalho realizada pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros vem acompanhada de um grande esforço para receber o usuário e garantir o seu atendimento. As estratégias construídas pelos profissionais têm, em sua maioria, o propósito de evitar constrangimentos com os pacientes e deles com a instituição, sendo indispensável, para isso, que os profissionais mobilizem as competências desenvolvidas durante sua formação profissional e por meio da experiência de trabalho.

2.4 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

2.4.1 CONCEITOS GERAIS

Diversos campos de conhecimento, como a administração, a ergonomia e a educação, abordam o termo “competências”, porém com definições semelhantes para tratar de diferentes aplicações (LEPLAT, 1991; MAGGI, 2006; STROOBANTS, 2006; WITTORSKI, 1997).

Para Ferreira (1986), o termo competências refere-se ao sujeito que é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade.

Os conceitos sobre competências nas áreas da administração, da educação e da ergonomia serão apresentados a seguir. No entanto, por ser o interesse deste estudo, será destacada a noção de competência na ergonomia, calcada nos pressupostos teórico-metodológicos da escola francesa. No Quadro 1 são apresentados os conceitos de competências nos campos da administração, educação e da ergonomia.

Na esfera da administração, a competência diz respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes do indivíduo que orientam o seu trabalho. Pode ser considerada como um saber agir responsável e reconhecido, que possibilita ao trabalhador mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades. Nessa direção, a competência produz valor econômico para a organização e valor social para o indivíduo (FLEURY, 2000).

As empresas utilizam a noção de competência para avaliar a ação e a performance dos seus contratados (MANFREDI, 1998; STROOBANTS, 2004), além de determinar os conhecimentos e as habilidades necessárias para lidar com as exigências das situações

concretas de trabalho ligadas aos modelos de produção e gestão do capital (FLEURY, 2000; MAGGI, 2006; MANFREDI, 1998; ZARIFIAN, 2001). A busca pela melhoria do desempenho dos trabalhadores, com conseqüente elevação da produtividade e qualidade dos serviços, tem estimulado as empresas a investirem cada vez mais na modernização de sua gestão e no aumento da competência de seus funcionários.

Na esfera educacional, as competências são tratadas durante a formação dos indivíduos no âmbito escolar, nos cursos profissionalizantes e de nível superior. Nesse contexto, as competências significam a capacidade de mobilizar recursos cognitivos para enfrentar e solucionar uma situação ou problema (PERRENOUD, 1999). A introdução de conhecimentos teóricos e práticos nos diversos currículos possibilita a construção de competências que permitem ao indivíduo agir de forma eficaz no seu dia-a-dia (ASSAD; VIANA, 2003; PERRENOUD, 1999; THERRIEN; LOYOLA, 2001).

No caso do ensino profissional, o currículo baseado em competência fundamenta-se na análise do processo de trabalho, da qual se constrói uma matriz referencial, cuja abordagem metodológica baseia-se em projetos ou resoluções de problemas, como nas situações vivenciadas na área profissional. Embora as competências sejam dinâmicas, mutáveis e flexíveis, uma estreita relação entre escola e empresa possibilitaria a inclusão de conteúdos reais do trabalho nos currículos escolares (RAMOS, 2002).

Nessa perspectiva, Assad e Viana (2003) afirmam que a formação do enfermeiro atuante na área hospitalar está relacionada à sua experiência assistencial. Para as autoras, o processo de formação deve conciliar a fundamentação teórica à prática laboral a fim de favorecer o conhecimento do profissional a respeito do seu ambiente de trabalho, possibilitar sua reflexão sobre as ações realizadas, estimular seu poder de argumentação e de intercambiar experiências com a equipe. Assim, o profissional poderá manifestar no ambiente educativo as suas potencialidades individuais, seus conhecimentos apreendidos, as experiências adquiridas ao longo da vida pessoal e acadêmica.

Alguns países, como a Austrália, a Nova Zelândia e a Espanha, vêm desenvolvendo metodologias de capacitação profissional baseadas nas competências, favorecendo, assim, uma estreita ligação entre educação e sistemas produtivos. Nesse enfoque, são contemplados

os conhecimentos, as atitudes e as habilidades necessárias aos indivíduos para o trabalho nas indústrias, de forma a suprir as necessidades produtivas das empresas, bem como suas perspectivas de mercado (GILS, 1997; GONCZI, 1997). De acordo com Ramos (2002), o profissional inserido nas organizações é supostamente detentor de conhecimentos e saberes que propiciam resultados positivos aos seus contratantes.

Para fins deste estudo, optou-se por tratar a atividade dos trabalhadores do acolhimento à luz do modelo teórico-metodológico da ergonomia. Nesse campo, os autores sustentam que as competências são desenvolvidas no processo de trabalho e aplicadas nas diversas situações vivenciadas pelo trabalhador ao longo de sua vida profissional (GUÉRIN *et al.*, 2004; MONTMOLLIN, 1996; WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007). Esses “saberes” refletem traços da formação, experiência de trabalho e constrangimentos gerados frente às ações efetuadas pelo trabalhador (GUÉRIN *et al.*, 2004; WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007).

Ao enfatizar as competências, há uma valorização do saber-fazer do trabalhador, assim como de sua subjetividade, relacionada às atitudes, comportamentos e saberes tácitos empregados no trabalho. O indivíduo mobiliza competências específicas para cada uma das situações vivenciadas, modificando-as simultaneamente para a ação e na ação.

Quadro 1. Conceitos de competências de acordo com o campo disciplinar

Campos disciplinares			
	Administração	Educação	Ergonomia
Conceito	Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes do indivíduo que orientam o seu trabalho	Capacidade de mobilizar recursos cognitivos para enfrentar e solucionar uma situação ou problema	Saberes manifestados no processo de trabalho e aplicados nas diversas situações com que o trabalhador se depara ao longo de sua vida profissional
Aplicação das competências	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a ação e o desempenho dos trabalhadores - Recrutamento de trabalhadores segundo o perfil requerido pela empresa - Gerar lucros para a empresa 	<ul style="list-style-type: none"> - Âmbito escolar: colocar em prática conceitos apreendidos em sala de aula - Âmbito profissional: inserir o profissional no mercado com saberes que podem gerar resultados positivos à empresa 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a realização do trabalho pelos profissionais mediante as variabilidades inerentes à atividade - Cumprir com os objetivos propostos pela empresa

2.4.2 COMPETÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: A NOÇÃO DA ERGONOMIA

Como relatado anteriormente, no município de Belo Horizonte os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros das ESF são responsáveis por receber o usuário com suas necessidades e problemas de saúde e decidir para onde encaminhá-lo na UBS. Durante esse processo de trabalho, os profissionais baseiam-se em conhecimentos teóricos e experiências para agir de forma resolutiva e com qualidade.

Esses conhecimentos e experiências utilizados pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros são definidos como competências, as quais, segundo Montmollin (1995), dizem respeito à conjunção de conhecimentos declarativos e procedimentais, representações, tipos de raciocínio e estratégias cognitivas que o sujeito constrói e modifica no decorrer de sua atividade. Os conhecimentos declarativos estão relacionados ao conhecimento sobre algo, e os conhecimentos procedimentais são aqueles que determinam que atitude o indivíduo deve realizar para obter um resultado.

As competências estão relacionadas a uma tarefa a ser cumprida, e, por meio de sua utilização, os trabalhadores são capazes de realizar suas funções frente às variabilidades da tarefa, antecipar os possíveis erros e perturbações no trabalho, além de melhorar a sua forma de trabalho (MONTMOLLIN, 1984).

Nessa linha, as competências também são metacconhecimentos que permitem ao trabalhador conduzir, explorar e melhorar o seu potencial no trabalho (TERSSAC, 1996). Esses metacconhecimentos referem-se aos conhecimentos que o trabalhador possui sobre suas próprias competências, as quais se originam no processo dinâmico que caracteriza a experiência de trabalho. Baseando-se nos numerosos dados de seu funcionamento cognitivo, o profissional determina a precisão, a eficácia e o custo de sua atividade. Em resposta a essa análise, o indivíduo consegue se adaptar dinamicamente às exigências e ao contexto de seu trabalho (VALOT *et al.*, 1993).

As competências tornam-se indispensáveis na realização das tarefas, visto que condicionam a relação entre os conhecimentos e a ação, a mobilização de saberes e experiências, contribuindo para a condução do trabalho. Ademais, a mobilização das competências facilita a interpretação das instruções, o preparo e o controle da forma de atuação dos profissionais. Por meio das competências, os trabalhadores constroem um espaço de reconhecimento pessoal em que cada um analisa seu modo de agir, compara com os demais colegas de trabalho, constrói sua identidade e aprimora suas qualidades.

O desenvolvimento das competências profissionais está diretamente ligado à diferença entre a “tarefa prescrita”, definida pela organização, e a “tarefa real”, relacionada ao trabalho propriamente dito (GUÉRIN *et al.*, 2004; LEPLAT, 1991; WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007). Portanto, para entender as competências, a análise do trabalho é fundamental, pois nela são consideradas as exigências da tarefa, as regras descritas pelo sistema e a gestão pelos profissionais dos recursos disponíveis (GAUDART; WEILL-FASSINA, 2001).

No caso do acolhimento, a gestão prioriza o atendimento de todos os usuários que buscam atendimento na UBS, porém desconsidera as variabilidades inerentes ao processo de trabalho, como a imprevisibilidade dos casos agudos, a ausência do médico e/ou enfermeiro da equipe, a demanda de usuários, dentre outros. O paradoxo entre a prescrição da tarefa e o trabalho real

dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem pode comprometer a qualidade e a eficácia do atendimento (NESCON, 2007).

A atividade desenvolvida pelos trabalhadores possibilita a interação de três pólos relacionados ao trabalho, sendo eles: o pólo “sistema”, o pólo “si mesmo” e o pólo “outros”. O pólo “sistema” refere-se à empresa, seus objetivos e meios disponíveis (ferramentas, matéria-prima, maquinário, dentre outros); o pólo “si mesmo” é relativo ao operador, suas funções e objetivos próprios, subjetividade, formação profissional, características fisiológicas e psicológicas; e o pólo “outros” está relacionado aos aspectos coletivos do trabalho (relacionamento inter-profissional e chefia) e à vida pessoal (GAUDART; WEILL-FASSINA, 2001).

2.4.2.1 CARACTERÍSTICAS DAS COMPETÊNCIAS

Os indivíduos podem ser competentes para uma tarefa ou uma classe de tarefas (WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007); no entanto, como sua atividade de trabalho é dinâmica e modifica-se constantemente, os trabalhadores adaptam seus objetivos e modos operatórios para executá-la, gerando novas situações de construção de competências (LEPLAT, 1991).

Em uma pesquisa realizada com ACS, observou-se a necessidade de se estudarem as competências e as responsabilidades atribuídas a esses profissionais, diferenciando a sua inserção institucional da sua inserção comunitária no trabalho. De acordo com os autores, a compreensão das particularidades existentes na atividade do agente comunitário de saúde frente aos outros profissionais da equipe, torna possível evidenciar as competências mobilizadas para a concretização de suas tarefas (FORTES; SPINETTI, 2004).

Diferentes competências podem ser mobilizadas pelo profissional para realizar uma mesma atividade ou obter um mesmo desempenho (LEPLAT, 1991; MONTMOLLIN, 1995; WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007). Segundo Leplat (1991), essa característica demonstra uma hierarquização do uso das competências, visto que os indivíduos podem utilizar primeiramente os saberes ou conhecimentos mais acessíveis para solucionar um problema, recorrendo àqueles mais complexos na falha dos precedentes.

Um estudo realizado no setor saúde demonstrou como os auxiliares de enfermagem utilizavam-se de habilidades específicas de negociação com as outras equipes para conseguir consultas médicas para os seus pacientes. A necessidade de negociação decorria da ausência de médico na equipe em situações que exigiam atendimento imediato aos casos agudos. Primeiramente, o auxiliar solicitava a vaga com o médico. Caso não conseguisse, o auxiliar sugeria a troca de um atendimento no dia por uma consulta em sua equipe no dia seguinte. No entanto, se o médico continuava dizendo *não*, o auxiliar procurava a gerente para tentar solucionar o problema ou fazia um registro sobre a atitude do médico, pedindo sua assinatura e responsabilizando-o pelo paciente (NESCON, 2007).

A aquisição das competências é atribuída tanto à formação profissional, por meio de instruções, escolas ou centros de formação, quanto à experiência profissional ou aprendizado pela ação (LEPLAT, 1991; MAGGI, 2006; SARMET, 2003; ZARIFIAN, 2001; WITORSKI, 1997). À medida que os trabalhadores avançam na carreira profissional, ocorre uma evolução do saber teórico, a partir de sua aplicação na prática.

Vale ressaltar que os conhecimentos e raciocínios empregados pelos profissionais não decorrem simplesmente dos treinamentos promovidos pelas empresas, mas são desenvolvidos diante das lacunas das prescrições, pois sabe-se que a hierarquia não controla e, em grande parte, desconhece esses saberes (MONTMOLLIN, 1995; GUÉRIN *et al.*, 2004).

O estudo de Assad e Viana (2003), realizado com os enfermeiros do setor de neonatologia, demonstrou que a prática aliada à teoria é indispensável para que o profissional desenvolva suas ações com autonomia. Dessa forma, o enfermeiro abandona as regras impostas pelos manuais e cria seu próprio esquema de ação, tornando mais eficiente e qualificada a assistência prestada aos pacientes.

O desconhecimento da gestão pode ser atribuído, em parte, às características das competências tácitas, as quais não são verbalizáveis e se manifestam na prática, como o saber-fazer, o “golpe de vista” e o “jeito com as mãos”. As competências explícitas e relatáveis, por sua vez, predominam-se pela utilização dos componentes cognitivos, ou seja, soluções de problemas e decisões (LEPLAT, 1991; WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007).

Nessa direção, Stroobants (2004) afirma que as competências revelam-se em função dos “saberes”, do “saber-fazer” e do “saber-ser”. Segundo a autora, o “saber-fazer” designa as funções adquiridas na prática, como tarefas, regras, procedimentos e informações próprias da situação em questão. Entretanto, o “saber-ser” diz respeito a uma série de qualidades pessoais definidas como ordem, método, polidez, autonomia, dentre outros.

Por outro lado, Minet (1995) descreve a existência dos saberes formalizados, facilmente transmissíveis e, em todo caso, acessíveis; e dos saberes da ação, colocados em prática no cotidiano de trabalho. Os saberes formalizados manifestam-se pelos saberes teóricos e pelos saberes procedimentais. Os saberes teóricos ou disciplinares são necessários à descrição e compreensão da ação, bem como à criação de novos procedimentos frente aos problemas vivenciados. Já os saberes procedimentais permitem que os saberes teóricos sejam operacionalizados na prática real de trabalho, em função de uma dada intenção.

Os saberes da ação dividem-se em saberes práticos e saber-fazer, sendo que os saberes práticos são colocados em prática dentro de um raciocínio pessoal, não formalizado, geralmente de difícil análise, e o saber-fazer está relacionado ao repertório de atos ou maneiras que o indivíduo dispõe para realizar uma dada ação.

2.4.2.2 A CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

As competências são adquiridas ao longo de toda a vida profissional e se manifestam na atividade por evoluções das representações das situações e de sua gestão. Existe uma adaptação, assim como uma regulação dos indivíduos diante dos constrangimentos que enfrentam no trabalho.

A autonomia oferecida aos trabalhadores frente às regras prescritas pela gestão do trabalho é de grande importância na construção e evolução das competências. Citam-se também a reorganização temporal dos indivíduos durante as tarefas, as regulações entre as equipes frente às necessidades da atividade, bem como o desenvolvimento de regulações pré-corretoras para compensar os acasos previsíveis. Em condições de trabalho limitantes, a evolução das competências torna-se dificultada, entretanto a literatura afirma que podem

aparecer estratégias de ação mesmo sob pressão temporal em pessoas experientes (AMALBERTI, 1991; LEPLAT, 1991; MONTMOLLIN, 1995; WEILL-FASSINA; PASTRÉ, 2007). Sendo assim, a utilização e a evolução de suas competências, que podem ser tanto individuais como desenvolvidas em um coletivo de trabalho (WITTORSKI, 1997).

Após a concretização de uma tarefa, as competências originadas pelo trabalhador facilitam o aprendizado e a execução de outras tarefas, uma vez que os novos conhecimentos adquiridos podem se articular com aqueles preexistentes, sendo reestruturados e ajustados na tentativa de gerar um resultado. Nesse caso, o tempo de experiência profissional interfere diretamente, já que os trabalhadores de um mesmo posto de trabalho podem conceber diferentes modos operatórios (LEPLAT, 1991; VALOT *et al.*, 1993). Como as competências variam entre os profissionais, sobretudo aqueles com diferentes formações, espera-se que a identificação de modos operatórios presentes no trabalho de acolhimento dos usuários possa contribuir com as futuras discussões sobre o trabalho da equipe e com a melhoria do processo de atendimento dos serviços de saúde.

De acordo com Zarifian (2001), o indivíduo pode lidar de três maneiras com as situações inesperadas, também chamadas de eventos: antes, durante e depois. Antes do evento, o profissional consegue perceber indicativos de um problema iminente e emprega formas para tentar preveni-lo ou contorná-lo. Durante o evento, o trabalhador intervém de forma ativa e pertinente na situação, na maioria das vezes sobre forte pressão temporal. Depois do evento, o sujeito reflete sobre o acontecimento, procurando entendê-lo e analisando sistematicamente para evitar a sua repetição.

2.4.2.3 COMPETÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE

Na literatura são descritas inúmeras competências requeridas para o trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no ambiente hospitalar, assim como nas UBS. Dentre elas foram identificadas na presente pesquisa as que seguem:

Gestão dos atendimentos – Capacidade do profissional de gerenciar o seu trabalho, por meio de ações individuais ou coletivas, acompanhando, avaliando e reorientando a prestação do

cuidado sob sua responsabilidade. Busca-se por meio dessa competência solucionar as necessidades dos indivíduos, tendo em vista a efetividade das ações (BRASÍLIA, 1999).

Saber diagnosticar – Essa competência possibilita ao profissional associar os dados clínicos e os aspectos psicossociais dos usuários para realizar um diagnóstico efetivo de enfermagem (ALMEIDA, 2004; GARDNER *et al.*,2006; ZHANG *et al.*,2001).

Habilidade Afetiva - Capacidade do profissional em demonstrar sensibilidade, responsabilização, paciência e boa vontade ao lidar com o paciente, assim como preocupação pelo conforto e bem-estar do mesmo (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; ZHANG, *et al.*,2001).

Saber comunicar – Capacidade dos trabalhadores de dialogar efetivamente com os usuários e com os colegas de trabalho, construindo de maneira co-responsável um serviço resolutivo e que produza a autonomia do paciente e da sua família (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2008 ZHANG *et al.*,2001)

Habilidade em lidar com o usuário agressivo/ auto-controle - Permite que o profissional mantenha-se calmo e paciente sobre as situações estressantes do trabalho, controlando suas emoções e agindo corretamente (ZHANG *et al.*,2001). Esta competência foi adaptada para o presente estudo, uma vez que o usuário agressivo gera um momento de perturbação na UBS.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as competências mobilizadas pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Estudar o trabalho no acolhimento realizado pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte.
- 2 Identificar as competências mobilizadas pelos profissionais diante das particularidades e exigências do trabalho.
- 3 Identificar os critérios de tomada de decisão quanto ao encaminhamento dos usuários na UBS.
- 4 Fornecer subsídios para a formulação de programas de capacitação dos trabalhadores do SUS.

4. MÉTODOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PESQUISA

A pesquisa utilizou a abordagem da ergonomia, tomando como método de ação a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Segundo Garrigou *et al.* (1995), a AET possibilita compreender a atividade dos trabalhadores, resultante de um conjunto de determinantes, sendo alguns do sistema (organização formal do trabalho, constrangimentos de tempo e de qualidade, design dos postos de trabalho) e outros do próprio trabalhador (idade, características antropométricas, experiência).

A AET faz uma distinção entre tarefa e atividade, sendo a tarefa referente ao que deve ser feito, o que é prescrito pela empresa, e a atividade relacionada ao que efetivamente é realizado, ou seja, como o sujeito efetua a tarefa (FALZON, 2007). A análise da atividade busca por meio de observações e entrevistas *in loco* identificar o comportamento do trabalhador, suas estratégias operatórias, conhecimentos tácitos, processos de decisão e a interação com outros indivíduos em uma dada situação (GARRIGOU *et al.*, 1995).

Neste estudo, a complexidade do problema investigado justificou a realização da AET, no intuito de analisar as competências mobilizadas pelos profissionais do acolhimento frente às dificuldades, constrangimentos e imprevistos vivenciados no cotidiano de trabalho.

4.2 ESTUDO EXPLORATÓRIO

Anteriormente à coleta de dados, foi realizado um estudo exploratório da organização do acolhimento na UBS. Um levantamento bibliográfico sobre o tema tornou-se necessário para se conhecer a produção científica na área e embasar a coleta dos dados.

Selecionou-se o acolhimento como campo de estudo uma vez que este é o primeiro contato do usuário na Unidade, situando-se em uma posição de centralidade do fluxo e sendo, ainda, um momento de tomada de decisões quanto ao encaminhamento dos indivíduos no sistema de saúde. Foram realizadas observações gerais e entrevistas semiestruturadas com o médico, enfermeiro e um auxiliar de enfermagem de duas ESF. A etapa exploratória possibilitou

identificar as exigências gerais das tarefas, as articulações trabalhador-usuário e o funcionamento geral da UBS. No conjunto, as observações globais e verbalizações espontâneas revelaram indícios dos componentes das competências mobilizadas pelos profissionais durante essa atividade.

4.3 SUJEITOS E PERÍODO DA PESQUISA

O trabalho de campo da presente pesquisa ocorreu entre fevereiro e abril de 2009 em uma UBS de Belo Horizonte localizada no distrito sanitário de Venda Nova. Escolheu-se estudar a Unidade devido às suas particularidades, como a presença de sete equipes de saúde da família e uma ampla área de abrangência com populações em situação de baixo, médio e alto risco de adoecer e morrer, conforme o índice de vulnerabilidade da SMSA de Belo Horizonte.

Inicialmente, realizou-se uma reunião com os profissionais das ESF para apresentar o quadro geral da pesquisa e explicitar os objetivos do estudo. Para as observações foram selecionados seis trabalhadores, quatro auxiliares de enfermagem e dois enfermeiros; os quais foram acompanhados durante o trabalho. O critério para seleção da amostra baseou-se no interesse demonstrado em participar da pesquisa. As competências são manifestadas individualmente, mas, julgou-se pertinente abordar as interações durante o desenvolvimento das tarefas a fim de identificar e compreender as diversas estratégias empregadas pelos diferentes sujeitos frente aos imprevistos e variabilidades da atividade de acolhimento. Vale ressaltar que no serviço público de saúde do município existe somente o cargo de auxiliar de enfermagem, embora alguns trabalhadores tenham formação profissional em técnico de enfermagem. No Quadro 2 são apresentadas as características dos participantes do estudo quanto à formação profissional, tempo de formação profissional, tempo de serviço na UBS e no acolhimento.

Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido no intuito de garantir o sigilo das informações e o anonimato. Já os cuidados éticos foram tomados (Anexos C e D) com a aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 542/07) e no Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Protocolo 054/2006).

Quadro 2. Características dos trabalhadores observados e entrevistados

Características dos trabalhadores observados e entrevistados				
Profissionais	Formação Profissional	Tempo de formação profissional	Tempo de serviço na UBS	Tempo de serviço no acolhimento
Profissional 1	Auxiliar de Enfermagem	12 anos	25 anos	8 anos
Profissional 2	Auxiliar de Enfermagem	15 anos	25 anos	6 anos
Profissional 3	Enfermeiro	2 anos	1 ano e 5 meses	1 ano e 5 meses
Profissional 4	Técnico de Enfermagem	9 anos	8 meses	8 meses
Profissional 5	Técnico de Enfermagem	6 anos	1 ano	1 ano
Profissional 6	Enfermeiro	9 anos	2 anos	2 anos

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, combinaram-se técnicas de observação sistemática do trabalho, entrevistas semiestruturadas e análise documental.

A observação é um processo que permite ao pesquisador entender os elementos de uma dada situação. No caso da observação sistemática, é realizado um recorte prévio da realidade a ser acompanhada, no qual são definidos os indícios elementares observáveis, a partir de hipóteses orientadoras. Busca-se evidenciar a lógica interna da atividade, considerando os eventos significativos durante a realização do trabalho, seu encadeamento e suas relações (GUÉRIN *et al.*, 2004). Sendo assim, a observação sistemática no acolhimento aos usuários focalizou-se nas seguintes situações:

1. Auxiliares de enfermagem

- a) a comunicação com os usuários na recepção da UBS;
- b) os critérios utilizados para o encaminhamento dos usuários na UBS (decidir entre a consulta médica ou de enfermagem);
- c) a comunicação e a interação do profissional com o enfermeiro e com o médico de sua equipe durante o acolhimento;

- d) a negociação de consultas com os médicos e com os enfermeiros das outras equipes;
- e) as estratégias utilizadas diante dos problemas e imprevistos vivenciados no acolhimento.

2. Enfermeiros

- a) a comunicação com os usuários durante as consultas;
- b) os critérios utilizados para o encaminhamento dos usuários para a consulta médica;
- c) a comunicação e a interação do profissional com o auxiliar de enfermagem e com o médico da equipe;
- d) a negociação de salas para atendimento da enfermagem;
- e) a interação do enfermeiro com o *software* utilizado para a realização das consultas de enfermagem e as estratégias utilizadas diante dos problemas e imprevistos vivenciados no acolhimento.

Procurou-se por meio das situações observadas e do registro das verbalizações do trabalhador identificar as variabilidades da atividade de acolher os usuários, as reações do trabalhador para solucionar os seus problemas laborais e, conseqüentemente, as competências mobilizadas para a efetivação do atendimento. A pesquisadora buscou evitar interferências no diálogo entre trabalhador e usuário e durante o acompanhamento do profissional pela UBS. Durante a escuta inicial e na consulta de enfermagem foram apresentados os objetivos do estudo aos pacientes, porém, caso percebesse que sua presença causava incômodo ao sujeito, a pesquisadora retirava-se da sala. Foram 36h e 15min de observação sistemática, e os registros foram feitos por meio de um diário de campo.

Além das observações sistemáticas, realizou-se uma entrevista semiestruturada individual, no próprio local de trabalho. A utilização das entrevistas como instrumento para coleta de dados mostrou-se essencial para a abordagem das situações destacadas, visto que elas garantem uma ampla compreensão das situações pesquisadas (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNADJER, 2004; RUQUOY, 2005).

A entrevista foi direcionada por um roteiro de perguntas que abordavam temas referentes ao objeto do estudo. Foram abordados os seguintes tópicos: a) critérios utilizados para encaminhamento do usuário na UBS; b) as dificuldades enfrentadas durante o acolhimento

dos usuários; c) relação profissional-usuário, relação intraequipe e relação interequipe; d) as estratégias mobilizadas para garantir um atendimento de qualidade e resolutivo; e) sugestões dos profissionais para melhoria no acolhimento.

Buscou-se, por meio do roteiro de perguntas, compreender quais os saberes empregados durante as diversas situações vivenciadas pelos auxiliares e enfermeiros ao acolher os usuários. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, totalizando 161 min.

A análise documental procedeu-se em fontes de informações da própria Unidade, como os cadernos de anotações dos auxiliares de enfermagem, e em um documento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), intitulado Documento de Organização da Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Procurava-se respectivamente entender os critérios utilizados para a tomada de decisão dos auxiliares quanto ao encaminhamento do usuário para a consulta de enfermagem ou consulta médica, a definição, pela SMSA, de acolhimento, das atribuições dos auxiliares e enfermeiros na Atenção Básica, como também o processo de organização da porta de entrada do Centro de Saúde.

4.5 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos por meio das observações e entrevistas passaram pelo processo de análise qualitativa descrito por Maroy (2005), cujo objetivo principal é a descoberta de categorias ou classes, a definição de suas propriedades específicas e a construção de um conjunto de relações entre essas classes. Por meio do esquema de análise denominado *descrições analíticas*, foram estabelecidas categorias elaboradas e derivadas do material coletado. As categorias são descritas como classes pertinentes de objetos, ações, pessoas ou acontecimentos. A descoberta das categorias e as suas relações possibilitaram descrever e entender a realidade pesquisada, ou seja, as competências mobilizadas pelos trabalhadores na atividade do acolhimento.

A análise qualitativa dos dados seguiu as etapas de procedimentos:

Etapa 1: O trabalho de descoberta – imersão no material, definição e aperfeiçoamento de uma grelha de análise;

Etapa 2: Trabalho de codificação e de comparação sistemática;

Etapa 3: Discussão e trabalho de validação das hipóteses.

Adotou-se o modelo em espiral descrito por Mercado-Martínez e Bosi (2004) por mostrar-se coerente com a concepção dialética do processo de investigação ou de construção do conhecimento, cujas etapas não seguem um padrão rígido e predeterminado, e por apresentar etapas interativas, uma vez que o pesquisador pode retornar à etapa anterior, se necessário. Esse processo permite maior compreensão e consistência dos dados pesquisados. A Figura 1 apresenta o esquema referente às etapas de análises dos dados.

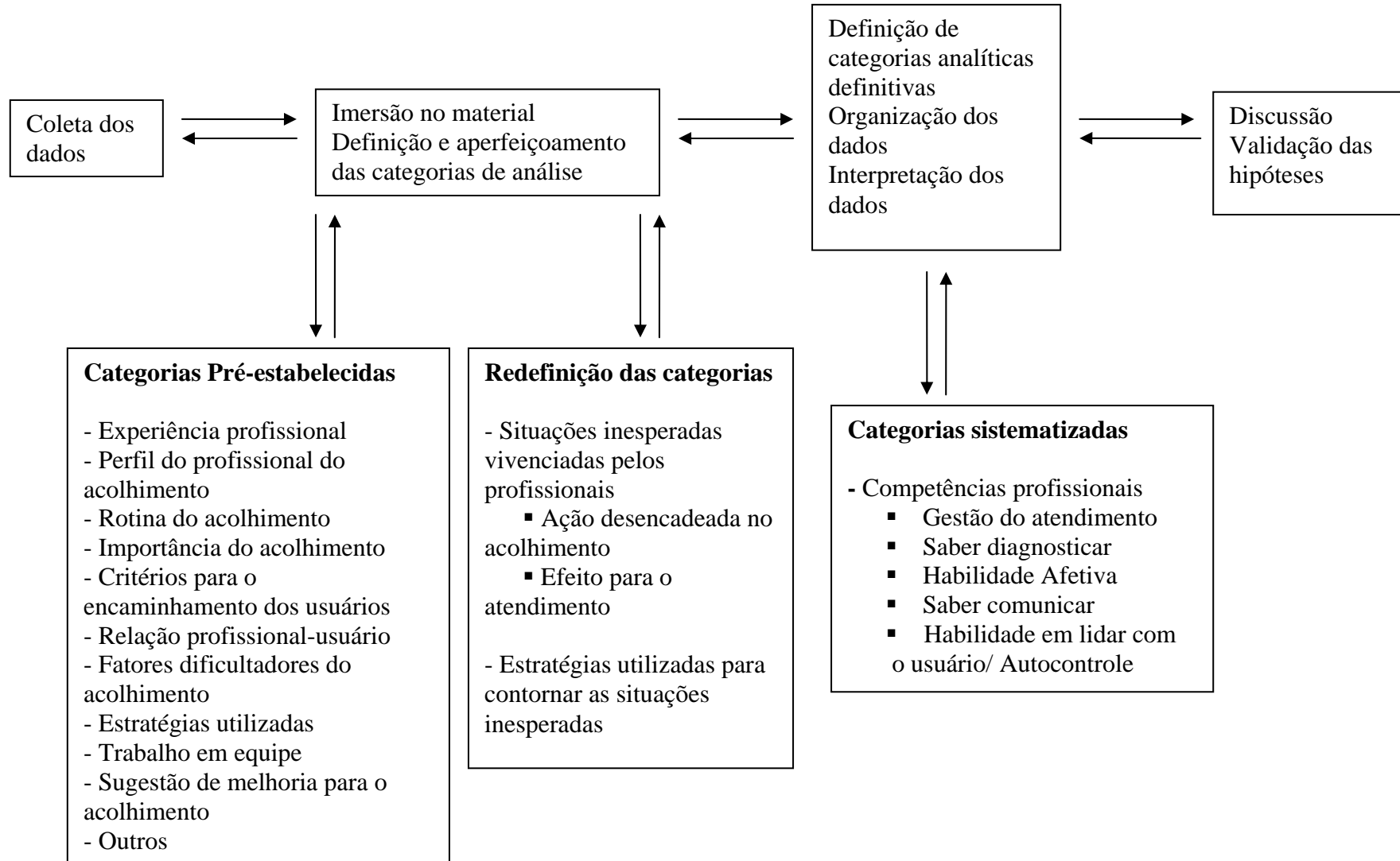
Inicialmente, procedeu-se uma leitura flutuante do corpus da pesquisa, cujas informações geraram as categorias, denominadas pré-estabelecidas, sendo elas as seguintes: experiência profissional, perfil do trabalhador do acolhimento, rotina do acolhimento, importância do acolhimento, critérios para o encaminhamento dos usuários, relação profissional-usuário, fatores dificultadores do acolhimento, estratégias utilizadas, trabalho em equipe, sugestões de melhorias para o acolhimento e outros. A categoria “outros” diz respeito aos dados pertinentes aos aspectos externos ao foco da pesquisa.

Após esta primeira análise, as categorias foram redefinidas (segunda etapa) no intuito de buscar compreender as situações inesperadas vivenciadas pelos profissionais no acolhimento, a ação desencadeada pelos trabalhadores frente a tais situações, o efeito dos eventos para o atendimento e as estratégias utilizadas para contorná-los. Foram evidenciados vários tipos de constrangimentos, como situações de indisponibilidade de salas para consulta, casos agudos, ausência de médico e/ou enfermeiro nas ESF, demanda de usuários para consulta, pacientes sem identificação (número do prontuário eletrônico e cartão da equipe), desconhecimento quanto às normas de funcionamento das equipes e falhas no processamento das informações no computador eletrônico dos dados.

De acordo com as categorias redefinidas, identificaram-se as competências profissionais mobilizadas pelos auxiliares e enfermeiros, sendo elas: gestão dos atendimentos, saber

diagnosticar, habilidade afetiva, habilidade em lidar com o usuário agressivo e saber comunicar. Essas competências foram classificadas de categorias sistematizadas.

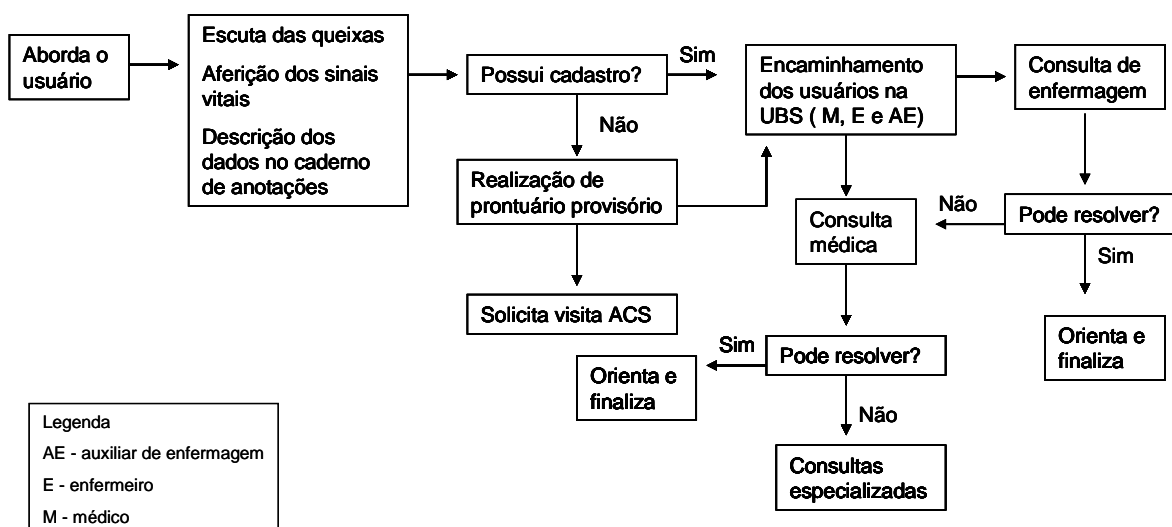
Figura 1. Esquema geral do estudo



5. RESULTADOS

5.1 FLUXOGRAMA DA ATIVIDADE DE ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS

O fluxograma a seguir, tem a finalidade de esclarecer o fluxo dos usuários na UBS durante o acolhimento das ESF.



Os resultados apresentados a seguir serão organizados de acordo com as categorias elaboradas ao final do processo de análise (categorias sistematizadas – vide página 42).

Vale ressaltar que na descrição dos componentes da atividade relacionados com a competência “gestão dos atendimentos” será considerado distintamente o trabalho dos auxiliares de enfermagem e o trabalho dos enfermeiros, haja vista as exigências específicas para cada um deles. No entanto, no que se refere aos componentes da atividade relacionados às competências mobilizadas “saber diagnosticar”, “habilidade afetiva”, “saber comunicar”, “habilidade em lidar com o usuário/autocontrole” e “trabalho em equipe” não foram identificadas diferenças expressivas, permitindo a apresentação dos resultados no mesmo tópico.

5.2 COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS PELOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E ENFERMEIROS NO ACOLHIMENTO

5.2.1 GESTÃO DOS ATENDIMENTOS

De acordo com as observações, a obrigatoriedade de se atenderem e solucionarem os problemas de saúde dos usuários requer dos trabalhadores uma capacidade de organização das tarefas a serem realizadas no acolhimento, assim como agilidade e dinamicidade no desempenho de tais ações. A gestão dos serviços de saúde determina que o paciente seja atendido no dia, agendado para consulta, encaminhado para os demais níveis de complexidade do sistema ou para outro médico da UBS.

Vale lembrar que nesta pesquisa foram identificadas algumas situações imprevisíveis durante o “ato de acolher” relacionadas às demandas dos usuários, casos agudos, ausência de médicos e/ou enfermeiros nas equipes, pacientes sem identificação, indisponibilidade de sala para atendimento e desconhecimento dos sujeitos quanto às normas de funcionamento das equipes. Ao lidar com essas situações, não apenas a competência “gestão dos atendimentos” será mobilizada pelos profissionais, mas também outras competências descritas nos demais tópicos apresentados nos resultados.

5.2.1.1 GESTÃO DOS ATENDIMENTOS PELA AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Os auxiliares de enfermagem realizam a escuta inicial das queixas dos usuários nos corredores da UBS, no horário estabelecido por cada equipe, com duração de 1h a 1h15min, seguida pelo início dos atendimentos médicos e de enfermagem. O auxiliar afirma: “Eu tento fazer o acolhimento, apesar que o tempo é pouco, a demanda é grande, e o lugar você não tem.” Como o acolhimento é realizado no período da manhã, qualquer atraso, seja na escuta inicial, ou nos atendimentos médicos e de enfermagem, pode comprometer a pausa do almoço e o começo das atividades vespertinas.

Diante da indisponibilidade de sala específica para o acolhimento, um dos auxiliares afirma antecipar o horário da escuta inicial para realizá-la com privacidade em um dos consultórios médicos. Tal atitude é justificada pela seguinte frase: “Você tá ali conversando com o paciente, chega um e fala, chega outro e pergunta alguma coisa. Nós ficamos agitados, porque

você não ouve o paciente e às vezes o paciente quer conversar com você uma coisa importante!”. Ao chegar o responsável pela sala, o profissional direciona-se para os corredores da unidade, onde o restante dos indivíduos são acolhidos.

Quando algum usuário manifesta desconforto em relatar sua queixa de saúde próximo aos demais, os auxiliares levam-no para um local reservado. Na maioria dos casos observados, demandas por “privacidade” estavam relacionadas aos indivíduos com história de doenças sexualmente transmissíveis.

Os usuários encaminhados para a consulta de enfermagem, geralmente apresentam sintomas leves e queixas inespecíficas. Os usuários identificados como casos agudos são priorizados e encaminhados para o médico da equipe. Os casos agudos referem-se aos indivíduos com sintomas e sinais clínicos exacerbados, como: hipertensão arterial, dispneia, vômitos, diarreia há vários dias, febre alta, sudorese excessiva, dores intensas, dentre outros. Pacientes que necessitam de atendimento imediato vão para a sala de observação, no intuito de serem adotados alguns cuidados antes da abordagem médica. Um dos auxiliares relata como é realizado o trabalho no acolhimento:

A gente pega o nome, a queixa e afere a PA [pressão arterial], mais eu vou avaliar quem tá pior e quem não tá para eu passar pra frente. Os piores vão passar pelo médico e os outros pelo enfermeiro. Quando chega um caso muito agudo, por exemplo, eu já levo para a sala de observação, se precisar eu já chamo o médico...

Após a escuta das queixas dos usuários, os auxiliares são responsáveis por outras atribuições, dentre elas: decidir junto ao médico e ao enfermeiro da equipe quanto ao encaminhamento dos usuários na UBS; procurar formulários, equipamentos e materiais para esses profissionais; direcionar os pacientes da consulta de enfermagem até o consultório onde será o atendimento; retirar, organizar e guardar os prontuários das consultas; administrar medicamentos aos usuários e aferir a pressão arterial (PA) dos pacientes hipertensos acompanhados pela equipe.

A verbalização abaixo demonstra a necessidade de deslocamentos dos auxiliares para apoiar simultaneamente o médico e o enfermeiro em consultórios distintos:

No atendimento do médico, eu anoto os dados, as queixas, peso o usuário e separo o prontuário e passo para ele. E alguma coisa eventual que ele precise no meio da consulta. Aí eu vou lá e pego para ele. Eu

auxilio o enfermeiro da mesma forma... Eu trago um negócio de uma para cá, levo o negócio da outra para lá.

Os auxiliares de enfermagem também dirigem-se à sala do médico e/ou enfermeiro da equipe frente à demanda de detectar uma doença, obter informações sobre as atividades da equipe, decidir sobre como agir diante do usuário e sobre qual agendamento realizar. Um auxiliar relatou que:

O enfermeiro me escuta muito, ele é muito pronto para ajudar, tudo que você precisar, ele para e te ouve. O médico também... Às vezes a gente tem a opinião um pouco divergente, eu penso uma coisa, ele pensa outra, a gente discute, mas chega a um ponto em comum. Mas os dois sempre estão prontos para ouvir e tomar a decisão comigo.

Viu-se que os auxiliares durante a realização de suas funções são interrompidos pelos usuários para o fornecimento de informações, para a realização dos agendamentos de retorno com o médico da equipe, pediatra ou ginecologista, como também para as marcações de grupos operativos, pré-natais e preventivos.

As marcações de grupos operativos, pré-natais e preventivos são anotadas em agendas manuais, pois o formulário informatizado ainda não possui campo para tais registros. Os agendamentos de retorno, no entanto, requerem um tempo maior por serem efetuados no computador. Como não há uma sala específica para o acolhimento realizado pelos auxiliares de enfermagem, quando há necessidade de utilizar o computador os profissionais dirigem-se à sala do médico ou do enfermeiro da equipe, aguardam por uma interrupção na consulta e por meio de tal procedimento concluem o agendamento.

Na ausência do médico da equipe, os auxiliares direcionam para a consulta de enfermagem aqueles pacientes considerados agudos. Caso o enfermeiro não consiga solucionar a queixa do usuário, os médicos das outras equipes são solicitados a realizarem o atendimento. Embora os enfermeiros sejam responsáveis pela procura por médicos, quando estão sobrecarregados de consulta, quem geralmente faz essa solicitação são os auxiliares de enfermagem, àqueles profissionais com os quais eles possuem maior afinidade e, portanto, maior acesso.

Persistindo dificuldade em obter a consulta, o auxiliar expõe a um dos médicos a indisponibilidade dos demais para o atendimento e enfatiza a gravidade do quadro clínico do usuário. Se, ainda assim, o profissional se negar a atendê-lo, a gerente da Unidade é

convocada a solucionar o problema. Na falta da gerente, o auxiliar redige um termo de responsabilização pelo possível agravamento do usuário e exige a assinatura daqueles que recusaram o atendimento. Como resultado, há uma maior disponibilidade por parte dos médicos para o atendimento do paciente. O relato a seguir ilustra a situação descrita acima: “O problema que eles (os médicos) acham, que você está sempre pedindo para você e isto te constrange. Às vezes me dá um mal-estar assim, porque parece que eu estou pedido um favor para mim. É para o usuário!”

Outra estratégia mobilizada pelos auxiliares no sentido de obtenção do atendimento ao usuário é o fato deles se prontificarem a ajudar os médicos das outras equipes:

Sempre tudo que me pede eu faço, tudo a tempo para a pessoa não ter motivo de virar e falar assim: Olha eu te peço e você não faz nada. Você tem que retribuir. Às vezes sem poder, eu vou lá e faço, para na hora que eu precisar dele, ele não ter coragem de falar não. É uma troca!

Em último caso, os auxiliares de enfermagem solicitam das outras equipes vagas para os seus usuários agudos, com o médico de apoio. Esse profissional trabalha na Unidade, porém não é integrante das ESF. Cada equipe possui um dia da semana para atendimento dos seus usuários na agenda do médico de apoio.

Observou-se também na ausência do médico e/ou enfermeiro da equipe que os auxiliares agendam a maior quantidade possível de consultas médicas para pacientes crônicos, que não necessitam de atendimento imediato. Geralmente, estes pacientes buscam pela equipe para solicitar consulta ou algum exame de rotina, entregar o resultado do seu exame para o médico e renovar receita de medicamentos. Nesse caso, o agendamento da consulta evita sobrecarga de atendimentos para o médico ou enfermeiro que estiver no acolhimento e, conseqüentemente, redução do tempo de espera para os pacientes.

Na ausência do enfermeiro da equipe, observou-se que os auxiliares de enfermagem encaminham a maioria dos usuários para o médico, sendo o restante atendido por eles. No caso de pacientes cuja demanda é a renovação de receitas médicas ou o pedido de exames (sangue, fezes e urina), os trabalhadores se dirigem ao médico da equipe, descrevem o caso clínico e questionam sobre a conduta a ser adotada. Esse procedimento facilita a agilidade do atendimento.

Além disso, a supervisão dos ACS também passa a ser função dos auxiliares:

Eu tenho que ser dinâmico, ou seja, tomar atitudes para resolver se o enfermeiro não tiver. O ACS chega com um problema da rua e o enfermeiro não está, você não pode virar e falar: Olha vamos esperar o enfermeiro chegar... Nós vamos fazer assim, então vamos encaminhar mais ou menos deste jeito. Prestar muita atenção no trabalho do enfermeiro, pois na ausência dele, você já sabe mais ou menos como ele resolve.

A gestão do atendimento realizada pelos profissionais é evidenciada, ainda, quando os usuários procuram por consulta sem o cartão da equipe e/ou o número do prontuário eletrônico. O atendimento realiza-se para os usuários que residem na área de abrangência, tendo estes, portanto, identificação da equipe. Foram observadas situações nas quais os pacientes chegam à Unidade sem identificação por esquecê-la em casa ou ser esta a sua primeira consulta na UBS. Aqueles que nunca consultaram na Unidade logo são encaminhados para a recepção a fim de realizar o cadastro eletrônico provisório. Em seguida, o auxiliar solicita ao ACS uma visita ao domicílio do indivíduo para o seu devido cadastramento. Já para os pacientes que esqueceram a identificação, o profissional interrompe o seu trabalho na tentativa de obter a ficha do usuário nos prontuários eletrônico e manual.

Notou-se ainda que o auxiliar busca identificar outros membros da família do usuário para concluir se houve a realização do cadastro domiciliar pelos ACS, cuja inclusão possibilita a participação nos programas e ações da equipe. Por meio dessa habilidade, o auxiliar associa as informações prestadas pelo indivíduo com o conhecimento sobre sua família.

Na tentativa de estimular os usuários a apresentarem-se na equipe com a identificação, o auxiliar informa que não haverá novo atendimento sem o número do prontuário eletrônico. O profissional orienta também que o mesmo número seja afixado na carteira de identidade, para evitar o seu desaparecimento. Observou-se que a realização de todas essas ações demanda tempo, como é visto no relato:

Você já está no acolhimento e aí você vai procurar o número do paciente para depois começar tudo de novo. Atrapalha! Para eles é superfácil fazer isso... “Não, senhor”, eles falam bem assim... já tá aí no computador. Eu até suo. Isso [o computador] é uma porcaria, isso não anda não.

Outro aspecto que dificulta a efetivação do acolhimento é a utilização do computador, em razão da demora do sistema na busca dos prontuários eletrônicos e no registro de qualquer procedimento: “O programa não anda não... Ele é agarrado! Parando e andando... Isso é muito sofrimento! Lento demais, é péssimo! Uma consulta que vai demorar aí meia hora, você pode esperar uma hora ou mais... por causa do sistema.” A dificuldade no processamento eletrônico dos dados compromete a agilidade das auxiliares durante a procura por prontuários eletrônicos e agendamento de consultas, como também, aumenta o tempo de espera dos usuários por atendimento, o qual será visto adiante como um fator de conflitos dos indivíduos com os profissionais.

5.2.1.2 GESTÃO DOS ATENDIMENTOS PELO ENFERMEIRO

Quanto ao trabalho dos enfermeiros no acolhimento, foi evidenciado por um profissional a necessidade de ser resolutivo: “Resolutivo mesmo para tudo, porque às vezes o paciente nem quer consulta, quer resolver algum problema dele. O profissional tem que saber agir e dar resposta aos problemas do usuário”.

Para iniciar a consulta, viu-se que os enfermeiros buscam em toda a Unidade uma sala disponível. No caso de todos os consultórios estarem ocupados, o enfermeiro aguarda o término de algum atendimento ou dirige-se para a sala da equipe a fim de contribuir para o atendimento médico. Um enfermeiro relatou atender simultaneamente com o médico no mesmo consultório: “Tem que atender lá na outra sala com o médico. Divide a sala em duas. Eu atendo em uma parte da sala, e ele [o médico] em outra.” Outro enfermeiro, porém, afirmou colaborar na realização da consulta, agilizando os atendimentos: “Eu vou aferindo os sinais vitais, pesando... a gente (enfermeiro e médico) discute o caso, vê o melhor tratamento...”

Na ausência do médico da equipe, os enfermeiros são responsáveis pelo atendimento de todos os pacientes que necessitam de consulta no dia. Aos indivíduos que buscam atendimento para obter medicamentos de uso controlado, o enfermeiro informa que a receita será renovada até a data do próximo grupo operativo ou da consulta médica. Se o indivíduo manifesta sintomas graves, o profissional busca agendamento para o dia com os médicos das outras equipes.

Como os auxiliares de enfermagem, os enfermeiros também se dirigem aos médicos cuja disponibilidade é maior e com quem possuem maior afinidade, no sentido de obter a consulta

desejada. No caso de haver muitos indivíduos com quadro “agudo”, os enfermeiros também solicitam aos auxiliares das outras equipes vagas na agenda do médico de apoio. Diante da dificuldade de se obter atendimento médico, um dos enfermeiros relatou ter encaminhado o usuário para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA): “Já tive que mandar para a UPA, uma vez só. Mas normalmente os médicos aceitam.”

As situações nas quais o usuário se apresenta sem identificação requerem que os enfermeiros também mobilizem a competência gestão do atendimento. Na consulta, os profissionais solicitam o número do prontuário eletrônico para ter acesso às informações do paciente. Na falta do mesmo, inicialmente os enfermeiros perguntam ao auxiliar se foi encontrada a ficha do usuário no prontuário eletrônico ou manual. Diante de uma resposta negativa, os enfermeiros realizam uma nova conferência.

Para o usuário cuja ficha clínica não foi encontrada, o enfermeiro realiza o atendimento manualmente até a efetivação do cadastramento domiciliar pelos ACS. Como a falta do cadastro eletrônico evita a operacionalização de alguns procedimentos na UBS, o enfermeiro reforça o pedido dos auxiliares quanto à agilidade dos agentes comunitários de saúde no cadastro dos indivíduos.

Vale lembrar que quando os auxiliares direcionam o usuário para a recepção a fim de ser realizado um cadastro eletrônico provisório, o atendimento de enfermagem fica registrado no sistema.

Observou-se que durante a consulta de enfermagem há uma lentidão no registro e no processamento das informações no computador, aumentando o tempo do atendimento. Na visão do enfermeiro: “O computador demora mais o acolhimento.” Todavia, enquanto o computador está processando as informações, o profissional utiliza-se do tempo para aferir os sinais vitais e fornecer orientações. No caso de uma pane no sistema, reinicia-se o atendimento realizando-o manualmente.

O enfermeiro, ao final de seus atendimentos, dirige-se para a sala da equipe a fim de oferecer auxílio ao trabalho do médico. Caso necessário, o profissional afere os sinais vitais, ausculta ou pesa o paciente, fornece informações sobre a história do usuário colhida em outro momento e discute os casos clínicos com o médico.

5.2.2 SABER DIAGNOSTICAR

O saber diagnosticar permite que os auxiliares e enfermeiros compreendam a queixa de saúde do sujeito, estabeleçam o agendamento das consultas médicas e realizem os encaminhamentos na Unidade. Tal competência depende da formação profissional dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros e, ainda, da experiência de trabalho no local. A experiência de trabalho se constrói por meio das vivências comuns aos profissionais, frente à variabilidade de demandas apresentadas pelos usuários.

O encaminhamento do usuário é previamente discutido entre o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem da equipe. Notou-se que a opinião do auxiliar mostra-se fundamental no processo de decisão, por ser o responsável pela análise inicial dos sinais vitais e sintomas relatados pelo usuário. Durante a escuta, os auxiliares buscam outros sinais (gestos, comportamentos, expressões) a fim de apreender o não-dito e enriquecer a abordagem do caso.

Os enfermeiros utilizam dessa competência durante os atendimentos de enfermagem para definir a necessidade de saúde do usuário. Tomando como referência os sintomas, a aparência, os sinais vitais e as informações prestadas pelo indivíduo, os enfermeiros decidem qual conduta adotar. Eles são responsáveis pela consulta daqueles indivíduos cuja queixa de saúde demanda o fornecimento de medicamentos autorizados, os quais serão prescritos por eles: paracetamol, dipirona, salbutamol, entre outros. Além disso, os enfermeiros fornecem orientações e solicitam exames de fezes, urina e sangue.

A fala “Como é que eu vou conseguir ter um olhar diferenciado para ele se eu não o conheço de uma outra situação? Eu tenho que conhecer a história dele”, demonstra que os auxiliares possuem uma conduta diferenciada para os pacientes que vão ao acolhimento pela primeira vez. Busca-se aprofundar a queixa do usuário para compreender não somente seus problemas físicos, mas também o seu contexto de vida, a fim de relacioná-lo com as queixas apresentadas. Essa abordagem ainda permite que os trabalhadores reproduzam os princípios do SUS no que concerne à integralidade da assistência, atendimento global e resolutivo. Quanto à consulta de enfermagem, observou-se essa abordagem como rotina dos profissionais.

Notou-se que os auxiliares e enfermeiros conseguem realizar uma rápida diferenciação entre quem precisa de atendimento imediato (casos agudos) e aqueles sujeitos que podem esperar. Esse conhecimento contribui na definição dos usuários que devem ser conduzidos para a sala de observação, onde os profissionais que lá trabalham, realizam os procedimentos de urgência necessários até a chegada do médico da equipe.

Sintomas referentes a hipertensão arterial, diabetes, doenças respiratórias agudas, problemas ortopédicos, viroses e inflamações agudas são indicativos de consulta médica. Em contrapartida, usuários com gripe, febre e diarreia há 1 ou 2 dias, sintomas e queixas inespecíficas são dirigidos para a consulta de enfermagem.

O saber diagnosticar fornece subsídios aos auxiliares e enfermeiros para decidirem sobre o encaminhamento médico aos profissionais das outras equipes, além de facilitar a identificação dos indivíduos que buscam apenas adquirir o atestado médico para afastamento das atividades laborais. O auxiliar de enfermagem relata que alguns usuários deixam explícito o interesse em passar pela consulta médica para conseguir o atestado. No entanto, a intenção do paciente não redireciona o protocolo do atendimento, ou seja, o auxiliar tenta seguir o fluxo de acordo com os princípios estabelecidos.

Para compreender as expressões verbais dos pacientes os profissionais associam a aparência e os sinais vitais do usuário com a justificativa de obter este atestado médico:

O paciente chega e fala: Ah, eu to passando mal, vocês dão atestado? Aí vou aferir pressão, dados vitais para ver o que que é... Aí ele fala de novo: O médico dá atestado? Não quero passar pelo enfermeiro não. Aí eu já sei que... mas a gente nunca tem aquela certeza.

5.2.3. HABILIDADE AFETIVA

Ao procurar o acolhimento, os usuários apresentam-se fragilizados pelo quadro de saúde manifestado. Sendo assim, os profissionais possuem o papel fundamental de escutar e tranquilizar esses pacientes, demonstrando interesse e sensibilidade por sua queixa. Segundo um auxiliar:

Tem que ser calmo, educado, saber ouvir que é o principal. Principalmente saber ouvir o paciente. Olhar o outro como ser humano, de você poder estar no lugar dele, olhar para ele e pensar, eu podia estar aí e fazer com dedicação, fazer por eles o que você faria para você.

Já para o enfermeiro: “A gente deve acalmar um paciente que está mais nervoso quanto ao problema de saúde. Acho que para trabalhar no PSF e no acolhimento, no acolhimento, por exemplo, fica evidente a necessidade de paciência, ponderar o que o paciente fala.”

Os auxiliares e enfermeiros afirmam que alguns indivíduos procuram a equipe apenas para desabafar seus problemas pessoais, em função das dificuldades sociais e econômicas vivenciadas. Um auxiliar relata: “Tem uns [usuários] que é até conversar mesmo, desabafar com você... Ele começa a falar, você vai ver que é um problemão na vida dele e conversando melhora um pouco. E ele nem quer ver o médico mais porque ele queria era isso, desabafar!”

Viu-se que uma escuta atenta, acolhedora e afetiva por parte dos profissionais contribui na resolutividade do atendimento. Alguns usuários desenvolvem uma relação de confiança com os auxiliares e enfermeiros, de forma a expor seus problemas, medos e angústias. Esse desabafo, segundo os profissionais é fator que contribui positivamente para a terapêutica desenvolvida na UBS.

O caso abaixo demonstra a sensibilidade de um auxiliar durante a escuta de uma usuária deprimida:

Uma paciente chegou para mim e falou: “Eu já tirei o útero e agora eu tirei a vulva toda, sabe?” A pergunta que ela me fez: “Ô, meu filho, eu queria só saber uma coisa, o quê que eu sou? Eu não sei se eu sou homem, ou se eu sou mulher, o quê que eu sou? A dona começou a chorar, e eu chorei junto com a dona. Eu falei assim, eu olhei para ela: “Deus não dá nada para a gente que a gente não aguenta! A senhora tinha que passar por isso! Não adianta, a senhora tem que ver que a senhora tá viva, os

filhos da senhora estão dando o maior apoio para a senhora, o marido da senhora; isso é importantíssimo! Mas eu fiquei arrasado com aquilo”.

Viu-se que os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros demonstram interesse em escutar e solucionar os problemas de saúde dos usuários que se dirigem ao acolhimento das equipes. Tal conduta mantém-se frente às agressões verbais de indivíduos irritados por não obterem o que solicitaram. Constrangimentos como esse ocorrem porque muitos usuários desconhecem as normas de funcionamento da equipe no que tange ao encaminhamento para as consultas, ao fornecimento de atestado médico e à renovação de receita médica.

No caso de indivíduos que solicitam atendimento sem identificação, os profissionais sentem-se responsáveis por encontrar a ficha do usuário no cadastro eletrônico ou manual. O cadastro permite identificar se o usuário faz parte da área adscrita à equipe e ainda fornece seus dados clínicos anteriores, o que facilita a realização da consulta. Além disso, ao solicitar dos ACS agilidade no cadastramento dos pacientes consultados pela primeira vez na Unidade, os auxiliares e enfermeiros demonstram sua preocupação por eles, visto que a ausência de registro na UBS impossibilita o agendamento de exames e a retirada de medicamentos na farmácia.

Viu-se que alguns pacientes comparecem no acolhimento após a escuta dos usuários. Apesar dos auxiliares realizarem outras atividades, eles param para analisar a queixa de saúde do paciente, encaminhando-o na Unidade. Como visto no relato do profissional, nenhum usuário deixa o local sem atendimento: “Os pacientes que chegam fora do acolhimento, eu vou orientando o que pode esperar, o que pode ir embora, mas se for embora quem manda é o enfermeiro. Eu passo para ele e ele manda”.

5.2.4 SABER COMUNICAR

Para os auxiliares e os enfermeiros lidar com os questionamentos dos usuários requer uma comunicação de maneira clara, educada e ponderada e ainda, quando necessário, deve-se dizer não, já que nem tudo que o paciente requer pode ser realizado. No trecho abaixo, um auxiliar demonstra sua interação com o usuário no acolhimento:

Paciente que não está precisando de médico hoje pede retorno de exame e diz: “Eu quero mostrar para o médico hoje.” Eu falo: “Hoje é só caso agudo, nós vamos agendar o senhor está bem...” A gente explica que tem uma agenda, que a equipe é grande, que no dia é só caso agudo.

Viu-se que quando não existem salas disponíveis para o atendimento de enfermagem, auxiliares e enfermeiros dirigem-se aos usuários para explicitar tal fato e solicitar compreensão pelo atraso, visto que esse imprevisto gera reclamações devido ao aumento do tempo de espera pelas consultas.

Outra situação que também desencadeia questionamentos por parte dos usuários é o prolongamento do atendimento médico ou de enfermagem em decorrência das queixas apresentadas pelos usuários. Na tentativa de amenizar constrangimentos com os indivíduos, os auxiliares informam pacientemente sobre a etapa em que está a consulta e a ordem dos atendimentos médicos e de enfermagem.

Na ausência do médico e/ou do enfermeiro da equipe, os auxiliares de enfermagem utilizam o momento da escuta inicial para justificar a ausência do profissional, expor a necessidade de priorizar os casos agudos e orientar sobre o número de pacientes que aguardam por consulta. No intuito de evitar a insatisfação dos pacientes crônicos ao agendá-los para outra data, os trabalhadores informam sobre a dificuldade de conseguir atendimento no dia com os profissionais das outras equipes.

Durante as consultas de enfermagem, notou-se que alguns pacientes questionam sobre a ausência do médico da equipe. Diante disso, os enfermeiros justificam que os usuários identificados pela avaliação clínica como agudos serão encaminhados para outros médicos da Unidade. Já os sujeitos com sintomas leves aguardarão pela consulta médica, a ser agendada para os próximos dias.

Vale lembrar que os médicos da Unidade possuem um dia de folga semanal, explicitado a todos os usuários da equipe: “A gente avisa os usuários: Segunda-feira o médico está de plantão, não vem no posto. Toda vez eu comunico que nesse dia não tem médico, aí eles já sabem. A não ser que chega um paciente passando mal, eu passo para o enfermeiro, e ele pede outro médico para atender.” De acordo com o auxiliar e com o enfermeiro, no dia de folga do

médico, os pacientes são orientados a comparecer na Unidade apenas em caso de extrema necessidade.

Observou-se também, que os profissionais utilizam a competência saber comunicar nas situações em que os pacientes desconhecem as normas de funcionamento da equipe: “Eles acham que o médico tem que fazer tudo que eles querem. Se o médico não faz, vê que não é da competência dele ou porque não tem necessidade, eles acham ruim... E também o atestado, quando o médico não dá e eles querem... arranjam a maior confusão.”

Nesse contexto, foi evidenciado que os auxiliares de enfermagem e enfermeiros explicam cuidadosamente para os indivíduos sobre as questões referentes ao fornecimento de atestado médico e renovação das receitas de medicamentos. Os atestados são realizados somente pelos médicos da Unidade após uma detalhada avaliação, e a renovação das receitas de medicamentos demanda procedimentos que variam mediante a presença do médico da equipe. Caso o médico esteja presente, o indivíduo é atendido e sua receita renovada. Na ausência do médico, a medicação é fornecida até a data de agendamento da consulta ou do grupo operativo. Esses grupos são direcionados a populações com doenças específicas como diabetes, hipertensão e desnutrição, com o objetivo de controlar a doença e promover a saúde e a qualidade de vida dos seus integrantes.

Os auxiliares e enfermeiros relatam que alguns usuários vão à Unidade sem problemas de saúde evidentes, exigindo atendimento médico: “A frequência de usuários que procuram a unidade sem apresentar qualquer sintoma agudo é grande. Alguns pela falta de informação, e tem aquele que não consegue ficar em casa e vem para o posto porque brigou com a mulher. São por causas variadas.”

A exigência dos usuários pela consulta médica requer que os trabalhadores esclareçam algumas informações a respeito dos encaminhamentos na Unidade. Esses encaminhamentos são definidos pelos profissionais da equipe (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) através da queixa manifestada pelo indivíduo, sendo esta uma conduta estabelecida pela gestão da UBS. Como resultado, têm-se indivíduos que entendem a explicação, e outros, em contrapartida, que se tornam agressivos com os profissionais.

5.2.5 HABILIDADE EM LIDAR COM O USUÁRIO / AUTOCONTROLE

A habilidade em lidar com o usuário é uma competência mobilizada pelos profissionais em decorrência do quadro de ansiedade, impaciência e agressividade apresentado pelos indivíduos. Foram observadas situações no acolhimento que desencadeiam reações por parte dos usuários, tais como a demanda de sujeitos para consulta, o desconhecimento dos mesmos quanto às normas de funcionamento da equipe, a ausência do médico e/ou do enfermeiro da equipe e a priorização dos casos agudos. Essas situações provocam alterações no processo de trabalho, gerando aumento do tempo de espera para as consultas. Muitos usuários demonstram impaciência ao esperar pelo atendimento, segundo um auxiliar: “Eles começam a falar palavrão, eles falam que a gente fica andando e que a gente não resolve nada, que a gente está fazendo hora com eles”.

Viu-se situações em que os usuários tornam-se agressivos quando são “preteridos” diante dos casos agudos, os quais são priorizados no atendimento. Enquanto alguns reclamam ou proferem agressões verbais a todos os profissionais da equipe, outros ameaçam chamar a gerente da UBS ou a polícia para expor sua indignação. De acordo com um dos auxiliares: “Para você passar alguém na frente você tem que peitar eles mesmo! Ele ficam querendo chamar a polícia”.

Para reduzir o tumulto, o médico e o enfermeiro da equipe são solicitados a atender com agilidade os usuários mais agressivos. No caso dos profissionais não conseguirem conter ou acalmar esses indivíduos, chamam-se o guarda e a gerente da Unidade.

Segundo os auxiliares, a demanda de usuários para consulta também é fator causador de irritabilidade nos mesmos: “Essa impaciência é porque eles realmente esperam, pela demanda. Às vezes tem coisa que demora pela demanda mesmo... E tem uns que não querem esperar 20 minutos. Eles falam: Ah eu não posso esperar! Tudo eles querem na hora”.

Aqueles indivíduos cujo quadro clínico não condiz com a necessidade de afastamento do trabalho receberão apenas o atestado de comparecimento com a data e o horário da consulta. Alguns sujeitos, por não obterem o atestado médico, desenvolvem reações agressivas.

Outra situação que também desencadeia agressividade em alguns usuários é o encaminhamento para a consulta de enfermagem e não para a consulta médica. O relato abaixo representa o desabafo de um auxiliar:

Eles querem médico! Eles não querem a gente, eles querem o médico! O pessoal vem aqui com um tanto de exame, eles querem o médico para ver o exame deles... e eles não entendem que eu não tenho culpa, que o enfermeiro não tem culpa e mesmo o médico. O serviço que tem culpa! Eu sou porta de entrada, eu que pego isso tudo.

Os profissionais entrevistados mencionaram a preferência dos usuários pela figura do médico. A maioria dos indivíduos desloca-se até a UBS no intuito de obter uma consulta médica, principalmente aqueles com resultados de exames. O fato de alguns deles serem encaminhados para o atendimento de enfermagem pode gerar certa indignação, a qual é manifestada aos auxiliares e enfermeiros.

Viu-se que os enfermeiros consideram o desconhecimento referente às normas da equipe como fator potencial para a agressividade dos pacientes, como ilustra o seguinte relato: “Porque eles acham que o médico tem que fazer tudo que eles querem, se o médico não faz, vê que não é de competência dele ou porque não tem necessidade, eles acham ruim...” De acordo com um enfermeiro, a solicitação pelos usuários de receitas médicas e pedidos de exames para terceiros reflete o desconhecimento quanto às normas da equipe, pois tal conduta é proibida aos profissionais. Contudo, a insatisfação persistiu.

A ausência de médico na equipe contribui também para a insatisfação e manifestações de irritabilidade, diante da consulta de enfermagem. Os pacientes em situações mórbidas agudas, se necessário, serão atendidos pelas outras equipes, demandando prolongamento da espera até a efetivação da consulta. Em situações de ausência do enfermeiro, intensifica-se o volume de tarefas a serem realizadas pelo médico, prolongando mais uma vez o tempo de espera e acentuando a insatisfação e conflitos interpessoais. Um enfermeiro afirma que os usuários dirigem agressões verbais não apenas para os auxiliares, mas, para qualquer profissional da equipe que estiver próximo a eles: “É constante usuário agressivo, querendo alguma coisa, quer porque quer, e xinga qualquer um que tiver por perto...”

Os auxiliares procuram cooperar com o médico e o enfermeiro da equipe e vice-versa, ao perceber qualquer situação constrangedora. Os profissionais afirmam chamar a gerente ou o guarda da Unidade para intervir no problema e tentar amenizá-lo. O auxiliar de enfermagem explica: “Eu não interfiro porque fica pior... quando tem confusão com o colega, quem for, você vai chamar alguém para resolver... Você fica próximo para defender alguma coisa, mas você entrar, discutir e tomar as dores, você nem deve fazer isso...”

Auxiliares e enfermeiros relataram que alguns usuários chegam agressivos na Unidade em decorrência dos problemas enfrentados no lar ou na família, e qualquer dificuldade em obter atendimento provoca o agravamento da situação. Viu-se que os profissionais compreendem a influência das condições de vida no comportamento apresentado pelos indivíduos, no entanto relatam desconforto ao sofrer agressões verbais.

As entrevistas e as observações de campo evidenciaram tranquilidade e cautela por parte dos trabalhadores ao lidar com o paciente agressivo. Algumas estratégias utilizadas são: retirar-se de perto do paciente deixando-o se acalmar, conversar com os acompanhantes para expor qualquer informação e, ainda, ignorar as agressões verbais.

Nesse capítulo foi descrito o trabalho dos auxiliares e enfermeiros no acolhimento, enfocando as competências utilizadas por eles para atender às diversas demandas apresentadas pelos usuários e garantir um atendimento eficaz. A seguir esses dados serão discutidos à luz da literatura sobre o tema.

6. DISCUSSÃO

Considerando que todo trabalho só é possível graças à capacidade do profissional de resolver problemas, antecipá-los e tomar decisões em tempo real (ASSUNÇÃO, 2003), esta investigação analisou as competências mobilizadas pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros no trabalho de acolhimento em uma UBS de Belo Horizonte.

Como relata Zarifian (2001), os trabalhadores desenvolvem competências para tomar iniciativa e assumir responsabilidade diante das situações profissionais com as quais se deparam. Os resultados apresentados permitem afirmar que o acolhimento é uma atividade

dinâmica, indispensável para a organização dos serviços na Unidade e cujo principal objetivo refere-se à garantia de uma assistência universal e resolutiva aos indivíduos. Para o enfrentamento das dificuldades e imprevistos relacionados às demandas dos usuários e ao contexto físico e organizacional do local, os profissionais mobilizam competências específicas como gestão do atendimento, habilidade afetiva, saber comunicar, saber diagnosticar e habilidade em lidar com o usuário, as quais resultam em novos modos operatórios e estratégias cognitivas de atuação.

De acordo com as definições de acolhimento, espera-se que o trabalhador seja capaz de atender à demanda espontânea, humanizar o atendimento, aumentar o acesso e solucionar os problemas de saúde apresentados pelos usuários (BRASIL, 2006a; MALTA, 2001; SILVA; ALVES, 2008; TAKEMOTO; SILVA, 2007). Contudo, as situações que os trabalhadores precisam gerir não são apenas aquelas previstas no quadro de funcionamento normal da produção ou serviço; existem variabilidades mais ou menos previsíveis, ou seja, aquelas já esperadas, e nem sempre desejadas, mas inevitavelmente presentes no cotidiano laboral (DANIELLOU; BÉGUIN, 2007). O trabalho dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros não se resume ao atendimento dos usuários, escuta de suas queixas e seu posterior encaminhamento na UBS. Viu-se nos resultados que as ações desses profissionais no acolhimento são condicionadas também à necessidade de se contornar o número de pacientes para consulta, os casos agudos, a ausência de médicos e enfermeiros na equipe, a dificuldade no registro do atendimento no prontuário eletrônico, dentre outros problemas.

A aprendizagem e a construção de experiências vão depender simultaneamente da diversidade de eventos e dos problemas encontrados, da avaliação e esclarecimentos quanto às propriedades das situações, razões das perturbações e julgamento quanto aos resultados obtidos, fracassos ou êxitos diante das iniciativas tomadas. Viu-se que os auxiliares e enfermeiros discutem com os colegas de equipe sobre algumas decisões tomadas, apresentando o resultado de tal ação. Essa troca de informações possibilita reflexões sobre os atos dos profissionais, contribuindo para o enriquecimento da experiência profissional.

Face ao planejamento e operacionalização da rotina de trabalho no acolhimento, bem como à necessidade de lidar com as circunstâncias que comprometem a sua condução, os auxiliares e enfermeiros empregam a competência gestão dos atendimentos. Vale lembrar que os profissionais realizam tarefas de complexidades distintas, conforme a sua formação

profissional. Wisner (1987) afirma que no intuito de impedir o confronto das diferentes tarefas a serem realizadas, evitando constrangimentos temporais, o trabalhador gerencia seu tempo e ordena suas ações, de diversas maneiras, em função dos fatos novos que se produzem sucessivamente.

Pela análise da competência gestão dos atendimentos evidencia-se a capacidade dos profissionais de readaptar e improvisar ações frente à ausência do médico e/ou enfermeiro na equipe, indivíduos sem identificação da UBS, inadequação de salas e dificuldade no registro de informações no computador. Tais ações propiciam aperfeiçoar o serviço, visando oferecer um serviço ágil e satisfatório aos usuários. O estudo de Souza *et al.* (2009) realizado em um hospital do Rio de Janeiro evidenciou que os enfermeiros também empregam estratégias na tentativa de driblar as inadequações, inexistência e/ou má qualidade dos insumos disponibilizados pela instituição e, assim, promover uma assistência de saúde efetiva, assegurar o cuidado e facilitar o processo de trabalho.

Estudos sobre o acolhimento na atenção básica descrevem a insuficiência de recursos humanos, a estrutura física precária das instalações, desequilíbrio entre demanda e oferta de consultas e a falta de informação dos usuários quanto ao trabalho das ESF. Adicionalmente, inúmeros problemas são enfrentados pelos profissionais no curso do processo de trabalho com pouca margem para solução e respostas (BELO HORIZONTE, 2006; LEITE *et al.*, 1999; NERY *et al.*, 2009; SHIMIZU *et al.*, 2004; SILVEIRA *et al.*, 2004).

A autonomia concedida pela gestão da Unidade aos trabalhadores influencia na construção de competências no acolhimento. Os resultados apresentados demonstram que a gerente da Unidade não exerce um controle rigoroso da forma de execução do acolhimento, e, diante disso, os profissionais podem tomar as decisões necessárias quanto à resolução dos problemas de saúde do usuário.

Uma das principais etapas do acolhimento consiste na compreensão da queixa do usuário para a definição da conduta mais adequada às suas necessidades. Para tanto, os auxiliares e enfermeiros empregam a competência saber diagnosticar, que, segundo Taylor (1995), torna os profissionais capazes de desenvolver um raciocínio científico para a avaliação e cuidado dos pacientes, além de estabelecer as intervenções mais adequadas.

A análise do problema de saúde e relatos dos sujeitos é possível, pois os profissionais baseiam-se nos conhecimentos formais, na intuição e na experiência de trabalho (ALMEIDA, 2004). No presente estudo, a utilização desses saberes possibilita aos trabalhadores questionar os relatos do usuário, associar as informações prestadas com os achados físicos, suspeitar dos sinais e sintomas e/ou detectar o problema de saúde apresentado pelo indivíduo. Segundo Epstein e Hundert (2002), a aparência do usuário é um dado usado pelos profissionais para gerar hipóteses ou conclusões a respeito do seu quadro clínico.

Evidenciou-se ainda o reconhecimento pelos profissionais do acolhimento da influência dos aspectos físicos, emocionais e socioeconômicos no processo saúde-doença, corroborando com a opinião de vários autores, os quais destacam a necessidade do diagnóstico de enfermagem ser global para o estabelecimento de um tratamento adequado às reais demandas dos indivíduos (ALMEIDA, 2004; BALDI, 2006; COLOMÉ, 2005; LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; SILVA; ALVES, 2008; WITT *et al.*, 2006).

Paralelamente à competência saber diagnosticar, a habilidade afetiva emerge nos momentos de interação entre trabalhador e usuário no acolhimento, sobretudo no que tange à escuta inicial e à consulta de enfermagem. A PNH, em um dos documentos sobre o acolhimento, explicita a importância de o trabalhador envolver-se com os problemas dos pacientes para a melhora do quadro clínico e psicológico dos mesmos (BRASIL, 2006a). Para Ghiorzi (2003), ao cuidar do usuário o profissional deve parecer simpático, estabelecer vínculos e ter interesse em conhecer a história de vida do mesmo já no primeiro encontro.

O afeto é mencionado como exigência de diversas profissões, mas, no caso dos serviços de saúde, o conteúdo das demandas apresentadas pelos indivíduos contribui para o desenvolvimento de novas formas de agir, pensar e sentir (ASSUNÇÃO; LIMA, s/d). Sendo assim, situações em que os usuários estão emocionalmente abalados, tanto pelo quadro de adoecimento manifestado, quanto por problemas de natureza familiar, dentre outros, requer um maior comprometimento pessoal dos auxiliares e enfermeiros para confortá-los. Além disso, o fato de lidarem com doenças passíveis de serem desenvolvidas em qualquer pessoa, como no caso do câncer genital de uma usuária atendida no acolhimento, faz com que os profissionais se sensibilizem ainda mais com a situação de seus pacientes.

Algumas das competências descritas por Witt *et al.* (2006) para atuação dos enfermeiros na atenção básica estão relacionadas à habilidade afetiva, sendo elas: demonstrar sensibilidade pelo outro, humanizar a assistência, apresentar solidariedade e cidadania, além de solucionar os problemas de saúde dos indivíduos. O estabelecimento, pelo profissional do acolhimento, de uma escuta atenta, paciente e preocupada em amenizar a dor física e psicológica do sujeito viabiliza o início de uma relação de ajuda e confiança entre ambos. Para aqueles usuários que dirigem-se à UBS com queixas resultantes de problemas emocionais, o acolhimento se configura em um espaço de escuta, apoio e compreensão das dificuldades e perturbações de vida expostas. Os auxiliares e enfermeiros buscam por meio de uma conversa, estimular o usuário a cuidar de si e de sua saúde.

Para Zhang *et al.* (2001), o profissional está mobilizando a competência habilidade afetiva a partir do momento que manifesta interesse pelo estado do paciente e faz o que for preciso para tentar solucionar o seu problema. A preocupação dos auxiliares e enfermeiros em impedir o agravamento do quadro de saúde dos indivíduos, manifesta-se por meio de ações como solicitar aos ACS agilidade no cadastramento da equipe, procurar médico para os usuários agudos e atender os que chegam à UBS após o término da escuta.

Um diálogo franco, educado e objetivo por parte dos atores envolvidos nas práticas de saúde contribuem para a qualidade do atendimento aos indivíduos (GARDNER *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2008; SAÚPE *et al.*, 2007; WITT; ALMEIDA, 2008). Nesse contexto, notou-se que, ao longo do trabalho no acolhimento, a competência saber comunicar foi utilizada pelos profissionais para esclarecer aos usuários informações quanto às normas da equipe e impasses no atendimento.

Zarifian (2003) ressalta que comunicar é buscar uma compreensão mútua em relação a um determinado objetivo, sendo que para uma comunicação bem-sucedida torna-se fundamental entender as opiniões do outro e respeitá-las, promovendo uma relação de troca, cooperação e parceria. Viu-se que os auxiliares e enfermeiros buscam convencer os indivíduos sobre as dificuldades e imprevistos enfrentados para a realização do acolhimento, na tentativa de reduzir a chance de insatisfação dos mesmos com a assistência prestada pela equipe.

Embora uma comunicação cordial e enfática pelos trabalhadores possa amenizar a ansiedade dos pacientes e conflitos quanto ao atendimento oferecido no serviço de saúde (FIDELIS; MURAMATSU, 1999), os resultados apresentados demonstram a necessidade de os

profissionais utilizarem habilidades de autocontrole para conduzir o trabalho em meio às agressões verbais vivenciadas. Observou-se que alguns pacientes revoltam-se, conturbando a rotina da equipe, especialmente nos casos de atrasos ou prolongamento dos atendimentos e priorização dos usuários agudos para consulta médica.

Beech e Leather (2006) mencionam que os atos de violência por parte dos pacientes, incluindo a agressão verbal, são influenciados pelas características intrapessoais, dificuldades sociais vivenciadas e questões ligadas à organização da instituição. Esses fatores ligados à agressividade dos usuários assemelham-se àqueles relatados pelos profissionais do presente estudo, os quais ainda destacam o desconhecimento dos usuários quanto às normas da equipe. Para fins de resolução do problema, é importante definir se há uma deficiência da equipe em não disponibilizar tais informações, se o indivíduo realmente não entende as normas ou se ele prefere ignorá-las para obter o que deseja.

A centralidade na figura do médico da equipe é constatada no cotidiano de trabalho do acolhimento, pela frequente procura da demanda espontânea por atendimento com o profissional e pela revolta manifestada pelos indivíduos quanto à sua ausência ou encaminhamento para a consulta de enfermagem.

A priorização de atendimento aos pacientes agressivos que causam perturbação na UBS é uma estratégia similar à descrita no estudo de Velloso *et al.* (2005), em que os sujeitos violentos, conhecidos pelo potencial de risco para a comunidade e para o serviço de saúde eram rapidamente consultados pelos profissionais da equipe, impedindo possíveis confrontos no local.

Apesar de cada profissional da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar e ACS) apresentar uma função específica no acolhimento, existe uma certa colaboração recíproca e troca de conhecimentos entre eles. O respeito às opiniões de cada integrante da equipe nos processos decisórios pode ser fator de fortalecimento das relações de trabalho e ponto de partida para o estabelecimento do vínculo.

Finalizando, ao analisar a atividade do acolhimento na ótica das competências profissionais percebe-se que os trabalhadores, a fim de organizarem e gerirem o cotidiano laboral, criam seus próprios esquemas de ação, propõem cooperações aos colegas de trabalho, armazenam

informações pertinentes e buscam alternativas para viabilizar suas ações (SCHWARTZ, 1998). Ao reinventar o modo de trabalhar no acolhimento, os auxiliares e enfermeiros articulam as escolhas pessoais e culturais com as exigências da tarefa e as ordens do serviço (SCHERER *et al.*, 2009; SILVA, 2008).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou que a gestão do trabalho pelos profissionais no acolhimento depende da utilização das competências profissionais, as quais possibilitam aos trabalhadores responderem às dificuldades e exigências de um contexto específico. Como afirmam Witt *et al.* (2006) as competências constituem-se em elementos orientadores das relações e das práticas na atenção básica, favorecendo diretamente a atuação dos trabalhadores das ESF. Para os autores, a lógica das competências insere um novo modelo na atenção à saúde, ao invés de determinar uma lista exaustiva de atividades a cumprir.

O preenchimento das lacunas existentes entre o conhecimento profissional e as demandas da prática no acolhimento pode ser analisado por meio das ações efetuadas pelos profissionais, os quais demonstram iniciativa e soluções criativas ao buscar satisfazer as necessidades dos usuários que procuram a Unidade. As competências gestão do atendimento, habilidade afetiva, saber diagnosticar, habilidade em lidar com o usuário e saber comunicar fundamentam a realização de um atendimento universal, integral, resolutivo e humanizado proporcionado pelos profissionais.

A formação teórica dos trabalhadores e a experiência adquirida na prática determinam a construção das competências, facilitando, por sua vez, o planejamento e a realização da escuta inicial e das consultas de enfermagem, um “possível” diagnóstico das condições de saúde apresentadas pelos usuários, bem como o fornecimento de orientações e esclarecimentos diversificados àqueles que buscam por informação.

De acordo Zarifian (2001), o trabalho se torna o prolongamento direto da competência pessoal que o indivíduo mobiliza diante de uma situação profissional e depende da maneira como ele a enfrenta. Constatou-se que as prescrições referentes ao ato de acolher são superficiais e não contemplam as variabilidades existentes no processo de trabalho. O desconhecimento ou

despreparo da instituição em lidar com esses aspectos e entender os conhecimentos e habilidades mobilizados pelos trabalhadores de forma individual ou coletiva podem comprometer a qualidade da assistência. Sugere-se que os gestores das Unidades acompanhem de perto o trabalho dos profissionais, entendendo a realidade do cotidiano laboral no acolhimento para, assim, atender às necessidades de ajustes e melhorias no ambiente e na organização dos serviços. Espaços de discussão e pactuação de ações entre os profissionais das diversas equipes mediados pela gerente da unidade possibilitariam a superação de um processo de trabalho fragmentado e prejudicial à concretização dos objetivos propostos pelo SUS.

Espaços de discussão e dinâmicas são estratégias que permitem para analisar coletivamente o processo de trabalho no acolhimento, contemplando os conhecimentos apreendidos diariamente pelos profissionais na prática de trabalho e o desenvolvimento de autonomia. Ademais, propiciariam a formalização e o compartilhamento dos diversos modos de agir e modos operatórios empregados. Tais estratégias podem enriquecer a representação dos indivíduos que compõem a equipe no tocante aos constrangimentos, “gargalos” e discrepâncias entre o plano da gestão do sistema e a realidade do atendimento.

Apesar das contribuições do estudo quanto à identificação e análise das competências empregadas pelos profissionais para agir em uma atividade complexa como o acolhimento, algumas limitações merecem ser destacadas. Primeiramente, não foi realizada a etapa de confrontação dos resultados da entrevista e observação sistemática. Embora a abordagem metodológica adotada tenha se mostrado satisfatória para os objetivos elaborados, este estudo apresenta limites dada a ausência da etapa de autoconfrontação. Essa técnica consiste em apresentar aos próprios trabalhadores os comportamentos registrados, visando aprofundar pontos específicos e permitir a palavra livre do trabalhador, a fim de captar o sentido atribuído por eles próprios aos seus comportamentos e modos operatórios (CASTRO *et al.*, 2006).

Outra limitação referiu-se à ausência de informações sobre o entendimento que a gerente da UBS possui em relação ao trabalho desenvolvido pelos auxiliares e enfermeiros no acolhimento, visto que o papel da gestão na construção e consolidação das competências é fundamental.

A dificuldade de dialogar com outros autores que estudam as competências profissionais no âmbito da ergonomia foi também uma limitação encontrada. Estudos nacionais e internacionais que abordam o tema ainda são incipientes, em especial na área da saúde, na atenção básica e no acolhimento. Por último, vale ressaltar que as competências profissionais são reveladas em circunstâncias distintas e próprias de cada indivíduo, não podendo ser extrapoladas para todos os profissionais de Unidades praticantes do acolhimento, cujas tarefas não possuem semelhanças com aquelas abordadas nesta investigação.

Como visto anteriormente, alguns problemas vivenciados pelos profissionais da pesquisa são reconhecidos pela gestão da atenção básica no município de Belo Horizonte, dentre eles: a inadequação de área física nas UBS para o atendimento da população adscrita e o desconhecimento dos indivíduos em geral quanto às normas de atendimento das ESF (BELO HORIZONTE, 2006; LEITE *et al.*, 1999; NERY *et al.*, 2009; SHIMIZU *et al.*, 2004; SILVEIRA *et al.*, 2004). Segundo os trabalhadores, existe um projeto futuro de direcionar algumas das sete equipes para a UBS mais próxima, diminuindo o intenso fluxo de usuários no local. Quanto à falta de informação dos sujeitos, os profissionais, especialmente os ACS poderiam orientá-los nas visitas domiciliares sobre o modo de utilização dos serviços de saúde oferecidos na Unidade, além de afixar cartazes na parte externa dos consultórios e/ou disponibilizar panfletos com as regras de atendimento.

Da mesma forma, são necessárias iniciativas da SMSA/BH para melhorar os fatores que comprometem o registro das consultas no prontuário eletrônico, os quais afetam diretamente o tempo de espera dos usuários para atendimento, influenciando os quadros de agressividade dos mesmos.

A utilização da ATE mostrou-se como uma metodologia adequada para atender aos objetivos da pesquisa. A análise do ato de acolher os indivíduos, incluindo os obstáculos enfrentados pelos profissionais e os efeitos da sua influência nos atendimentos, assim como a mobilização de competências para o desenvolvimento de modos de agir e estratégias para efetuar o trabalho possibilita atuações efetivas e direcionadas por parte dos gestores do sistema de saúde. Abrem-se perspectivas de novas pesquisas nessa direção quanto a outros serviços de atendimento à saúde, uma vez que a diferença entre o que é prescrito pela organização e o que é realmente efetuado pelos profissionais gera questionamentos e conclusões que não são facilmente compreendidos sem um olhar aprofundado da atividade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. A. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 3, p. 279-283, mai./jun. 2004.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNADJER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005.

AMALBERTI, R. Savoir faire de l'opérateur: aspects théoriques et pratiques en ergonomie. In: ALMABERTI, R., MONTMOLLIN, M., THEUREAU, J. *Modèles en analyse du travail*. Liège: Mardaga, 1991. p. 280-294.

AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa de saúde da família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 905-914, abr. 2008.

ASSAD, L. G.; VIANA, L. Saberes práticos na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 1, p. 44-47, 2003.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

ASSUNÇÃO, A.; LIMA, F. P. A. As aproximações da ergonomia ao estudo das exigências afetivas das tarefas. In: ROCHA, L. E; GLINA, D. M. R. *Saúde mental e trabalho*. São Paulo; Editora Roca, no prelo.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: MINAYO, C.; MESQUITA, J.M.H. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, no prelo.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BALDI, M. D. B. *Competências para promoção e educação em saúde em estudantes de nível médio de enfermagem*. 121 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

BEECH, B.; LEATHER, P. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, v. 11, n. 1, p. 27-43, jan./ feb. 2006.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *A atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local*. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2006. 130 p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. O Sistema Municipal de Saúde em Belo Horizonte. Disponível em: http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4338&id_nivel1=-1. Acesso em: 12 de agosto de 2008.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&. Acesso em 12 de agosto de 2009.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, jan./abr. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Título VIII. Seção II - Da Saúde. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI_8080.pdf. Acesso em: 20 mai. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – Humanizausus*: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em 20 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. (a) *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. (b) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 63p (Série A. Normas e Manuais Técnicos/ Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASILIA. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área da saúde. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/diretrizes_curriculares.pdf. Acesso em 08 de setembro de 2009.

CAMELO, S. H. H. *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 28 de jul. 2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p 105-111, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 08 de ago. 2008.

CASTRO, I.S, CAMPOS, N.A., ASSUNÇÃO, A.A., LIMA, F.P.A. Diferenças interindividuais em teleatendimento de emergências: explicitação por meio da entrevista de autoconfrontação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 31, n. 114, p. 83-96, 2006.

CHOMPRÉ, R. R. S. *et al.* O acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 51-57, jul./dez. 2000.

COLOMÉ, I. C. S. *Trabalho em equipe no programa saúde da família na concepção de enfermeiras*. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, suppl., p. 191-202, 2002.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - Princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M.. *Planejamento e gestão em saúde*. Cadernos de Saúde 1, Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 13-25.

DANIELLOU, F.; BÉGUIN, P. Metodologia da ação ergonômica: abordagem do trabalho real. In: FALZON, P. *Ergonomia*, São Paulo: Editora Blucher, 2007. p.281-301.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA*, v. 287, n. 2, p. 226-235, jan. 2002.

FALZON, P. Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia: elementos de uma análise cognitiva da prática. In: FALZON, P. *Ergonomia*, São Paulo: Editora Blucher, 2007. p. 3-19.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau-humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2001.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilema entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n.3, p. 111-118, set./dez. 2005.

FIDELIS, W. M. Z.; MURAMATSU, C. H. Conhecimento dos alunos que ingressam no curso de auxiliar de enfermagem em relação ao ser profissional e as suas atribuições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 217-223, set. 1999.

FLEURY A.; FLEURY, M. T. L. *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 2000.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1328-1333, set./out. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim- MG. In: MERHY, E. E. *et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006. p. 37-54.

GARDNER, A. *et al.* From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, v. 17, n.2, p.250-258, jan. 2008.

GARDNER, G. *et al.* Nurse practitioner competency standards: findings from collaborative Australian and New Zealand research. *International Journal of Nursing Studies*, v. 43, n. 5, p. 601-610, jul. 2006.

GARRIGOU, A. *et al.* Activity analysis in participatory design and analysis of participatory design activity. *International Journal of Industrial Ergonomics*, v. 15, p. 311-327, 1995.

GAUDART, C.; WEILL-FASSINA, A. L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle: une approche ergonomique. *Formation-Emploi*, n. 67, p. 47-62, 1999.

GHIORZI, A. R. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. *Revista Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 551-558, out./dez. 2003.

GILS, J. J. A. Panorama general de la experiencia de Espana em materia de formación basada em competencia laboral. In: CINTERFOR. Seminario Internacional sobre Formación Basada em Competencia Laboral: situación actual y perspectivas, 1., 1996, Guanajuato. *Documentos presentados*. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1997. p. 59-68.

GONCZI, A. Enfoques de educación y capacitación basada em competencia: la experiencia australiana. In: CINTERFOR. Seminario internacional sobre formación basada em competencia laboral: situación actual y perspectivas, 1., 1996, Guanajuato. *Documentos presentados*. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1997. p. 69-77.

GUÉRIN, F. *et al.* *Compreender o trabalho para melhor transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. 200 p.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./ jun. 1999.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. M. C. Competências para ação educativa da enfermeira *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 25 de mai. 2008.

LEPLAT, J. Compétence et ergonomie. In: ALMABERTI, R., MONTMOLLIN, M., THEUREAU, J. *Modèles en analyse du travail*. Liège: Mardaga, 1991. p. 263-278.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001.

MACHADO, A. P. C. *et al.* O trabalho em uma Unidade Básica de Saúde: uma abordagem da Ergonomia. In: ABERGO. XV Congresso Brasileiro de Ergonomia, 15, 2008, Porto Seguro. *Anais*. Porto Seguro: Associação Brasileira de Ergonomia, 2008.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-146, jul./ago. 2000.

MAGGI, B. *Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem estar, a aprendizagem*. São Paulo: Ed. Edgard Blucher, 2006. p. 211-224.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. 2001. 427 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional, das dimensões conceituais e políticas. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 64, p. 13-49, set.1998.

MAROY, C. A análise qualitativa de entrevista. In: ALBARELLO, L. *et al.* *Prática e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, p. 117-155, 2005.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução; notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006. p. 15-35.

MINAYO, M.C.S. (Org.); GOMES, S. F. D. R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007. p. 108.

MINET, F. *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*. Paris: L'Harmattan, 1995. p. 32-55.

MONTMOLLIN, M. *L'intelligence de la tâche: Elements d'Ergonomie Cognitive (Sciences Pour la Communication)*. Berne: Peter Lang, 1984. p. 91-106.

MONTMOLLIN, M. *A Ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. 160 p

MONTMOLLIN, M. Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonomie. In: BARBIER, J. M. *Savoir théoriques et savoir d'action*. Paris: Presses Universitaires de France, 1996. p.189-202.

NERY, S. R. *et al.* Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, suppl., p.1411-1419, 2009.

NESCON – NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. Projeto Recursos humanos, formação e trabalho em saúde. Relatório final: *Estudo das competências mobilizadas pelos trabalhadores no setor saúde*. Precariedade e precarização do trabalho no setor saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2007. Projeto de pesquisa. 97 p.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no PSF. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, mai./jun. 2007. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 13 de mai. 2009.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 12 set. 2009.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N. A. *Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 90 p.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; JÚNIOR, A. G. S. Integrality in the population's health care programs. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, mar./abr.2007.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 401-422. set. 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./ fev. 2003.

REIS, M. A. S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafio para a mudança das práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, set./dez. 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./ abr. 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 23-34, jan./fev. 2008.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, mai./jun. 2005.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBARELLO *et al.* *Prática e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 2005. p. 84-116.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cadernos RH Saúde*, v. 1, n. 3, p. 51-61, 1993.

SANTOS, A. M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista>. Acesso em: 05 fev.2008.

SARMET, M. M. *Análise ergonômica de tarefas cognitivas complexas mediadas por aparato tecnológico: quem é o tutor na educação a distância?* 2003. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

SAÚPE, R. *et al.* Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Texto & contexto- Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 654-661, out./dez. 2007.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, aug. 2009.

SCHIMITH, M. D. *Acolhimento e Vínculo em uma equipe de saúde da família: realidade ou desejo?* 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2000.

SHIMIZU, H. E. *et al.* A prática do auxiliar de enfermagem do Programa de Saúde da Família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 713-720, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 11 de out. 2008.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n.65, p. 1-19, dec.1998.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, suppl., p. 203-211, 2002.

SILVA, C. A. F. A gestão de si na reinvenção das normas: práticas e subjetividade no trabalho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 111-123, out./dez. 2008.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVEIRA, M. F. A. *et al.* Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 9, n. 1, p.71-78, jan./jun. 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, N. V. D. *et al.* O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 356-361, jul./set. 2009.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL - Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas, 2002, São Paulo. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 02 mai. 2008.

STROOBANTS, M. A visibilidade das competências. In: ROPÉ, F.; TANGUY, L. (Orgs.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na empresa e na escola*. Campinas: Papirus, 2004. p. 135-166.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TAYLOR, C. Rethinking nursing's basic competencies. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 9, n. 4, p. 1-13, jul. 1995.

TERSSAC, G. Savoirs, compétences et travail. In: BARBIER, J.-M. *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Presses Universitaires de France, 1996. p. 223-248.

TERRIEN, J.; LOIOLA, F. A. Experiência e competência no ensino: pistas de reflexões sobre a natureza do saber ensinar na perspectiva do trabalho docente. *Educação & Saúde*, Campinas, v. 22, n. 74, p. 1-15, abr. 2001.

VALOT, C.; GRAU, J. C.; AMALBERTI, R. Les métaconnaissances: des représentations de ses propres compétences. In: WEILL-FASSINA, A.; RABARDEL, P.; DUBOIS, D. *Représentations pour l'action*. Toulouse: Octares Éditions, 1993. p. 271-293.

VELLOSO, I. S. C. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 302-308, out./dez. 2005.

ZARIFIAN, P. *Objetivo e competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 2001. 197 p.

ZARIFIAN, P. *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Ed. Senac São Paulo, 2003. 192 p.

ZHANG, Z. *et al.* Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, v. 33, n. 4, p. 467-474, 2001.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. *Mundo Saúde*. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 312-317, abr./jun. 2006.

WEILL-FASSINA, A.; PASTRÉ, P. As competências profissionais e seu desenvolvimento. In: FALZON, P. *Ergonomia*. São Paulo: Ed. Blucher, 2007. p.175- 191.

WEILL-FASSINA, A.; PASTRÉ, P. As competências profissionais e seu desenvolvimento. In: FALZON, P. *Ergonomia*. São Paulo: Ed. Blucher, 2007. p.175-191.

WISNER, A. *Por dentro do trabalho: ergonomia: método e técnica*. São Paulo: FTD/Oboré, 1987. 189 p.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. *Public Health Nursing*, v. 25, n. 4, p. 336-343, jul./ aug. 2008.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P.; ARAÚJO, V. Nurses' competencies in primary health care: a Delphi technique study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n. 3, 2006.

WITTORSKI, R. *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris: L'Harmattan, 1997. p. 21-35.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro da entrevista semiestruturada com os auxiliares de enfermagem e enfermeiros do acolhimento

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1- Qual a sua formação profissional? Há quanto tempo você trabalha nessa profissão e no Programa de Saúde da Família - PSF?
- 2- Como é feito o acolhimento no Santa Mônica? Descreva a sua função no acolhimento.
- 3- Em sua opinião, qual a importância do acolhimento para a Equipe de Saúde da Família - ESF e para a Unidade?
- 4- Como é o trabalho da equipe durante o acolhimento? Existem relações de cooperação entre os integrantes?
- 5- Quais os critérios utilizados para encaminhar o usuário? (Consulta de enfermagem ou consulta médica)
- 6- Quais as dificuldades encontradas durante a realização do acolhimento? Como você faz para contornar os problemas e não comprometer o seu trabalho?
- 7- Você já vivenciou algum problema com o usuário durante o acolhimento? O que você fez para amenizar esse problema?
- 8- Você já vivenciou algum problema com os colegas de equipe durante o acolhimento? O que você fez para amenizar esse problema?
- 9- Como é feito o encaminhamento do usuário agudo para as outras equipes? Como se dá a relação entre as equipes?
- 10- Qual é o perfil do profissional que trabalha no acolhimento?
- 11- Você já realizou algum curso ou capacitação em Saúde da Família? Qual? Este curso contribuiu na realização do seu trabalho?
- 12- Você possui alguma(s) sugestão(ões) de melhoria para o acolhimento?

ANEXO B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa intitulada: A construção de competências e o trabalho de acolhimento em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte.

A presente pesquisa tem como objetivo estudar a dinâmica do acolhimento aos usuários em uma unidade básica e identificar os saberes mobilizados na prática de trabalho pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

Caso concorde em participar, uma pesquisadora o acompanhará durante o acolhimento para observação e realizará uma entrevista individual com V. S^a. As visitas do pesquisador à UBS terão dia e hora marcados e as informações anotadas durante a observação serão posteriormente confrontadas com os sujeitos pesquisados. O seu nome não será divulgado. A sua participação é voluntária; o (a) senhor (a) não será penalizado (a) caso se recuse participar. Os entrevistados não receberão qualquer benefício material pela sua participação.

Para obter informações adicionais sobre a pesquisa, favor ligar para a pesquisadora responsável Ana Paula Coelho Machado, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina no telefone (31) 3409-9711, ou no celular (31) 93366660. As orientadoras da pesquisa são as professoras Soraya Almeida Belisário e Ada Ávila Assunção, ambas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da mesma universidade.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Ana Paula Coelho Machado

Consentimento:

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi uma cópia do mesmo com a minha assinatura. Decido participar da pesquisa “A construção de competências e o trabalho de acolhimento em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte” respondendo ao questionário, ciente de que posso negar a minha participação no momento que desejar.

_____, _____ de _____ de 2009

Assinatura do entrevistado

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo ao participante, e que as informações foram fornecidas em uma linguagem clara e compreensível.

_____, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistador

O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma via sob a guarda do entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador.

ANEXO C – Cópia da aprovação do COEP da UFMG

Parecer nº. ETIC 542/07

Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D – Cópia da aprovação do COEP da SMSA de Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 054/2006

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde*

Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcellos

Pesquisador Responsável:

- 1) Ada Ávila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Belisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Ávila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patricia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da Resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou no final deste, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006.

ANEXO E – Comprovante de qualificação

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública <i>Seminários em Saúde Coletiva</i></p>	
<p><i>Certificado</i></p>		
<p>Certifico que Ana Paula Coelho Machado participou do <i>Seminários em Saúde Coletiva</i> promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, A Construção de Competências e o Trabalho de Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, perante banca examinadora.</p>		
<p>Belo Horizonte, 24 de novembro de 2008.</p>		
<p> P Profª Sandhi Maria Barreto Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública</p>		