

JOÃO HÉLDER LOPES DE SOUSA

**A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ANGICOS DE MINAS EM
BRASÍLIA DE MINAS: um estudo de caso**

CORINTO/MINAS GERAIS

2010

JOÃO HÉLDER LOPES DE SOUSA

**A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ANGICOS DE MINAS EM
BRASÍLIA DE MINAS: um estudo de caso**

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado ao curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Stela Maris Aguiar Lemos

CORINTO/MINAS GERAISMG

2010

ii

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que me deu seu exemplo de vida. Mulher determinada e de caráter inabalável que com sua paciência sobre-humana, carinho e amor desmedidos, me ensinou que a vida não é fácil, mas que pode e deve ser vivida com alegrias e gargalhadas. Obrigado pelo colo, pelos puxões de orelha e pelo orgulho coruja. Te amo.

A Laisy, minha companheira, sem a qual esta caminhada teria sido muito mais difícil.

Aos trabalhadores da unidade de saúde de Angicos de Minas que me acolheram muito bem.

Aos pacientes que me ensinaram muito mais que os livros, as aulas ou os professores.

E por fim ao meu pai, o qual sempre foi meu incentivador no caminho dos livros.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar o processo de implantação do acolhimento na unidade de saúde de Angicos de Minas e analisar os discursos de trabalhadores e usuários ao longo deste.

Métodos: Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados deu-se por observação participante e discussões de grupo com usuários. Na análise do conteúdo foi utilizado a categorização por temas.

Resultados: Mostrou-se que, antes da implantação do acolhimento, as funções dos trabalhadores eram determinadas por uma divisão burocrática do trabalho, centrada no médico, e o fluxo de atendimento era rígido, restringindo o acesso da população ao serviço. As reclamações dos usuários decorrentes deste atendimento, a entrada de um novo médico na equipe e uma normativa da secretaria de saúde motivaram a equipe para a implantação do acolhimento na unidade. Durante e após a mudança, o novo processo de trabalho flexibilizou as funções, descentralizando a responsabilidade do atendimento para o restante da equipe. Principalmente da enfermagem. A equipe mostrou-se durante o processo resistente a mudança e queixou-se do aumento da demanda. Os usuários elogiaram principalmente a facilitação e a humanização para obtenção de atendimento. No entanto, o aumento da demanda e a quantidade insuficiente de consultas ofertadas comprometeram parcialmente o acesso proporcionado.

Conclusões: A implantação do acolhimento na unidade aumentou o aproveitamento do potencial técnico dos trabalhadores não médicos e proporcionou um maior acesso a unidade. No entanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a efetivação do que objetiva o acolhimento: a produção social da saúde.

ABSTRACT

Objectives: This study aim to characterize the “user embracement” implementation in a care unit in the city of Brasília de Minas and analyze the speeches of workers and users throughout this.

Methods: it is a case study with a qualitative approach and the data were collected through participant observation and group discussions with users. A theme categorization was used to analyze the material.

Results: The reserch showed that, before the “user embracement” implementation, the workers functions werw determined by a bureaucratic division, centered in the in the figure of the physician, and the attendance, the arrival of a new physician in the unit and a normative from the secretariat of health had motivated, the team to implement the “user embracement” in the unit. During ang after the implementetion process, the functions became more flexible, increasing the responsibility of the non-physician practitioners, mostly the nursing staff. The team revealed resistant and complained about the increasing demand. The users had mainly praised about care attainment and its facilitation and humanization. However, the increasing demand and the insuficient amount of offered appointments had partially compromised the access.

Conclusions: The “user embracement” implementation improved the non-physician practioners technical skills use and provided a greater access by users. However, there is still a long way to the “user embracement” objectives accomplishment: the social production of health.

SUMÁRIO

RESUMO	iv
ABSTRACT	v
1 INTRODUÇÃO	01
2 REVISÃO DE LITERATURA	02
2.1 Histórico da atenção primária à saúde	02
2.2 Atenção Primária, Atenção Básica e ESF	04
2.3 Acesso e Acolhimento	06
2.4 PSF Angicos de Minas	09
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 MÉTODOS	13
4.1 Tipo de Estudo	13
4.2 Cenário do Estudo e Estratégia	13
4.3 Amostra	14
4.4 Coleta de Dados	14
4.5 Aspectos Éticos	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	17
5.1 A Unidade antes da implantação do Acolhimento	17
5.1.1 A Dinâmica de Trabalho da Equipe	17
5.1.2 O acesso ao atendimento – a recepção e o agendamento de consultas	20
5.2 A motivação da equipe para a mudança e a implantação do acolhimento	22
5.2.1 As motivações	22
5.2.2 O modelo proposto	22
5.2.3 A reação da equipe a proposta	25
5.2.4 A implantação do acolhimento	26
5.3 A unidade após a implantação do acolhimento	28
5.3.1 A dinâmica do trabalho: da resistência a aceitação	28
5.3.2 O acesso ao atendimento; a entrada da demanda e os problemas com a agenda	31
6 CONSIDERAÇÕES	35
7 REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o dicionário Aurélio, Acolhimento: “ 1. Ato ou efeito de acolher; recepção. 2.Atenção; consideração. 3.Refugio, abrigo, agasalho. (Sin. Ger.: Acolhida)”.¹

Pode-se dizer que Acolhimento em saúde consiste em uma tecnologia para reorganização dos serviços de saúde que visa ao acesso universal, a resolubilidade e ao atendimento humanizado.² Tecnologia baseada na escuta de todos os pacientes, no intuito de oferecer uma resposta positiva aos seus problemas de saúde. Além disso visa a descentralização do atendimento, classicamente centrado na figura do médico, estendendo-se para toda a equipe, o que aumenta a oferta de serviços.²

O Acolhimento como proposta surge como uma resposta aos problemas históricos referentes ao acesso dos serviços de saúde pública no Brasil, que persistem mesmo com os avanços e conquistas no Sistema único de Saúde (SUS) e com a criação da Estratégia em Saúde da Família (ESF). Problemas que decorrem do modo de organização de parte dos serviços de saúde, em que o atendimento é obtido por meio da marcação de consultas em dias específicos, com a formação de filas, em que não há qualquer tipo de avaliação de potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Modelo no qual a resolubilidade e a eficácia são baixos e há pouca ou nenhuma responsabilização por parte dos funcionários pelos problemas trazidos pela população.³

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) cria a Política Nacional de Humanização (PNH) – O HumanizaSUS, cuja proposta é assegurar a atenção integral a população e estratégias de ampliar a condição de direitos e cidadania a população. Dentre os objetivos do HumanizaSUS está a proposta do acolhimento e acesso aos usuários como instrumentos de transformação das formas de produzir e prestar serviços a população.^{4,5}

A partir das considerações feitas e com a inversão do modelo técnico e assistencial nos serviços de saúde do Município de Brasília de Minas, realizar o processo de implantação do acolhimento no PSF de Angicos em Brasília de Minas, justifica-se pela relevância de registrar como essas mudanças estão se dando e se os objetivos propostos estão sendo alcançados, segundo a percepção de trabalhadores e usuários de serviço de saúde durante o processo de implantação do acolhimento.

A escolha do PSF de Angicos de Minas como objetivo deste estudo de caso deveu-se ao fato de a Unidade vivenciar esse processo no momento em que este profissional está trabalhando neste PSF, despertando a curiosidade para os impactos que esta mudança produziria.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2. Histórico da atenção primária à saúde

Com a conferência de Saúde realizada em Alma Ata em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com presença de 134 países e 67 organismos internacionais, foi um marco de influências nos debates sobre os panoramas das políticas de saúde no mundo, a medida que se reafirmava a saúde como direito fundamental.^{8,9} Realizada num contexto de crise monetária mundial, no qual muitos países possuíam dificuldades em gerir os gastos na saúde, configurou-se um ótimo momento as reformas imediatas no setor.⁸ No caso brasileiro, o referencial determinado na conferência inspirou a implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 70 e início de 1980.⁸ Tais serviços começaram a ser organizados a partir dos postos ou Centros de Saúde (CS) já existentes. Os quais passaram a ser vistos como “porta de entrada” de um sistema público de serviços que constituiriam um eixo para uma construção de uma proposta de uma atenção primária a saúde.¹⁰

Os postos de saúde, criados no início do século XX, com o intuito de combater, conforme se acreditava na época, a ignorância do povo a respeito da higiene e ineficácia da saúde pública diante os desafios sanitários colocados pelos movimentos de urbanização e industrialização no Brasil, passava, a ser utilizados, então, como sede das reformulações da atenção básica.^{10,11} Deviam exercer junto a população ações de promoção e educação em saúde e prevenção de doenças, bem como oferecer consultas médicas a grupos epidemiologicamente relevantes como crianças, gestantes e portadores de doenças infectocontagiosas, por exemplo. Desta forma estruturava-se uma rede de atenção primária a saúde inovadora do ponto de vista institucional, mas, que apesar de assumir papel central na estratégia de vigilância epidemiológica, não garantia um cuidado integral, ou um controle mais abrangente dos determinantes de saúde da população.¹⁰ A exclusão deliberada de clientes que pudessem buscar livremente as unidades para o atendimento de suas inúmeras demandas e necessidades individuais parece ter sido uma imposição decorrente dos objetivos da organização e o marco definitivo para do fortalecimento de seus (dos CS) princípios. Em outras palavras, ao delinear e circunscrever o seu objetivo de trabalho, o CS tinha a possibilidade de desenvolver toda a potencialidade de uma estrutura organizacional do tipo burocrático.¹¹

Os anos que se seguiram caracterizado pelo processo de redemocratização do país, vieram acompanhados por profunda crise no setor de saúde. O modelo de estado mínimo, transferiu sua regulação para o mercado, produzindo a mercantilização da assistência, o que dificultou um estabelecimento de um sistema público de saúde ampliado. Com o fim do regime militar em 1985,

iniciou-se o processo de formulação de uma nova constituição, a qual daria novos rumos para política pública na área.⁸

Nesse período ocorre a convocação para a VIII conferência Nacional de Saúde, em 1986, que formaliza um conjunto de princípios para a reforma sanitária brasileira, propondo um sistema único de saúde, sob regulação do estado que objetivasse eficácia, eficiência e equidade e que fosse construído, dentre outras premissas, através da consciência popular, e da implantação de um novo modelo assistencial.¹²

Tais determinações influenciam decisivamente na construção do texto da Constituição Federal de 1988, que legitima o SUS como sistema de saúde público brasileiro cujo “corpo jurídico” ganha mais forma, posteriormente, através das leis n.8080 (lei orgânica da saúde) e n.8142 de 1990.¹³ A Constituição em seu artigo 196, finalmente, afirma a saúde como: “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação.”¹⁴ Assim, as necessidades individuais e coletivas em saúde passam a ser de interesse público e a prestação dos serviços um dever do estado.¹³

Para Campos, a construção do SUS deu-se de modo precário e concernente a implementação de um sistema único nacional de saúde, porém teve sucesso como política estatal socializante e democrática, no que refere ao acesso universal a saúde. Na medida que vem na contra-mão da tendência privatizante e neoliberal presente na sociedade e no estado brasileiro neste período.¹⁵ Desta forma, o SUS precisava provocar transformações profundas na assistência à saúde e o território para efetivação de tais mudanças, deveria ser a atenção básica, através do princípio da descentralização da gestão.¹⁶ A municipalização e a consolidação dos sistemas locais de saúde surgem como políticas setoriais que viabilizam este princípio.

A partir de 1991, a tendência de descentralização toma força, culminando com a criação do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS) em julho desse ano e posteriormente com o Programa de saúde da família (PSF), em 1994, rebatizado em seguida de Estratégia de Saúde da Família (ESF).^{16,17}

A ESF surge, então, como uma forma de reorientar o modelo de assistência em saúde vigente, sintonizada com os princípios do SUS, cujo objetivo é determinar uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população.

2.2 Atenção primária, Atenção básica e ESF

Há diferentes concepções acerca dos termos “atenção primária” e “atenção básica a saúde”, sendo utilizados ora como sinônimos ora como contraposição.⁸

As diferentes interpretações a respeito do conceito de atenção primária se explicam através da trajetória histórica da qual foram gerados. Estas interpretações variam de uma visão da atenção primária como estratégia de reordenamento do setor de saúde, ou estratégia de reorganização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, ou ainda, programa com objetivos restritos voltados a satisfação de necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade. Esta última interpretação com predomínio entre os países em desenvolvimento.⁸

Ainda sobre os achados, poucas são as referências ao termo atenção básica em artigos científicos e documentos estatais brasileiros, e nas que existiam, eram utilizados como sinônimos de atenção primária no sentido de “porta de entrada” do sistema de saúde, tendo sua unidade básica, a sua instância operacional.⁸

O conceito de atenção primária como entrada do sistema, porém diferenciado da atenção básica quando caracterizam esta apenas como parte daquela, em que as necessidades básicas de saúde estariam agrupadas em um pacote mínimo.¹⁰ Segundo estes autores, a atenção primária seria, então, um nível próprio de atendimento com capacidade para resolver necessidades de saúde que incluiriam intervenção clínica individual, bem como as demandas básicas da população.¹⁰

Um nível de atenção primária adequadamente organizado constitui condição essencial para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo, de acordo com o que preconiza o SUS.²⁰

A partir destes pressupostos teóricos pode-se refletir acerca de quais pilares conceituais foi construída a política de ESF.

A inspiração para a construção da ESF veio de experiências advindas de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, onde os serviços de saúde pública já haviam alcançado bons níveis de qualidade.²¹ A reformulação da estratégia tinha vistas a reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança do objeto da atenção (do indivíduo para a família e a comunidade), forma de atuação e organização dos serviços, reorganizando a prática assistencial segundo novos critérios.²⁰

Estes serviços passaram a ser norteados por ações de proteção e de promoção à saúde, realizadas através de equipes de saúde que atendem não apenas na unidade básica, ou local de saúde, como também na comunidade.²² O MS (1997) é claro ao enfatizar que a mudança deve ser centrada nos princípios da vigilância à saúde.²³

Baseado nestas orientações, é possível perceber que a ESF reforça, desde a sua criação, a noção de atenção primária como espaço para a vigilância epidemiológica e prevenção de doenças e

não para o exercício da clínica individual. Esta tradição brasileira de valorizar a função de saúde pública na atenção primária em detrimento da atenção clínica tem raízes históricas e, conforme Campos (1999) se deve principalmente a influências do modelo de saúde norte americano, onde a atenção primária é essencialmente voltados para programas preventivos e de promoção a saúde e a trajetória histórica de construção do SUS (como enfatizado anteriormente), em decorrência da importância da doutrina de saúde coletiva na sua constituição.¹⁵ Na Europa têm-se tradição distinta, com predomínio da função clínica, o que se reflete na constituição das equipes de saúde, geralmente centradas na figura do médico.¹⁵

Justamente, através da composição de suas equipes de saúde, é que a ESF transparece em sua função primordial em vigilância em saúde. Conforme a portaria ministerial n. 1886/1997, a equipe básica de saúde da família deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe deve ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida no máximo 1000 famílias ou 4500 pessoas. O número de ACS varia de acordo com o número de famílias sob responsabilidade da equipe, numa proporção de um agente para no máximo 150 famílias ou 750 pessoas a serem acompanhadas.²³ Equipe esta que deve desenvolver ações de promoção, proteção e prevenção e recuperação de saúde, trabalhando de forma multidisciplinar, a partir de protocolos clínicos e epidemiológicos, junto a população pertencente a sua área de atuação ou adscrita.²³

O aspecto de relação interativa entre os profissionais e a comunidade, faz da ESF uma política marcadamente inovadora, porém de execução complexa pela ambição de suas atribuições propostas.²¹ O único modo de viabilizar tais metas passa pelo planejamento, previsão e preparação do município bem como profissionais e comunidades para a empreitada, o que de certa forma vem acontecendo.²¹

Atualmente a estratégia conta com mais de 26 mil equipes de saúde famílias em todo o Brasil, uma cobertura que corresponde aproximadamente a 60% da população.²⁴ No entanto, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, principalmente após a criação da ESF, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde no que se refere ao acesso.²⁵ A problemática do acesso sempre permeou as discussões a respeito da implantação de um sistema de saúde que fosse universal.

2.3 acesso e acolhimento

O direito à universalidade ao acesso dos serviços de saúde deve ser pensado a partir da construção do estado democrático de direitos, a medida que a universalidade constitui um princípio deste estado, que garante a cobertura os riscos sociais de sua população. No caso, brasileiro, com o SUS, a universalização de direitos e a participação comunitária na definição das políticas de saúde tiveram como princípio fundador a superação da meritocracia e a adoção da cidadania como critério de acesso.²⁶

A acessibilidade ou acesso seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde quando necessário de modo fácil e conveniente.²⁷ Outros autores o caracterizaram de forma mais ampla, ao afirmar que o acesso a saúde estaria ligado as condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação abrangendo também a acessibilidade aos serviços, a qual extrapola a dimensão geográfica, englobando o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural que envolve normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados as necessidades da economia.¹⁶ A acessibilidade, então, envolveria três aspectos fundamentais: o geográfico o econômico e o funcional.¹⁶

Com relação a esses critérios, ressalta-se as orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a respeito das necessidades dos serviços serem próximos as casas dos usuários, a fim de minimizar tempo e gastos despendidos com o transporte, bem como, do ponto de vista funcional, quanto às necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem a demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.²⁸ A autora ainda afirma que é a utilização dos serviços e não apenas a sua existência que comprova o real acesso a eles.²⁸

Como visto anteriormente, no Brasil, as políticas de saúde, orientadas pelo princípio da universalidade do SUS, apresentam reiteradamente o acesso dos usuários aos serviços como parâmetro norteados para a construção dos planos e projetos nacionais, regionais e municipais de ampliação das redes de serviços de saúde existentes. No entanto, nos últimos anos, a ênfase tem sido para a questão da responsabilização dos trabalhadores de saúde pelos problemas trazidos pela população. Este aspecto, inerente a organização do processo de trabalho em si, questiona o acesso como decorrente apenas da presença física de recursos.¹⁶

Nesse sentido, a proposta do acolhimento é tido como uma “tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas a garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento”.² Tecnologia que se baseia na escuta de todos os problemas de saúde trazidos pelos pacientes, com responsabilização por parte dos trabalhadores de saúde.² Estas escutas e responsabilizações se fazem através da criação de vínculos e compromissos de projetos de

intervenção, sejam eles terapêuticos ou promotores de saúde.^{2,29}

O acolhimento quando entendido como o desenvolvimento de uma relação efetiva entre o profissional de saúde e usuário, denuncia o contraste com o cotidiano muitas vezes encontrados nos serviços de saúde que são marcados pela indiferença, por ações automatizadas ancoradas em rotinas previsíveis, rígida e estressante que caracterizava até pouco tempo grande parte do setor de saúde.¹² Desdobra-se daí a questão do modo de organização destes serviços, em que o atendimento, centrado na consulta médica, é obtido através de marcação de consultas em dias específicos, com a formação de filas intermináveis, em que o critério para obtenção do atendimento é a ordem de chegada.³⁰

A implantação do acolhimento nestes serviços de saúde objetiva a mudanças organizacionais que reorientam a lógica em que o trabalho se baseia, passando a se orientar por critérios de acesso além do atendimento ocupando na fila de espera, por indicação de situação de risco/gravidade, procurando permitir que todos expressem seu sofrimento, além de proporcionar uma abordagem geral e holística do indivíduo por parte da equipe e construir uma intervenção interprofissional na assistência.^{2,31}

Identifica-se, então, com o acolhimento a proposta de um modelo clínico/epidemiológico que atenda a necessidade de atendimento da demanda espontânea e imediata, bem como aos programas de saúde pública. Modelo este caracterizado pela descentralização do atendimento classicamente focado no médico, estendendo-se para toda a equipe e proporcionando um aumento na oferta de serviço.^{2,16}

Há muitos relatos na literatura de experiências de implantação do acolhimento bem sucedidas, em locais de unidades de saúde em Minas Gerais e no Brasil, sendo muitas delas anteriores à definição do acolhimento como diretriz operacional do SUS, conforme definido pelo MS, em 2003, através da criação do PNH e HumanizaSUS.^{2,12,13,16,41} Com relação a esse histórico o MS³² afirma: A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS, Reconhecer essa longa trajetória, ao falar do acolhimento, significa reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático.³²

Para a PNH, o acolhimento consiste em ação tecno-assistencial orientada pela mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meios de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade como reconhecimento do usuário como sujeito participante no processo de produção da saúde. Implica em proporcionar atendimento a todos que procuram um serviço de saúde, com resolubilidade e responsabilização, referenciando a outros serviços se necessário, a fim de garantir a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esse serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.³¹

A fim de viabilizar a implantação do acolhimento nos serviços de saúde, a PNH³² propõe algumas reflexões e sugestões, tais como:

- Organizar as unidades de saúde com os princípios da responsabilidade territorial, adscrição da clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo-se o acolhimento como prática intrínseca inerente ao exercício profissional em saúde. Tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.
- Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com os usuários, familiares e comunidade, bem como, o reconhecimento e atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública. A elaboração de protocolos, sob a intervenção da ótica multi-inter-profissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe.
- Implantar a sistemática de atendimento na rede SUS de forma integrada, pactuando e explicitando com as várias unidades de saúde suas responsabilidades com a população adscrita e a atenção a demanda não agendada visando a capacidade resolutiva e a garantia de continuidade do serviço.
- Implantar as sistemáticas do acolhimento:
 - a) Na Atenção Básica (PSF), compatibilizando o atendimento com a demanda programada e não programada e desenvolvendo atividades de acolhimento na comunidade como rodas de conversas de quarteirão, terapia comunitária, grupos de convivência (artesanato, caminhada) entre outros.
 - b) Com Classificação de Risco nas Unidades de Urgência.
 - c) Nas Unidades de Atenção Especializada, flexibilizando a agenda de modo a garantir prioridade para pacientes que necessitem de agilidade diagnóstica, terapêutica e também atendimento a intercorrências, de menor gravidade dos pacientes em seguimento.
 - d) Nas Centrais de Regulação, objetivando garantir prioridade para os que necessitam de agilidade diagnóstica e terapêutica.
- Adequar a ambiência das unidades, para garantir confortabilidade, condição adequada e de biossegurança no trabalho, espaço para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar e social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento a pacientes críticos, como nos pronto-socorros, nos centros cirúrgicos, nas salas de procedimentos, nas UTI e enfermaria.
- Desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e

dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe,, reuniões com usuários na sala de espera, informação à comunidade e , principalmente, com estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando a carga horária e a escala da equipe.

- Promover a ampliação do debate, o aprofundamento teórico metodológico e a troca de eventos mediante eventos estaduais, regionais e municipais sobre o tema, envolvendo gestores, representantes de trabalhadores, usuários e instituições formadoras.
- Explicitar e discutir a proposta com a população e os atores políticos, de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas ao processo de inovação. Desenvolver campanha de comunicação social acerca do significado e da importância do acolhimento como estratégia de qualificação da atenção no SUS, de garantia de direitos dos usuários e da utilização adequada e das responsabilidades das unidades de saúde do SUS. (p.30-4)³²

Com base nestas orientações de implementação do acolhimento, cabe expor as peculiaridades do objeto do presente estudo de caso, com o intuito de melhor caracterizar, posteriormente, em que condições a mudança do modelo de atenção se deu na unidade.

2.4 PSF Angicos de Minas

O PSF de Angicos de Minas faz parte da rede de saúde do Município de Brasília de Minas em MG, sob gerência da SMS. A secretaria Municipal de saúde possui gestão plena da rede e coordena atualmente 8 PSFs, além de uma Unidade do VIVA VIDA e uma unidade do HIPERDIA, um CEO, um CAPS tipo 2, um NASF, além de um hospital municipal. Por meio desta rede são acompanhadas 30281 pessoas por meio da ESF, ou seja 100% de cobertura.

A Unidade de Saúde de Angicos de Minas, que abriga a Equipe de PSF Angicos de Minas, foi inaugurada a cerca de 10 anos e é situada a 15 Km de distância da sede, limita-se ao norte com o município de Japonvar, ao sul com a sede do município, a leste com o município de Mirabela e a oeste com o povoado de Vargem Grande. Se caracteriza por localizar-se numa elevação da depressão sanfranciscana e possuir clima quente, com períodos definidos de chuva e sol (seca), sendo este último predominante. Possui um povoado sede (onde se localiza o ponto de apoio do PSF) e várias aglomerações nas comunidades rurais. Algumas destas aglomerações são localizadas a quilômetros do povoado sede (mais de 10 KM), o que dificulta o acesso da comunidade aos serviços oferecidos. Essas aglomerações rurais, em grande número, representam a maior parte da população do distrito.

A população de Angicos possui características marcantes. Totaliza-se em aproximadamente 3700 pessoas com um número de famílias de 941. Observa-se famílias extensas (pais, filhos, avós e

netos). Como características principais da população, observam-se: Baixo nível sócio econômico e baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, predomínio da família nuclear e extensa, grande religiosidade, apego a costumes e crenças antigas, transferência de conhecimentos entre gerações, valorização da sabedoria popular, emigração da população jovem (que migram para outras cidades em procura de trabalho e melhor qualidade de vida), déficit de emprego e se constitui principalmente de lavradores que sobrevivem da agropecuária e extrativismo vegetal.

A principal atividade econômica é a agricultura de subsistência, no período de frutificação faz-se uso do pequiheiro (planta nativa) como alimento ou extração de óleos naturais (extrativismo vegetal).

A comunidade na sua maioria possui abastecimento elétrico, porém, o serviço de água e esgoto é precário. O distrito não possui rede de esgoto e toda a água é retirada de dois poços artesianos, a qual não é tratada.

Não existe serviço de coleta de lixo. Sem espaço apropriado para depositá-lo, este é jogado em valetas e/ou terrenos baldios. Nos períodos de chuva o lixo é levado pelas águas, poluindo rios, causando assoreamento e afetando a saúde da população.

Quanto aos aspectos sociais, a localidade em questão utiliza-se os recursos da educação, creches, associações comunitárias, quadra de esportes e grupos religiosos. Possui escola estadual que oferece o ensino médio e fundamental e várias escolas municipais próximas a pequenos povoados rurais. Possui duas creches comunitárias que acolhem cerca de 150 crianças de zero a 6 anos de idade.

Outro recurso importante são as associações comunitárias, criadas com o objetivo de melhoria dos aspectos rurais, elas se tornam, a cada dia, importantes aliados do serviço de saúde. Forma os principais informantes chaves e é a melhor forma de acesso a comunidade.

Por ser uma localidade rural, o lazer se restringe ao encontro de jovens nos finais de semana no único salão de dança local, em barezinhos, na igreja ou em jogos de futebol. Nos meses de junho, encontram-se as festas religiosas, principalmente as festas juninas, com bebidas e comidas típicas, quadrilhas e a chegada dos filhos da terra que partiram para outras cidades em busca de melhores condições de vida.

A comunidade de Angicos de Minas recebe assistência de uma Unidade de Saúde da Família que atuam na promoção e prevenção, além da atenção curativa. A equipe de Saúde da Família de Angicos de Minas é composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, uma auxiliar de consultório odontológico e uma técnica de higiene bucal além de uma auxiliar de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. A comunidade conta regularmente com atendimento da equipe de saúde no ponto de apoio do PSF e ao domicílio, durante as visitas domiciliares.

Os problemas de saúde mais comuns na localidade são hipertensão arterial, diabetes melitus, verminoses, distúrbios respiratórios, desnutrição doenças sexualmente transmissíveis (DST), lombalgias, acidentes com animais peçonhentos, cárie e doença periodontal dentre outros.

Na sua estrutura a unidade conta com sala de vacina, consultório médico e odontológico, sala de reuniões, sala de prevenção ginecológica, sala de curativo, farmácia, recepção, copa/cozinha, sala de esterilização e banheiros.

Tabela 1 – Distribuição da População Cadastrada em Angicos de Minas pelos ACS Segundo Faixa Etária e Sexo

FAIXA	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	1718	1650	3368
< 1 ano	23	23	46
1 a 4	81	94	175
5 a 9	148	137	285
10 a 19	426	390	816
20 a 49	650	594	812
50 a 59	157	177	334
60 e +	233	235	468

FONTE: Prefeitura Municipal de Brasília de Minas/SIAB, 2009

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar o processo de implantação de um novo modelo de atendimento baseado no acolhimento no PSF de Angicos de Minas em Brasília de Minas.

3.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o processo de trabalho no PSF de Angicos de Minas antes e após a implantação do acolhimento nas unidades de saúde ;
2. Caracterizar o acesso ao atendimento no PSF, segundo relato de usuários e funcionários;
3. Descrever e analisar os fatores que influenciaram a equipe na construção da proposta de acolhimento;
4. Descrever e analisar os discursos dos trabalhadores e usuários no decorrer do processo de implantação da proposta do acolhimento;

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo de caso social de caráter observacional, descritivo, com o emprego de metodologia qualitativa. Adaptado da tradição de pesquisa médica e psicológica, no qual o caso estudado é tipicamente um indivíduo, o estudo de caso analisa uma organização ou comunidade.³⁵

4.2 Cenário do estudo e estratégia metodológica

O estudo foi realizado no PSF de Angicos de Minas, cujo a autorização foi possível por intermédio da coordenação geral dos PSF. O pesquisador já trabalhava na unidade desde março de 2008, quando em setembro do mesmo ano soube das discussões a respeito da implantação do acolhimento nessa, surgindo então o interesse na execução da presente pesquisa.

O primeiro passo constituiu na verificação da possibilidade de realização da pesquisa na unidade, para isso foi conversado com a coordenadora de PSF e , em seguida, com o restante da equipe a respeito de como viam tal iniciativa. O aval dos funcionários foi obtido informalmente durante reunião da equipe, sendo registrado em ata. Partiu-se, então, para elaboração do projeto de pesquisa, que pronto foi submetido a SMS, a qual autorizou a realização do estudo.

A partir daí se deu a realização de pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema. A pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento de bibliografias já publicadas, sob a forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com estudos e pesquisas que já tenham sido publicadas sobre o assunto³⁶. De fato, o contato com as publicações a cerca do acolhimento, possibilitaram melhor compreensão do tema nos seus aspectos históricos, conceituais e operacionais.

Após a realização destas etapas, prosseguiu-se à coleta de dados por meio de estimativa rápida realizada dentro do espaço físico da unidade entre os meses de setembro de 2008 a maio de 2009.

4.3 Amostra

Os eixos norteadores do estudo foram: a) dinâmica de funcionamento do serviço antes e após a implantação do acolhimento; b) os usuários e funcionários do serviço envolvidos neste processo presentes na unidade durante o período de realização da coleta de dados.

Com relação aos usuários participantes, a seleção foi ao acaso no momento da coleta. Já com relação aos funcionários, vale ressaltar que apesar dos esforços em incluir todos no presente estudo, durante o período de realização da pesquisa, o quadro profissional do posto foi modificado devido a demissões e contratações. Tal fato, no entanto, não pareceu ter influência nos resultados obtidos.

No que concerne ao tamanho amostral, “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”³⁷, logo, o tamanho da amostra foi definido considerando critérios de saturação dos conteúdos das respostas, ou seja, considerou-se que repetição sucessiva de temas e conteúdos obtidos na pesquisa indicava a suficiência dos dados no tocante ao alcance dos objetivos do estudo.

Definidos a população e os sujeitos da pesquisa, a escolha da forma em que os dados foram coletados vem em seqüência.

4.4 Coleta de Dados

Esta etapa deu-se a partir da aplicação de duas técnicas qualitativas: observação participante e discussão de grupo.

A observação participante é uma estratégia de pesquisa que visa a obtenção de proximidade e familiaridade com um dado grupo de indivíduos ou uma comunidade em particular no seu próprio ambiente. Para atingir tal objetivo, utiliza-se de diferentes ferramentas metodológicas tais como: entrevistas informais, observação direta, participação nas atividades de grupo, discussões coletivas, análise de documentos produzidos pelo grupo, auto-análise e relatos de caso.

A observação participante possibilita um contato direto com a realidade investigada, descortina novos aspectos do problema e permite que a experiência pessoal do pesquisador auxilie na compreensão do fenômeno estudado.¹⁶

No presente estudo a observação participante foi inicialmente caracterizada como ferramenta para captar informações sobre o contexto do serviço, forma de organização e funcionamento durante o processo de implantação do acolhimento. No decorrer da pesquisa, no entanto, mostrou-se fundamental não apenas por possibilitar a escuta dos discursos de usuários e funcionários a respeito de suas percepções sobre acolhimento, bem como contextualizá-los com

suas vivências e entender suas motivações.

O fato de o pesquisador estar familiarizado com a equipe e com a estrutura físico-funcional da unidade, decorrente do trabalho diário que já realizava, influenciou decisivamente o sucesso do emprego da observação participante. Devido a este êxito, decorrente da riqueza de informações obtidas, optou-se por utilizá-la como técnica principal de coleta de dados do presente estudo.

As observações deram-se nos diversos ambiente da unidade, dos quais o mais explorado foi a sala de espera, no qual foi instalado o local do acolhimento, como será caracterizado posteriormente. As situações, discursos e os demais fatos considerados digno de nota pelo pesquisador, bem como aspectos flexivos inerentes a observação eram registrados em um diário de campo, no momento em que aconteciam. As observações aconteceram entre os dias 20 de setembro de 2008 e 24 de abril de 2009, em 12 (períodos vespertinos) ocasiões, totalizando 47 horas de observação.

Simultaneamente à observação participante, foram realizadas discussões de grupo com os usuários da unidade, como técnica complementar de coleta.

A aplicação da discussão de grupo se dá em uma ou mais sessões, em grupos de 6 a 12 pessoas, com um “animador” ou condutor que faz intervenções no decorrer das discussões. O papel do “animador” vai além do aspecto técnico de coordenação da discussão, devendo interagir com os participantes de forma motivadora.³⁷ No presente estudo, foi possível realizar apenas duas sessões de discussão de grupo, tendo a primeira seis participantes e duração de 25 minutos e a segunda com cinco participantes e duração de 10 minutos, realizadas respectivamente nos dias 29/01/09 e 26/02/09. a principal dificuldade encontrada para a realização dos grupos foi a etapa de recrutamento dos participantes, à medida que em inúmeras tentativas por parte do pesquisador ao realizar o convite, fosse individualmente ou para grupos de usuários presentes na sala de espera da unidade, encontrava repetida resistência por parte destes. Percebeu-se que a resistência era decorrente da ansiedade para obtenção da consulta médica, a qual transparecia através dos discursos daqueles que aguardavam na sala de espera dos consultórios. Recusavam o convite para a participação alegando, na maioria das vezes, a proximidade da consulta como impossibilidade para a concordância.

Apesar dos obstáculos enfrentados, as duas sessões foram realizadas no pátio da unidade e aos recrutados o pesquisador explicava sobre a realização da pesquisa e questionava a respeito do interesse do usuário em participar. Àqueles que concordavam em participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na concordância em participar da pesquisa, seguia-se a sua oficialização mediante a assinatura do documento, sendo que o sujeito recebia uma cópia do TCLE e a outra cópia era retida pelo pesquisador. Somente a partir da oficialização por parte dos participantes pré-selecionados, então tinha início a sessão. A questão que orientou a discussão em ambos os grupos foi: “fale o que

você achava da unidade antes do acolhimento e o que você acha depois do acolhimento”.

O diário de campo bem como as transcrições ficaram sob posse do pesquisador. Tal medida foi adotada a fim de garantir a confiabilidade dos dados. Todas as informações obtidas no transcorrer deste estudo foram utilizadas especificamente para os propósitos da pesquisa.

Os dados obtidos através da observação participante e das discussões de grupo foram analisadas por meio da utilização de técnicas de conteúdo do tipo análise temática³⁸.

A análise temática consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.³⁸ A análise de conteúdo compreende, segundo Bardin, três etapas: a primeira caracterizada pela pré-análise do material, consiste na sistematização das idéias iniciais através da leitura flutuante (leitura exaustiva e repetida do material a fim de possibilitar uma aproximação do tema). Em seguida, faz-se a exploração do material que se baseia na codificação ou enumeração por regras previamente definidas. Nesta etapa busca-se demarcar os núcleos de sentido e suas principais categorias. Finalmente, conclui-se a última etapa com o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.³⁸

4.6 Aspectos Éticos

Os participantes das discussões de grupo foram esclarecidos, a respeito dos objetivos do estudo, metodologia, riscos, inexistência de implicações em caso de participação ou recusa, assim como garantia de confidencialidade de resultados e autonomia para desistência em qualquer momento do estudo, sem quaisquer prejuízos pessoais. Além disso foi obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde após análise do projeto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estão apresentados neste capítulo os resultados obtidos através do presente estudo, bem como a análise dos achados comparando-os aos encontrados na literatura pesquisada. Optou-se por esta estrutura, com vistas a clareza da apresentação dos dados coletados, à medida que a obtenção e análise do material deram-se também de forma concomitante durante a realização da pesquisa, conforme método descrito.

Quanto à disposição do conteúdo em tópicos, prosseguiu-se deste modo para fins didáticos, conforme a categorização dos temas extraídos dos transcritos da observação participante e das discussões de grupo. Os temas categorizados foram definidos a partir dos objetivos almejados, sendo organizados da seguinte forma: o processo de trabalho e o acesso a unidade antes do acolhimento (a dinâmica de trabalho da equipe, a recepção e o agendamento de consultas), a motivação da equipe e o processo de implantação do novo modelo e as mudanças na dinâmica de trabalho e no acesso da população após a implantação do acolhimento.

5.1 A Unidade antes da implantação do acolhimento

5.1. A dinâmica de trabalho da equipe

O quadro funcional da unidade, como descrito anteriormente, era composto por 10 agentes de saúde, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, um auxiliar de limpeza, um médico, uma THD, uma ACD e um cirurgião dentista. A Coordenação da unidade era desempenhada pela enfermeira do PSF.

Conforme relatos de funcionários e observação realizada pelo pesquisador, os papéis desempenhados pelos membros da equipe possuíam definições claras, sendo orientados por um regime burocrático de divisão de trabalho, de acordo com as respectivas áreas de atuação.

Neste ambiente de funções rigidamente definidas, o técnico e auxiliar de enfermagem constituíam a frente do atendimento na unidade à medida que desempenhavam o atendimento na recepção e a marcação de consultas, além de atividades internas ao funcionamento da unidade. Devido àquelas funções, nas quais estabelecia contato direto com a população, eles eram o membro da equipe com quem o usuário geralmente, estabelecia seu primeiro contato ao entrar na unidade.

Além desta função o técnico e o auxiliar de enfermagem tinham como foco central de seu trabalho a realização de procedimentos, tais como administração de vacinas e medicamentos, aferição de pressão arterial e temperatura axilar, dentre outros classicamente atribuídos à profissão.

Seu contato com o usuário era pontual, restringia-se na maioria das vezes ao procedimento realizado.

Já a enfermeira desempenhava, além de gerência direta dos outros profissionais da unidade, ações de contato direto e, em algumas vezes, contínuo com a população. Ações tais como consultas de puericultura e pré-natal, coletas de preventivo, realização de grupos terapêuticos e visitas domiciliares a pacientes fisicamente impossibilitados de deslocarem a unidade. Acho que pelo fato de a enfermeira ser mulher, as ações em saúde da mulher desempenhada por esta tinha, em algumas vezes, a preferência das usuárias em detrimento das desempenhadas pelo médico homem, como afirmou uma usuária na sala de espera: *“gosto mais do pré-natal com a enfermeira do que com o médico, pois me sinto bem mais a vontade”*. Neste sentido, pode-se concluir que talvez esta profissional estabelecesse vínculo diferenciado com certos seguimentos da população.

No que concerne ao médico da família, além de consultas agendadas, realizava também grupos terapêuticos e visitas domiciliares a pacientes acamados, individualmente ou em conjunto com a enfermagem. Vale destacar que, apesar do atendimento prestado pela enfermagem ser visto de maneira positiva tanto por funcionários como por alguns usuários, o processo de trabalho na unidade era tradicionalmente centralizado nas consultas médicas, o que gerava uma grande procura dos usuários por estas, como será mais bem explicitado a diante.

Com relação às consultas médicas especializadas, o atendimento era oferecido a pacientes encaminhados pelo médico da família da própria unidade, as quais eram agendadas em centros específicos na sede.

Problemas com a demanda também enfrentava o serviço de odontologia da unidade que não era capaz de atender ao grande contingente que procurava o serviço.

Vale ressaltar, que a dificuldade em prestar atendimento à grande demanda que procurava a unidade constituía um problema enfrentado por todos profissionais da unidade, inclusive os profissionais da recepção. Com relação a este caráter mediador dos funcionários da recepção, Matumoto ³⁹ em estudo realizado junto a uma equipe de unidade de saúde de Ribeirão preto, analisou: Esse acúmulo (de ansiedades pelos usuários) nos trabalhadores, especialmente do setor da recepção se faz de forma intensa, talvez mais do que em outros trabalhadores em etapas posteriores do processo da unidade de saúde, por ser o primeiro contato com a unidade de saúde, quando a intensidade dos fluxos criados pelas necessidades está mais acentuada. (p.106)

Parte da dificuldade em atender à demanda devia-se ao modo como o atendimento decorria, centralizado na consulta médica, contando assim com número restrito de profissionais.

Estes problemas enfrentados pelos trabalhadores na unidade eram compartilhados e discutidos em reuniões de equipe, as quais ocorriam mensalmente, com a participação de todo o quadro funcional da unidade, com exceção dos agentes comunitários de saúde. Estas reuniões, se

não o único, um dos poucos momentos em que eram discutidos, de maneira conjunta e com a presença da coordenadora da unidade, as questões relacionadas a demanda.

Quanto a este aspecto, vale interrogar os fatores que implicavam na não participação dos ACS nestas reuniões. Dentre as justificativas, dadas por alguns trabalhadores da unidade estavam questões operacionais, como por exemplo, falta de espaço. Ainda, alguns acreditavam que as reuniões pouco contribuiriam para a prática dos agentes, conforme afirma a enfermeira: “(...) *também tem que ver se seria interessante para eles participarem (das reuniões) acredito que eles nem se interessariam, porque discutimos muita coisa interna do posto*”. Em parte esta noção de que o “interno ao posto” não é de interesse dos ACS se deve em parte à delimitação da área de trabalho destes, conforme enfatiza a SMS.³⁹ : *A atuação do ACS se dá exclusivamente na comunidade, captando os problemas de saúde e agravos ao meio ambiente. O agente não atua na unidade de saúde. Contudo, seu vínculo com a unidade e a equipe de saúde se dá através do enfermeiro responsável pela área de abrangência de cada unidade.*

O texto da Secretaria em parte justifica a relação que a equipe estabelecia com o ACS, já que em conformidade ao orientado, vinculava-se a ele através do enfermeiro instrutor em reuniões semanais. No entanto, essas reuniões possuíam caráter administrativo de acordo com o relato da enfermeira, não havendo espaço para discussões a respeito de temas abordados nas reuniões de equipe. Do mesmo modo, o que era trazido pelos agentes não era compartilhado ou problematizado com o restante dos funcionários.

Parecia se estabelecer, em verdade, uma relação excludente da equipe com os ACS. Os fatores que culminaram nesta relação não eram abertamente discutidos pelos trabalhadores que, como visto, encobria-nos deliberadamente ou não com justificativas técnico-operacionais. Os motivos decorressem talvez da falta de entendimento por parte da equipe sobre a relevância da contribuição dos ACS para a dinâmica desta ou talvez da existência de algum temor a respeito do que acarretaria esta participação. Com relação a isto, Matumoto³⁹ também concluiu: *Pesa igualmente a impotência desses mesmos técnicos-experts-especialistas diante do não saber o que fazer com problemas nunca antes enfrentados no âmbito de sua especialidade e que agora atravessam seu dia a dia, mesmo que não queiram, com a presença e a voz do ACS. Não encontram ferramentas para enfrentá-lo, então os repelem. Assim, se produz a não escuta tanto dos usuários, como dos agentes comunitários (...). (p.30)*

O sentimento de impotência expresso pela equipe diante das necessidades da demanda talvez se refletisse, como pontua a autora, na relação que esta estabelecia com os agentes, explicando sua segregação.

A partir da caracterização da dinâmica de trabalho da equipe, assinala-se a seguir o modo como se dava o acesso da demanda ao atendimento na unidade, através da descrição da recepção e

do agendamento de consultas.

5.1.2 O acesso ao atendimento: a recepção e o agendamento de consultas

A recepção era realizada pelo auxiliar de enfermagem e a técnica de enfermagem no espaço de entrada da unidade o qual era composto por um banco onde dava para acomodar cerca de 6 pessoas, onde os usuários aguardavam atendimento conforme ordem de chegada.

Os serviços prestados se davam dentro do período de funcionamento da unidade, das 07h às 16h, de segunda a sexta-feira e compreendiam o encaminhamento de pacientes para consultas agendadas no dia corrente e para ações de enfermagem, a marcação e entrega de exames e o agendamento de consultas.

O fluxo de atendimento seguia uma estrutura rígida que possuía como ponto de partida a identificação da demanda apresentada pelo usuário, assim que chegava ao balcão. Neste momento fazia-se necessário identificar se esta demanda constituía ou não a necessidade de consulta médica expressa pelo paciente. Em caso positivo, seguia-se na identificação de qual “categoria de usuário” aquele se encaixava, ou seja, se pertencia àquelas categorias que possuíam acesso facilitado: crianças, gestantes ou portador de doença crônica já em seguimento na unidade, como diabéticos e hipertensos. Nestes casos marcava-se a consulta solicitada conforme disponibilidade das vagas do médico. Nos casos que não preenchiam os critérios de acesso facilitado, orientava a retornar na sexta-feira próxima a partir das 07h quando se realizava o agendamento de consultas para a semana subsequente. Se ao contrário, a demanda não fosse por consulta médica, mas por procedimentos de enfermagem, obtenção de medicamentos na farmácia, ou por outras ações, o usuário era encaminhado para o setor correspondente a fim de ser atendido ou orientado a respeito de sua demanda. Nos casos ainda em que o usuário solicitava um atendimento imediato, por alguma queixa ou sintoma, era encaminhado a emergência (hospital).

É possível perceber ao analisar este fluxo de atendimento, a posição polarizada da consulta médica, no modelo de atenção existente na unidade. Como polarizadora, via-se sobrecarregada e, talvez, fosse essa sobrecarga a justificativa para a rigidez da estrutura do fluxo. Justificava-se à medida que precisava criar mecanismos de controle da demanda, já que o número de profissionais médicos era insuficiente para prestar o atendimento necessário.

Em estudo realizado na ULS Rosa Capuche em Betim-MG, ao se depararem com situação semelhante, destacaram o impacto deste modelo como opressor do potencial de assistência dos outros profissionais, subestimando-os no processo de trabalho e reduzindo a oferta de serviços.²

Desta forma é presumível concluir que as manhãs de sexta-feira eram caracterizadas por grande movimentação na unidade, o que de fato acontecia. Nestes dias de acordo com depoimento

do médico, a maioria dos funcionários entrava pela porta lateral da unidade para não ter de enfrentar a fila que se localizava diante da porta principal. Uma usuária relatou, em uma das discussões de grupo, as dificuldades que enfrentava quando precisava agendar consulta: “ *eu moro em uma área muito distante, tinha que sair de casa de madrugada para chegar aqui e tentar pegar uma ficha*”. Na mesma discussão de grupo, outra usuária reclamou: “*E no caso tinha que ficar na chuva. Eles nem tinham o mínimo de respeito de abrir o portão pra gente entrar, tinha que ficar na rua, um descaso total*”.

Como visto, os usuários permaneciam de madrugada em frente à unidade, sem nenhum tipo de proteção em relação climática adversas. Organizavam-se em filas conforme a ordem de chegada cujo controle dava-se por mecanismos estabelecidos por eles próprios, como através de senhas de papel, por exemplo. A preocupação em coibir possíveis “furadores de fila” era grande a medida que o sucesso na obtenção da consulta almejada dependia da posição ocupada pelo usuário na fila. Existia, inclusive, comércio de lugares na fila, como relatado por uma usuária durante uma discussão de grupo: “ *eu vinha as quatro ou cinco horas da manhã, já tinha gente aguardando o lugar para outras pessoas, porque tinha gente que eu conhecia que ganhava 5 ou 10 pilas para guardar lugar*”.

Assim, a partir das 08 horas da manhã, logo que as portas se abriam, a recepção era tomada por pessoas em busca de consulta médica. O número de consultas oferecido aos usuários era variável e resultava das vagas que restavam após o agendamento das consultas dos pacientes com acesso facilitado durante a semana. NA quinta-feira anterior, como afirmou um dos funcionários: “a gente sentava e via quantas vagas tinham para a semana seguinte”.

Era, no entanto, disponibilizado um número mínimo de consultas, correspondente em média a um terço da agenda. Outro ponto relacionado a disponibilidade de consultas médicas era a quase inexistência na unidade de atendimento médico a demanda espontânea, não havendo se quer reserva de vagas para situações de urgência. Por conhecer tal realidade, a maioria dos usuários procurava diretamente o pronto socorro do hospital.

É possível perceber, a partir do panorama relatado, que vários eram os problemas enfrentados pelos funcionários com relação a demanda. Com isto em mente, parte-se agora para a explanação das razões que motivaram a equipe na construção da mudança.

5.2 A motivação da equipe para a mudança e a implantação do acolhimento

5.2.1 As motivações

A discussão a respeito da necessidade de mudança na forma como o atendimento se dava na unidade fazia-se uma constante nas reuniões de equipe, desde a gerência do coordenador anterior ao atual, conforme o depoimento dos funcionários mais antigos. As filas para agendamento de consultas e as constantes reclamações por parte dos usuários constituíam os principais motivadores desta para a realização do acolhimento.

Deste modo, muitas foram as alternativas propostas pela equipe ao longo do tempo, como modificações na forma de disponibilizar a agenda de consultas, oferecer tratamento informal à demanda espontânea, como por exemplo, consulta de encaixe aqueles que procuravam o serviço, mas não haviam agendado consulta previamente. Estas alternativas, no entanto, tiveram pouco êxito a medida que a insatisfação de usuários e funcionários persistia.

5.2.2 O modelo proposto

O modelo teve como diretrizes norteadoras a adoção de uma postura acolhedora pela equipe com todos os usuários que procurassem a unidade e a escuta qualificada dos seus problemas. Com base nestes princípios, o atendimento seguiria duas rotinas paralelas, separadas aqui por entendimento didático, mas que na prática seriam complementares.

A primeira com as quais os funcionários já estavam habituados, a recepção e o encaminhamento de pacientes com consultas agendadas, a realização de procedimentos de enfermagem, atendimento na farmácia e consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, além das visitas domiciliares e dos grupos terapêuticos. Esta rotina, no entanto, seria permeada por outra orientada pela “equipe de acolhimento” composta por um técnico, um auxiliar administrativo e a enfermeira, que acolheriam todos os usuários que procurassem atendimento, porém não possuíssem consulta agendada.

De maneira geral, no entanto, a dinâmica de trabalho da equipe de acolhimento seguiria certa rotina, na qual o técnico de enfermagem do acolhimento realizaria a escuta dos pacientes e identificaria suas demandas, comprometendo-se em dar a estas um encaminhamento adequado. Passaria a ser o responsável pelo problema trazido pelo usuário podendo, no entanto, nos casos em que considerasse necessário, dividir esta responsabilidade com o médico ou enfermeiro da equipe. Desta forma, para aqueles pacientes encaminhados para consulta para profissional de nível superior, seria avaliada a necessidade desta se dar de caráter de urgência ou não. Nos casos urgentes, o

paciente seria encaminhado para a consulta no mesmo período, caracterizando a chamada “consulta de emergência”. Se não houvesse urgência para o atendimento, a consulta seria marcada conforme a agenda do médico ou enfermeiro.

Assim, os profissionais de nível superior passariam a ficar na retaguarda do atendimento. Mudança esta significativa para ambas as categorias, porém de maneiras distintas. O enfermeiro passaria a atender mais amiúde a clientela, tendo de resolver problemas com os quais não estava habituado a lidar, tendo de desenvolver todo o seu potencial clínico. A mudança para o médico, dava-se no sentido oposto, já que deixava de ser o centralizador do atendimento, resolvendo apenas aqueles problemas que necessitariam de uma avaliação específica a seu núcleo de competência.

Com relação ao agendamento de consultas, haveria modificações importantes. A equipe de saúde da família passaria a atender segundo a adscrição de clientela. Deste modo, de acordo com a área de residência do usuário agendar-se-ia a consulta para o profissional correspondente. Procurava-se, com esta mudança, possibilitar a continuidade da atenção da equipe a um usuário.

Outra alteração significativa seria a adoção de uma “agenda aberta”, ou seja, iriam ser disponibilizadas consultas agendadas durante todo o período de atendimento da equipe de acolhimento, não havendo mais um dia ou horário específico para a marcação, além disso, o agendamento, realizado pela recepção, seria conforme a necessidade do usuário. Assim todos teriam acesso facilitado à agenda e não apenas aqueles portadores de doenças crônicas, crianças e gestantes. No entanto, estes usuários pertencentes epidemiologicamente relevantes teriam seu atendimento garantido através de um sistema de reserva de consultas.

Como comentado anteriormente, no modo antigo o número de consultas médicas oferecido a maioria dos usuários resultava das vagas que restavam após o agendamento das consultas dos pacientes com acesso facilitado durante a semana, o que girava em torno de um quinto destas. No novo modelo haveria reserva de um número mínimo de consultas médicas e também de enfermagem, para cada categoria de usuário. Deste modo, das consultas médicas, 40% seriam destinadas a portadores de doenças crônicas, 8% a gestantes, 16% a crianças e aproximadamente 25% para usuários novos, além de 8% a retornos. Das consultas que passariam a ser realizadas pela enfermagem, 75% seriam divididas igualmente entre portadores de doenças crônicas, crianças e novos, e outros 25% entre retornos e gestantes.

Assim, o atendimento ao usuário que chegasse a unidade dar-se-ia conforme o fluxograma abaixo.

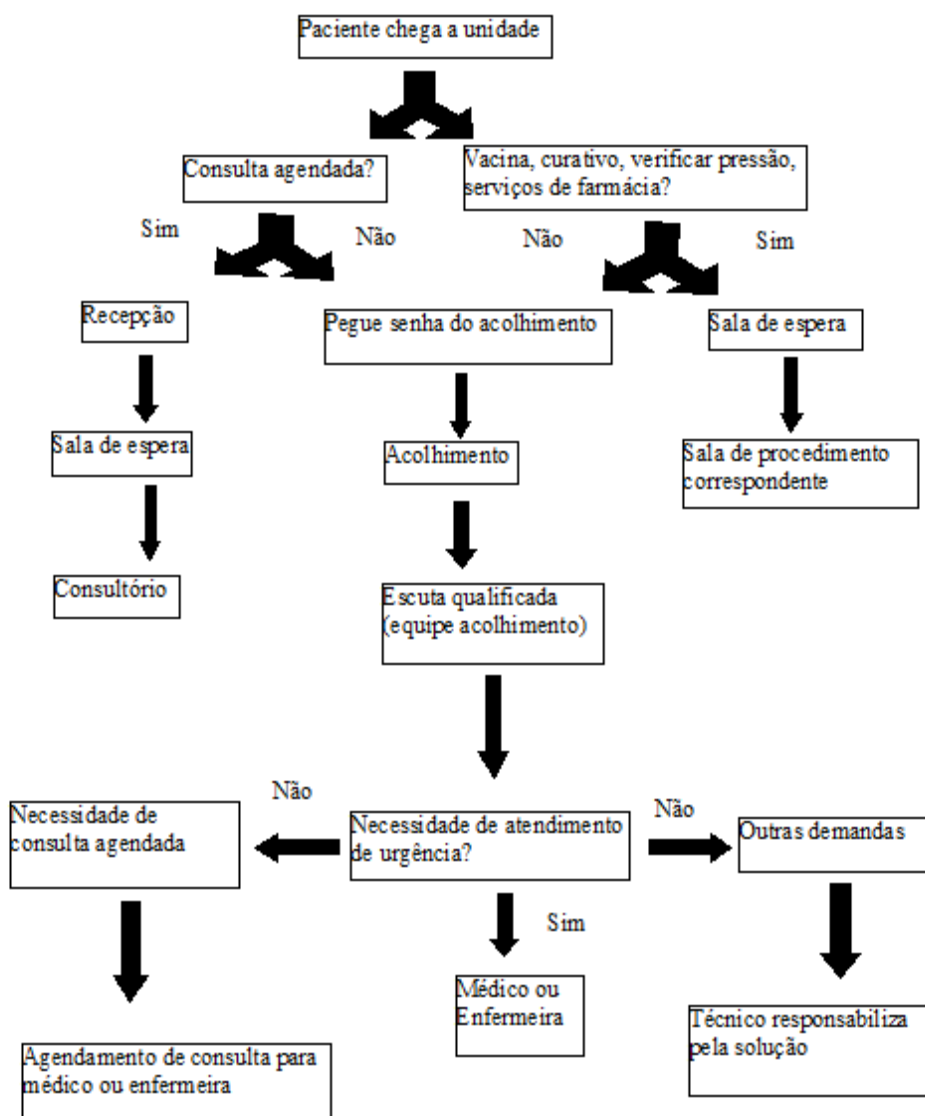


Figura – Fluxograma demonstrativo da configuração do atendimento na unidade
 FONTE: Dados primários

De acordo com este fluxograma pode-se perceber que os funcionários da recepção deixavam de desempenhar seu papel de recepcionar a clientela que chegava a unidade, o qual passaria a ser exercido de modo mais abrangente e humanizado pela equipe de acolhimento.

5.2.3 A reação da equipe à proposta

Durante a reunião em que o modelo foi apresentado, foi possível perceber o temor de grande parte da equipe com relação à mudança. A discussão foi caracterizada por falas exaltadas e muitas eram as dúvidas, principalmente a respeito de novas funções que teriam de desempenhar a partir da implantação do acolhimento. Talvez, grande parte do temor se devesse a insegurança gerada por estas alterações na divisão de trabalho, a qual perdia seus limites rígidos bem definidos. É considerado este temor apenas como uma resposta diante do novo, própria da condição humana.²

Com relação às mudanças no processo de trabalho, notava-se que a maior parte das dúvidas partia da equipe de enfermagem, talvez porque suas funções fossem as que sofreriam as modificações mais significativas ou porque estivessem relutantes em aceitá-las. A necessidade de imprevisto e a responsabilidade decorrentes desta mudança na função da enfermagem, gerou grande desconforto nestes, como a enfermeira afirmou não se sentir capacitada para conduzir uma consulta de urgência, pois acreditava que esta se tratava de uma tarefa de competência do médico. Neste ponto foi intensa a discussão a respeito dos limites entre as duas áreas de atuação. O médico afirmou que a enfermagem deveria atender apenas pacientes com queixas subjetivas sem indícios de morbidade orgânica.

Verifica-se, através da análise destes conflitos, o quanto o trabalho na unidade ainda obedecia a lógica corporativa das profissões o que dificultava a abertura para a interação requerida em espaços interdisciplinares, necessários para a viabilização do acolhimento. A diferenciação de áreas de competência e de responsabilidade em campo e núcleo poderia subsidiar uma série de negociações no serviço de saúde⁴⁰. O campo de competência seria o espaço mais geral dos saberes de uma especialidade dada, no qual ocorreria a interseção com outras áreas do conhecimento e do núcleo, o mais específico, compreenderia as atribuições exclusivas da especialidade em questão, o campo de competência teria, então definições e contornos menos precisos e o núcleo, por outro lado, possuiria limites bem definidos. Assim pode-se assegurar tanto a necessária existência de *experts*, quanto propiciar um plano no qual todos possuem capacidade resolutive, explorando as potencialidades técnicas dos diferentes profissionais envolvidos em um projeto de intervenção. Vale ressaltar, no entanto, que apesar destes conceitos propiciarem esta visão diferenciada do trabalho interdisciplinar, do modo como é executado em alguns serviços de saúde, este depende também de certas sutilezas que ultrapassem conceitos teóricos de gestão, como a predisposição subjetiva para lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de forma compartilhada.

Além dos limites de suas funções, a equipe ainda questionou aspectos relativos ao conceito

de acolhimento apresentado, como a noção de “escuta qualificada” o qual muitos não compreendiam, tendo dificuldade de diferenciá-lo de triagem. Foi tentado delimitar as características de cada um dos conceitos, afirmando a noção de “escuta qualificada” como um instrumento humanizador do atendimento, à medida que proporcionaria a todos os usuários a possibilidade de manifestar sua demanda, dando-lhe o encaminhamento devido, o que extrapolaria a noção de simples triagem de agravos.

Outra questão controversa foi a realização de consultas de urgência no serviço. Alguns acreditavam que a unidade iria se transformar em um “grande PA” e não compreendiam a necessidade da realização deste tipo de atendimento na unidade, pois, segundo eles, já existia um PA na cidade que desempenhava esta função.

Durante a reunião, especulou-se a respeito da entrada desordenada de usuários na unidade, muitos dos quais solicitariam consultas desnecessárias apenas pela facilidade em obtê-las. De fato, o aumento da demanda parecia ser um dos principais pontos fomentadores do temor a equipe em relação ao acolhimento. Este entendimento transparece o quão importante era a agenda como instrumento controlador do fluxo na unidade.

De uma maneira geral, foi possível que mesmo participando ativamente do processo de construção do modelo, a equipe parecia resistente a muitos pontos da proposta de mudança. Neste sentido resalta-se como decisivos o acordo e empenho da maioria dos trabalhadores na viabilização de um novo modelo de saúde⁴¹. Vale ressaltar, no entanto, que apesar desta participação ativa, as diretrizes norteadoras da proposta não foram delineadas apenas pelos trabalhadores da unidade, mas principalmente pela administração municipal, o que em parte talvez explicasse a resistência observada.

Ainda assim, o modelo foi aprovado integralmente pela equipe e, em seguida, apresentado a SMS e também aprovado por esta. No dia 1º de agosto de 2009, a unidade de Angicos de Minas passava a atender sua clientela segundo a lógica do acolhimento, processo este descrito a seguir.

5.2.4 A implantação do acolhimento

O primeiro dia foi caracterizado por grande movimentação na unidade, mesmo inexistido uma divulgação oficial a respeito da implantação. Houve, no entanto, o cancelamento da marcação de consultas na sexta-feira anterior, para que se pudesse iniciar o novo sistema de atendimento sem consultas agendadas, a fim de reorganizar o agendamento da área adscrita. Deste modo, àqueles usuários que procuram a unidade da semana anterior, foi realizada divulgação informal a respeito do novo modelo de atendimento.

À medida que as horas foram passando, de acordo com relatos de funcionários, notava-se

um aumento progressivo do número de usuários que chegava a unidade. No período vespertino, o tumulto predominava, conforme foi possível observar. Havia muitas pessoas pelos corredores, desorientadas e funcionários nervosos, que aos gritos tentavam orientá-las a respeito de como proceder para serem ouvidas. Em meio a confusão, pacientes que possuíam consulta agendada para o dia não entendiam onde deveriam esperar, permanecendo nos corredores, o que aumentava o tumulto e dificultava o atendimento do médico. Um destes casos foi o de um senhor que após duas horas de espera pela consulta previamente agendada, se dirigiu a equipe de acolhimento a fim de saber ou não se seria atendido. A técnica de enfermagem o levou para o consultório do médico, questionando-o pela demora em chamar o paciente. Visivelmente confuso, o médico afirmou que havia procurado, mas não havia conseguido achar a ficha do paciente, devido ao grande número de pessoas, prosseguindo, assim, no atendimento dos demais.

Quanto à equipe de acolhimento, era nítida a sua irritabilidade durante todo o período, pois demonstrava discordância de como estava sendo feito o atendimento, pois da forma como estava sendo feita a atenção estava comprometida. Afirmou também que não acreditava que o movimento diminuiria ao longo do tempo, conforme espera o médico, ao contrário achava que iria aumentar progressivamente., mesmo depois que a nova forma de atendimento deixasse de ser uma novidade.

As reclamações, de fato, faziam parte do discurso de toda a equipe de acolhimento. Técnicos de enfermagem sentiam-se incapazes de resolver muitos dos problemas apresentados pelos usuários. Além disso, acreditavam que parte das pessoas que buscavam atendimento não possuía uma demanda que o justificasse e que essas pessoas sobrecarregavam o serviço, contribuindo para o tumulto existente. Como não viam possibilidade de mudança na postura dos usuários, achavam que este tumulto persistiria, enquanto não fossem contratados mais funcionários.

Já os usuários, apesar de confusos, elogiavam a mudança. O senhor agitado que esperara duas horas pelo atendimento, apesar de reclamar da demora, acreditava que havia melhorado o sistema de agendamento de consultas. Outro usuário comparou o novo modelo com o anterior, já que quando procurava a unidade em busca de consulta era *“da porta (da unidade) para casa”* e desta vez ele conseguira *“entrar e continuar entrando (apontando para o consultório onde seria atendido pelo médico da equipe de acolhimento)”*.

Em meio a reclamações e elogios, seguiram-se as primeiras semanas após a implantação, caracterizadas por procuras crescentes de consultas, conforme a previsão feita pela equipe. Em pouco tempo a oferta de consultas agendadas foi se esgotando e o acesso proporcionado, progressivamente comprometido, como será explicado posteriormente.

5.3 A unidade após a implantação do acolhimento

5.3.1 A dinâmica de trabalho: da resistência a aceitação

Como apresentado, grande parte da ansiedade da equipe do novo modelo era decorrente do aumento da demanda e das mudanças nas funções dos funcionários.

Na primeira reunião após a implantação, somava-se a esta ansiedade um clima de desamparo e revolta decorrentes, segundo os funcionários, da omissão por parte da SMS como propiciadora de recursos para viabilização da implantação do acolhimento. Nesta reunião, um dos profissionais reafirmou o compromisso da SMS em disponibilizar o necessário para execução da proposta, o que não estava ocorrendo. Outro profissional enfatizou: *“cadê o suporte para o acolhimento? A gente mudou como eles mandaram e o que foi feito pela gente?”* Este propôs a interrupção do acolhimento enquanto a SMS não se responsabilizasse pela contratação de mais funcionários, afirmando: *“nossa moeda de troca é o acolhimento”*.

Parte dessa revolta era motivada pela exaustão da equipe decorrente da sobrecarga de trabalho nas primeiras semanas de implantação, agravada pelos problemas com relação a falta de técnicos administrativos e de enfermagem. Conforme o modelo proposto, a equipe de acolhimento contaria com profissionais de cada uma destas categorias, no entanto, devido a outras funções que desempenhavam, nem sempre estavam disponíveis para realizar o acolhimento. Além disso, suas cargas horárias eram distintas, o que resultava em quantidade insuficiente destes profissionais em alguns horários de atendimento na unidade.

Em parte, esta sobrecarga levava técnicos delegar a responsabilidade do atendimento para os profissionais de nível superior, em especial para o médico. Em uma das reuniões, o médico afirmou que a equipe encaminhava grande parte dos pacientes para consulta, muitas das quais desnecessárias. Acredita-se que dentre os outros fatores contribuintes para a delegação de responsabilidades estivessem: a falta de comprometimento com o projeto, a insegurança diante de novas funções e a dificuldade de descentralizar o atendimento da consulta médica.

A falta de comprometimento com o projeto, percebida através das atitudes de alguns profissionais, talvez se devesse à imposição da diretriz pela prefeitura, conforme o conteúdo das falas descritas acima, como também pelo fato de muitos membros da equipe não se apossarem desta. A isto se somava a dificuldade de visualizar os benefícios que o projeto prometia proporcionar, neste primeiro momento, vendo-se apenas os problemas imediatos com sobrecarga de trabalho. Havia exceções, no entanto, como a enfermeira que afirmou que apesar de cansada estava empolgada com a mudança.

A insegurança diante das novas funções expressava-se nos discursos, não apenas dos técnicos como também da enfermeira, a qual atribuída à excessiva flexibilidade decorrente da ausência de protocolos de atendimento e a falta de capacitação dos profissionais nas novas funções. Com relação a este ponto foi proposto que os profissionais de nível superior capacitassem os técnicos no sentido de como manejar as queixas mais comuns apresentadas pela população. Proposta de difícil execução, conforme acreditava o dentista (eu), devido ao comprometimento da disponibilidade dos profissionais decorrente da viabilização do projeto. Como alternativa, propus a elaboração de cartilhas educativas que orientassem os técnicos no atendimento. O médico, no entanto, considerava tais medidas pouco efetivas devido a imprevisibilidade das demandas trazidas pelos usuários, sugerindo a realização de reuniões periódicas entre os profissionais a fim de identificar os problemas mais frequentes e, a partir destes, criar mecanismos para solucioná-los. Em princípio tentou-se viabilizar alguma destas sugestões, no entanto, nenhuma delas de fato foi efetivada. A situação em verdade, piorara com o tempo devido a alterações no quadro funcional, decorrentes de demissões e contratações, sem uma devida capacitação dos novos funcionários, perceptível através da fala de uma técnica de enfermagem recém-contratada, ao ser questionada a respeito dos parâmetros que utilizava para encaminhar pacientes para consultas médicas: “a gente geralmente passa para a consulta quem tem dor... ou tosse... mas geralmente dor”.

O último ponto, a descentralização do atendimento da consulta médica devia-se talvez, a noção profundamente arraigada nas equipes de saúde, bem como na população em geral, de eficácia na atenção a saúde obrigatoriamente ligada ao saber médico, consequência do processo de medicalização da sociedade.⁴² No entanto, não se objetivava neste estudo, investigar quais as causas deste processo, mas apenas a de registrá-lo como fator constituinte das dificuldades relacionadas à dinâmica de trabalho da equipe.

A dificuldade de descentralização do atendimento também repercutia no trabalho da enfermeira. Percebia-se uma possível falta de compressão ou desdenho a respeito desta dentro da nova dinâmica de trabalho pelos outros membros da equipe. Durante uma das reuniões, um dos técnicos de enfermagem admitiu que após um mês a implantação do acolhimento na unidade, não havia encaminhado nenhum paciente para a enfermeira, encaminhando todas às vezes para o médico. No entanto, à medida que a compreensão da nova função e a confiança na capacidade técnica da enfermeira aumentava, sua atuação no acolhimento ganhava destaque, o que refletiu no aumento significativo da produção deste após a implantação quando comparado a do médico, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 2 – Produção Médico/Enfermeira por Períodos

Especialidade	Período 20 a 30/08/2009	Período 01 a 10/09/2009	Período 21 a 31/10/2009
Médico da família	441	604	549
Enfermeira	134	362	372

FONTE: Sistema de informação da atenção básica (SIAB) – dados obtidos através da coordenação da unidade de Angicos.

A partir destes dados é possível perceber um aumento muito grande no rendimento da enfermagem logo após a implantação do acolhimento, o qual praticamente se manteve constante ao longo do período observado. Esses achados são quase tão significativos quanto aqueles descritos por Franco *et al*² que registraram um aumento de 600% na produção da enfermagem após a implantação do acolhimento na unidade Rosa Capuche, em Belo Horizonte. Estes autores concluíram que o aumento do rendimento do trabalho dos enfermeiros deve-se a reorganização do processo de trabalho, fazendo com que estes utilizem todo o seu potencial técnico para a assistência.

Ainda com relação da sobrecarga dos profissionais, outro fator contribuinte era o término do trabalho da equipe de acolhimento que se estendia até as 17h, horário de encerramento do atendimento na unidade. No entanto, muitos pacientes chegavam próximo ao horário de término das atividades, o que prolongava o término de atendimento, principalmente aquele prestado pelo médico, o qual tinha de atender todos os encaminhados. Durante uma das reuniões de equipe decidiu-se por estipular um horário de término do acolhimento, por volta das 16h e 30, o qual poderia ser antecipado se o movimento fosse muito intenso.

À medida que se fazia ajustes e assimilavam-se as novas funções, bem como se começava a notar os benefícios trazidos pelo novo modelo, principalmente através de manifestações de satisfação pelos usuários, a resistência da equipe foi diminuindo e a dinâmica do trabalho, paulatinamente, acertada. Tal fato pode ser notado, através do observado nas reuniões de equipe, que com o tempo, eram caracterizada por um maior diálogo, apesar de ainda incipiente, a respeito do que poderia ser feito para a melhoria da execução. Durante a observação participante, dois meses após a implantação, uma das técnicas de enfermagem afirmou que mesmo piorando para a equipe, o acolhimento valia a pena porque segundo a visão dela havia melhorado muito para o usuário.

Com relação às reuniões de equipe vale destacar a persistência da exclusão dos ACS destas como parte do processo, demonstrando que o acolhimento não exercera qualquer tipo de mudança na relação estabelecida entre estes e a equipe. Tal exclusão pode ser confirmada, meses após a implantação, alguns deles questionados sobre o que achavam da possibilidade dos usuários poderem

ser vistos por um médico em caráter de urgência, responderam que tal possibilidade não existia na unidade, desconhecendo um dos aspectos mais debatidos pela equipe a respeito do projeto implantado. Na verdade o relacionamento entre os membros da equipe em pouco mudara. A falta de coesão foi perceptível durante todo o processo, desde a aceitação passiva do projeto em sua forma integral mesmo que contraria a muitos de seus interesses e se perpetuou ao longo do processo, no qual na maioria das reuniões cada um olha só pra si.

Talvez esta particularidade da equipe da unidade estudada influenciasse em grande parte os problemas inerentes à dinâmica de trabalho e, principalmente, o modo como foram enfrentados.

5.3.2 O acesso ao atendimento: a entrada da demanda e os problemas com a agenda

Como comentado anteriormente, o tumulto inicial que caracterizou as primeiras semanas de atendimento segundo o novo modelo gerou desconforto nos funcionários e confusão nos usuários. Diante deste desconforto, em reuniões de equipe subseqüentes, intensas foram as discussões a respeito de como criar mecanismos que garantissem a ordem no atendimento e tranqüilidade no serviço.

Apontava-se como principais propiciadores do tumulto a falta de funcionários na recepção para orientar, sendo que a orientação era apenas indicada por cartazes, mal posicionados e confusos, segundo a percepção de parte da equipe e realização do acolhimento em local inadequado, o qual era de difícil acesso pelos usuários. As sugestões feitas envolviam a contratação de mais funcionários para realizar a orientação dos usuários, alternativamente a solicitação do auxílio por parte dos agentes comunitários de saúde para realizar esta função. Com relação à estrutura física pouco poderia ser feito, devido à impossibilidade da realização das atividades em locais distintos ao utilizado, à medida que não havia nenhum disponível em horário integral. A fim de amenizar o problema sugeriu-se concentrar as atividades de escuta e de consulta num mesmo local, conforme previamente combinado, o que por vezes não era seguido.

Os problemas relativos ao direcionamento do fluxo também eram percebidos pelos usuários conforme fala de uma usuária: *“tinha que ter uma placa lá fora, hoje eu cheguei lá fora e a mulher explicando na entrada: quem vai medir pressão passa reto, quem já tem consulta marcada diz ali que tem que ir no balcão, a pessoa antes de entrar já tinha que saber...”*. Outros ainda sugerem: *“tinha de ter uma coisa luminosa com umas letras bem grandes, pra quem não consegue ver, que tá sem óculos...”*, *“lá na frente já podia ter as senhas pra cada coisa que ia fazer... uma senha pro acolhimento...”*.

Ao logo dos meses o usuário já havia assimilado o modo de como se dava o fluxo de atendimento, principalmente aqueles que freqüentavam mais a unidade, já se dirigia diretamente a

área de realização do acolhimento, no entanto, muitos ainda não compreendiam o funcionamento, como confirma uma usuária durante a discussão de grupo realizado dois meses após a implantação: *“quem não conhece vai no balcão (da recepção) direto e a gente que já conhece vem e pega a senha do acolhimento... o balcão tá uma confusão, o povo chega e vai lá no balcão lá da frente... muita gente perdida...”*.

Próximo ao término do período observado, 3 meses após a implantação, apesar do movimento intenso, o fluxo se dava de forma melhor como um técnico afirmou: *“no começo ficou tumultuado, porque era novidade, mas agora está mais organizado”*.

Parte dessa mudança deveu-se a postura de grande parte da equipe que criou um série de mecanismos disciplinadores e ordenadores da demanda, como a colocação de cartazes que orientavam as pessoas a sentarem-se e fazerem silêncio enquanto esperavam, bem como falas enérgicas que corroboravam este tipo de atitude, principalmente por parte dos técnicos.

A despeito dos problemas de fluxo de atendimento, os usuários desde o princípio mostraram-se bastante entusiasmados com a mudança no agendamento das consultas. A satisfação era perceptível através dos discursos, tanto daqueles que participaram das discussões de grupo, quanto daqueles submetidos a entrevistas informais durante a observação participante. Um dos aspectos mais elogiados era a agilidade e humanização na marcação de consultas, com o fim das filas de madrugada através da abertura da agenda, conforme afirma um participante de uma das discussões em grupo: *“eu acho que agilizou na verdade né, agilizou tempo, antigamente a gente vinha marcar consulta ou mesmo no meu caso que eu preciso de receita controlada né, antes ficava até 10-15 dias sem medicamento e agora eu chego e pego receita no mesmo dia...”*; outro usuário ressalta: *“na época passada aí, se passava na rua e tinha fila até lá a principal, então esse acolhimento mudou nesse sentido né? Você chega ali pelo menos você é ouvido né? A não posso te atender hoje, vou te agendar pra... sei lá mas pelo menos ali você já sai com um resultado né, com uma perspectiva, amanhã ou...né? Pra mim mudou cem por cento”*.

Através deste relato é possível perceber o papel da escuta qualificada como ferramenta humanizadora do atendimento, a qual para este usuário fez-se mais importante que o agendamento da consulta em si.

Outro aspecto encarado de forma positiva foi a possibilidade no mesmo dia, *“gostei muito de hoje, a gente chegou e já foi atendido, então pra mim tá sendo bom”*, comenta um usuário. Em uma das discussões de grupo, uma senhora elogia: *“a estrutura tá ótima, ver o médico também, com relação da marcação de consultas também...”* Apesar dos elogios, percebia-se que alguns usuários e, também, funcionários tinham dificuldade de distinguir este aspecto do acolhimento do atendimento no PA. Um usuário perguntou para uma das técnicas: *“agora aqui virou PA?”*, ao que esta respondeu: *“ não, aqui é só até as quatro e eia”*, referindo-se apenas ao horário de

término do acolhimento como aspecto diferenciador. A mesma técnica, posteriormente, durante entrevista informal, ressaltou que entendia a confusão dos usuários, à medida que a unidade estava atendendo muitas urgências. Acreditava, ainda, que posto de saúde não possuía esta função, devendo atender crianças e hipertensos, além de realizar grupos e visitas domiciliares. Através deste comentário é possível perceber o quão presente é ainda a visão de atenção primária restrita ao seu papel epidemiológico, no qual a clínica é secundária.

Com relação aos usuários, quando questionados quais eram os critérios que utilizavam para procura a unidade ou do PA quando acometidos por enfermidades agudas, alguns respondiam que preferiam vir à unidade em todas as vezes, assinalando como justificativas o menor deslocamento e o fato de já conhecerem o médico da unidade. Outros, no entanto, separavam segundo o critério de gravidade, como uma senhora que afirmou: “*quando é uma coisa leve como doe de garganta eu venho aqui no acolhimento, mas quando o meu filho fica atacado (crise asmática) eu levo no PA*” Este depoimento mostra que apesar da dificuldade de distinção, alguns usuários já estabeleciam, conforme suas crenças e concepções a respeito, talvez, da eficiência de cada serviço.

Os aspectos que permitiam a discussão de PA versus acolhimento possuem abordagem extensa na literatura, como exposto no referencial teórico deste estudo, a medida que o acolhimento é visto como uma alternativa humanizadora e de maior resolutividade ao modelo de atenção baseado na queixa-conduta. Além disso, vem ao encontro da necessidade de ampliação da clínica na atenção primária que deve deixar de ser vista apenas em seu aspecto epidemiológico.^{2,15} No entanto, poucas são as referências sobre possíveis armadilhas resultantes do atendimento de urgência nas unidades locais de saúde. Armadilhas como a oferta de acesso aos usuários de forma pontual e sem garantia da continuidade da atenção, decorrentes de agendas inviabilizadas pela demanda desproporcional à capacidade ao atendimento e a comodidade dos órgãos gestores, à medida que aumenta-se a quantidade de consultas, sem a necessidade de planejamento ou contratação de mais funcionários, utilizando ao máximo a mão de obra já existente.

Por outro lado, a falsa noção de que o acolhimento possa torna-se um grande PA. Durante o estudo que realizaram sobre a implantação do acolhimento na rede de saúde do município de Betim-MG compararam-no à rede de Belo Horizonte que já vivia a mais tempo: *Em Belo Horizonte, onde o acolhimento já é um a realidade mais ampla e experimentada, o acolhimento permite, de fato, tornar a UBS em um verdadeiro estabelecimento de saúde onde se faça saúde pública, pois uma coisa é o uso do PA como um recurso a mais para abordar o usuário, e outra coisa é reduzir a UBS a um lugar exclusivo onde só se faz PA. Temos visto que o acolhimento tem levado a unidade a receber e incorporar os grupos de risco como uma realidade sua, a qual deve dar uma resposta individual e coletiva e pela qual tem que se responsabilizar*².

Desde que, como afirmam os autores, o pronto-atendimento seja utilizado como uma das

várias ferramentas propiciadoras de acesso e não de apenas como a única, acredita-se que este tipo de abordagem possa contribuir para a legitimação do acolhimento enquanto estratégia de efetiva mudança na atenção a saúde.

A unidade, no entanto, algumas semanas após a implantação, voltava apresentar problemas com relação ao acesso proporcionado aos usuários. Devido a grande procura, a facilidade inicial na obtenção as consultas médicas, graças a abertura da agenda, foi sendo substituída por dificuldade crescente, inclusive a aquelas destinadas a pacientes que antes possuíam acesso facilitado. Em pouco tempo, as reclamações a respeito da demora apareceram.

Percebeu-se que grande parte dessas reclamações era feita por pacientes com doenças crônicas já em acompanhamento na unidade que, como dito, antes da implantação obtinham consultas médicas com facilidade. Em um dos dias observados, uma senhora que fazia parte do grupo de diabéticos da unidade solicitou a marcação de uma consulta médica a técnica de enfermagem que estava acolhendo. Esta explicou que a agenda daquele mês estava cheia e que a marcação só recomençaria no mês seguinte. A usuária reclamou da situação e, visivelmente irritada, saiu em direção a porta, retornando após alguns minutos. Ao retornar perguntou em qual consultório estava o médico. Técnica deu-lhe a informação e perguntou se a senhora gostaria de ver o médico. Sem responder dirigiu-se ao consultório e esperou o médico abrir a porta, para chamar o próximo paciente, para solicitar que a escutasse por alguns minutos. A usuária ficou cerca de 20 minutos dentro do consultório, provavelmente obtendo a consulta que solicitara a técnica. Interessante notar, ao analisar a situação descrita, as manobras das quais os pacientes utilizam para obterem atenção desejada. De fato, freqüentes eram os relatos de usuários que diante da impossibilidade de agendar consulta médica, procuravam a equipe para obtê-la.

Esta dificuldade com relação ao agendamento de consultas médicas foi progressivamente piorando ao longo do período observado. Situação creditada, como visto, à falta de profissionais no atendimento, à medida que, de fato a unidade possuía uma população maior que a capacidade de atendimento. Entretanto, acredita-se que com a entrada da demanda se faz necessária a ampliação da oferta de serviços na unidade, os quais, apesar das mudanças, continuam centralizados na consulta médica. Enquanto a unidade dispor apenas da oferta de consultas, sejam elas médicas ou de enfermagem, o atendimento prestado continuará sendo insuficiente e a agenda indisponível.

Por ultimo, faz-se necessário discorrer brevemente a respeito dos benefícios percebidos pela equipe e pelos usuários a respeito do atendimento. Nas reuniões de equipe, como também durante o trabalho da equipe de acolhimento muitos foram os elogios em relação esta mudança. Técnicos acreditavam que apesar de mais trabalhoso, o agendamento de consultas se dava de maneira mais ordenada. Médico e enfermeiro confirmaram a melhoria na continuidade da atenção, passando a conhecer melhor seus pacientes com a garantia de seguimentos destes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pôde observar a implantação do acolhimento, apesar dos inúmeros obstáculos enfrentados, proporcionou mudanças significativas no processo de trabalho da equipe e na humanização do acesso proporcionado aos usuários.

A descrição do modo como os profissionais realizavam seu trabalho, de maneira rígida e previsível, com baixo aproveitamento do potencial técnico dos trabalhadores não médicos evidencia o impacto positivo que a flexibilização das funções e o aumento das responsabilidades, decorrentes da mudança do modelo de atenção, tiveram na dinâmica de trabalho em equipe. Impacto este que, como esperado, gerou tensões, à medida que a equipe não se sentia tecnicamente preparada devido a complexidade decorrente da mudança na sua interação com o usuário que de programada passava a imprevisível, acrescidas das dificuldades ao quadro funcional insuficiente a demanda. No entanto, pode-se notar que apesar da resistência, dos conflitos, angústias e medos a equipe manteve-se sempre, se não comprometida, persistente na viabilização do projeto.

Com relação ao acesso, mesmo se reconhecendo o potencial avanço que representa o acolhimento quanto a ampliação deste e da cobertura da população adscrita e, mais ainda, da humanização do atendimento, o modelo implantado apresentou problemas estruturais graves, como a precariedade de recursos materiais e humanos disponibilizados pelo órgão gestor e a falta de capacitação dos profissionais para a empreitada. Vale destacar ainda, que o presente estudo não pretende inferir diretamente a respeito do aumento quantitativo do acesso proporcionado, à medida que se objetivou apenas a caracterização das percepções de trabalhadores e usuários a respeito deste. Nesse sentido considera-se importante a realização de estudos específicos que avaliem quantitativamente as repercussões da implantação do acolhimento sobre o acesso.

Conclui-se por fim, que alguns aspectos são imprescindíveis para a orientação de uma nova prática sanitária que objetiva a produção social da saúde como responsabilização dos gestores, o comprometimento dos trabalhadores e a participação popular.

7 REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa: dicionário eletrônico (CD-ROM). Versão 5.0. Curitiba: Positivo; 2004.
2. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15 (2): 345-353.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Relatório Final da Oficina HumanizaSUS. Brasília: Ministério da saúde, 2004.
5. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na política Nacional de humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 999-1010.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. Avaliação em atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Matus, Carlos. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993.
8. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (6): 1171-1181.
9. WHO. Declaration of Alma-Ata. (acesso em 10 jan 2009). Disponível em [http:// www. Who.int/ publications/almaata_declaration_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
10. Bertussi DC, Oliveira MSM., Lima JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andradeb SM, organizador. Bases da saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.
11. Campos CEA. As origens da rede de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de Administração Sanitária. *Hist Ciênc Saúde*. 2007; 14: (3): 877-906
12. Guimarães EMGT. Acolhimento no centro de saúde Noraldino de Limas: investigação sobre o acesso e resolutividade [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1997. 56p.
13. Silva CM. Da condição de patinho feio ao sonho de transformação em cisne: um estudo sobre a recepção de pacientes ambulatoriais em uma unidade de saúde do rio de janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. 61p.
14. Brasil. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretarias de Edições Técnicas. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.
15. Campos GWS. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SS em Questão? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 301-307.

16. Ramos DD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre no contexto da municipalização da saúde. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2001.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família. [acesso em 27 de julho de 2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia do programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde. [acesso em 27 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psftextos/estrat%e9gia%20programa%20sa%da%20fam%edlia%20e%20agentes%20comunit%e1rios%20-%20pacs.doc>
19. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise da saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública, 2002; 18(suplemento): 191-202.
20. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
21. Ayres RCV, Pereira SAOE, Ávila SMN, Valentim, W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. O mundo da saúde (Centro universitário São Camilo). 2006; 30 (2): 306-17.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma orientação para o modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde. 1997.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1886/GM de 18/12/1997 [acesso em 19 de julho 2009]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/html/pt/popup/leg/portarias_psf/portaria1886.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e saúde da família. 2007. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. [acesso em 27 de julho de 2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. [acesso em 19 de julho 2009]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf
26. Marques RM, Medes A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. Saúde soc. 2007; 16(3): 35-51.
27. Acúrcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cadernos de Saúde Pública. 1996; 12(2): 233-242.
28. Adami NP. Acesso e utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. Rev Lat Am Enf. 1993; 1(2):53-67.
29. Campos M. Acolhimento: uma proposta um desafio. Análise de uma tendência. [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1997. 76p.
30. Zoboli E Fracolli L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. Mundo saúde. 2006; 30(2): 312-17.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde.2004.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª edição. Brasília. Ministério da saúde 2006.
34. DATASUS [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 25 de julho de 2009]. Disponível em: [http://:www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
35. Hughes EC, Gans HJ, Dalton M, Goffman E, Whyte WF. Observação social e estudos de casos especiais. In: Becker, H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1993.p.117-33.
36. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1985.
37. Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 13 ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
38. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, edições 70, 1994.
39. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003. 214p.
40. Campos GWS, Chankour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integra-las ao sistema único de saúde (SUS). Cad.Saúde Pública. 1997; 13(1): 141-144.
41. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 1994.
42. Illich I. A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti.