

ACOLHIMENTO: UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA-AÇÃO NA MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

User embracement: an action research experience in changes in the work process in health care

Cristina Setenta Andrade¹

Túlio Batista Franco²

Vitória Solange Coelho Ferreira³

RESUMO:

O atendimento da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Itabuna, Bahia, reproduz um processo de trabalho centrado nos procedimentos, com forte enfoque curativista, pouco envolvimento dos usuários, falta de vínculo da Equipe Saúde da Família na produção do seu cuidado. Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem da pesquisa-ação, que têm como sujeitos a Equipe Saúde da Família (ESF), os usuários, alunos do Curso de Enfermagem da UESC e os pesquisadores. As técnicas utilizadas constaram de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. A amostra foi composta de 20% de famílias de cada microárea, da área de abrangência, representadas por 222 usuários que correspondeu a 19,19%, como forma de melhor explicitar o problema para o planejamento de ações. O plano de ação utilizou a idéia “*todos acolhem e todos serão acolhidos*”, a partir da reflexão de que era necessário mudar a subjetividade da equipe de saúde, para mudar o processo de trabalho. O Acolhimento foi implantado, exclusivamente, na porta de entrada da USF para atender à demanda espontânea, com os resultados revelando que a maior porcentagem de usuários (60%) acolhidos foi do bairro Novo Horizonte, onde está localizada a USF, sendo (22,60%) da micro-área I pelo fato de estar mais próximo da USF, seguido das micro-áreas IV (15,50%) e V (13,10%), consideradas micro-áreas de maior risco. A demanda equiparou-se entre o risco intermediário (41,70%) e o baixo risco (41,70%) em uma faixa etária que predominou entre 1-4 anos (27,40%) e 5-14 anos (23,80%). Dos acolhidos, 48,80% dos usuários foram encaminhados para o pronto atendimento na USF, e 41,70% para o agendamento de consultas. 9,5% dos usuários tiveram seus problemas resolvidos pelo acolhimento, o que é uma mudança significativa para o início do projeto, reforçada com o fim das filas que se acumulavam na porta de entrada para consulta médica. No entanto necessita haver mudanças no processo de trabalho da equipe como um todo, para melhorar esse desempenho. Há atualmente um processo misto de produção do cuidado que possivelmente vai tencionar para que se aprofundem nas mudanças iniciadas.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Eficiência Organizacional; Assistência à Saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde).

ABSTRACT:

The care provided to spontaneous demand patients in the Family Health Unit (FHU) in the city of Itabuna, Bahia, reproduces a procedure-focused, cure-based work process, with little involvement of patients and no link from the Family Health team to the care given. This

¹ Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Santa Cruz;

² Professor Doutor da Universidade Federal Fluminense.

³ Pesquisadora do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Santa Cruz. Mestre em Saúde Coletiva/ISC. Endereço: UESC-Núcleo de Saúde Coletiva Km 16 Rodovia Ilhéus – Itabuna (Sobradinho) Pavilhão Adonias Filho, térreo, sala 7, Ilhéus- Bahia, CEP: 45662-000 E-mail cristina70@uol.com.br

study is a qualitative investigation based on an action-research approach, whose subjects are the Family Health team, its patients, UESC nursing course students and the researchers. The methodology used was semi-structured interviews and participant observation. The sample was composed of 20% of families from each micro-area, of the inclusion area composed of 222 users, which corresponded to 19.19%, as the best way to demonstrate the problem to enable the planning of actions. The action plan used the idea “*everyone receives and everyone is received*”, based on the posture that it was necessary to change the subjectivity of the health group in order to change the work process. The reception was implemented exclusively at the entrance door to the FHU to assist the spontaneous demand, with the result revealing that the majority of patients received (60%) were from the Novo Horizonte district, where the FHU is located, with (22.60%) from micro-area I, due to the fact that they are the closest to the FHU, followed by micro-area IV (15.50%) and V (13.10%), considered micro-areas with the highest risk. The demand was situated between intermediary risk (41.70%) and low risk (41.70%), in an age range that predominated between 1 and 4 years of age (27.40%) and 5 to 14 years of age (23.80%). Of those that were attended, 48.80% of the patients were taken to the emergency room in the FHU, and 41.70% asked to schedule appointments. 9.5% of the users had their problems solved by user embracement, which is a significant change for the beginning of the project, reinforced by the end of the lines that accumulated in entrance door for medical advice. However, there must be changes in the work processes of the team as a whole to improve this performance. There is currently a mixed process of care that may mean that the changes that have begun will increase.

Key words: User Embracement; Family Health; Patient Care Team; Efficiency, Organizational; Delivery of Health Care; Process Assessment (Health Care).

INTRODUÇÃO

O modelo tecnoassistencial para a saúde se desenvolveu no século XX a partir de uma importante referência na clínica flexneriana. Esta é originária do Relatório Flexner (EUA, 1910), que sugere uma prática centrada no campo biológico e prioriza o conhecimento especializado nas intervenções sobre os problemas de saúde (NOGUEIRA, 1994). Este modelo criou uma cultura nos serviços de saúde, a qual associa procedimento com qualidade na assistência. Decorre disto a produção de uma demanda para os serviços de saúde que não é

real, mas imaginária, isto é, os usuários se apresentam nos serviços de saúde buscando o procedimento e não o cuidado, porque têm a falsa imagem de que há um equivalente entre eles, o que Franco e Merhy (2005) chamam de “produção imaginária da demanda”.

Esse comportamento dos usuários em relação aos procedimentos ocorre porque se atribui a eles, por exemplo, o exame de alta complexidade, um valor que ele não tem, que é o de produzir o cuidado. O instrumento, a maquinaria, protocolos, foram fetichizados nos processos produtivos. Essa “produção imaginária da demanda” pelo usuário parte do pressuposto de que ela é socialmente construída e esta, de uma maneira ou de outra, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela.

A desinformação, a falta de espaços de fala e a escuta entre trabalhadores e usuários, contribuem para que estes tenham um entendimento distorcido do que é o cuidado em saúde. Observa-se que os usuários desconhecem o trabalho em equipe desenvolvido na Estratégia Saúde da Família, e poucos valorizam as práticas de cuidado, priorizando a busca pelo “exame e o medicamento” na unidade de saúde. Por outro lado, os trabalhadores têm dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho. Não reconhecem as Unidades de Saúde da Família (USF) como espaço de exercício de micropolítica e, por isso mesmo, um lugar onde é possível produzir mudanças.

Um processo de trabalho centrado nos procedimentos e tendo como principal fluxo assistencial a consulta médica, produz o desconforto de filas intermináveis na busca por atendimento médico, a fragmentação no processo de trabalho, prejudicando o atendimento às necessidades dos usuários. As tensões nesse cenário se acumulam, gerando práticas “não cuidadoras” entre trabalhadores e usuários, em que estes muitas vezes são desrespeitados, desacreditados e culpados pelos problemas de organização dos serviços existentes nas Unidades de Saúde da Família.

Em Itabuna, na Bahia, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2003. Neste município, a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) vem mantendo práticas de acadêmicos dos cursos da área da saúde, bem como realiza pesquisas na sua rede básica. Nesse contexto, docentes e discentes de enfermagem da UESC identificaram, em uma das USF do município, uma excessiva demanda espontânea por consulta médica, que levava os usuários a chegarem na USF de madrugada sem garantia de atendimento. O atendimento era dificultado por medidas racionalizadoras que caracterizavam uma situação de desrespeito, de descumprimento do direito à saúde quanto à acessibilidade à USF. Por outro lado, os trabalhadores da Unidade desconheciam as reais demandas dos usuários em relação ao agravo

de suas necessidades e risco. Neste contexto, inquietaram-se para investigar a “porta de entrada” da USF como um território crítico, demandante de análises e permanentes intervenções da gestão. Essa pesquisa, tal como fora pensada, teria o sentido de disparar mudanças nos processos de trabalho.

O Acolhimento foi identificado como o dispositivo que poderia funcionar para viabilizar uma análise crítica do fluxo de entrada na USF, revelar seu processo de trabalho e, ao mesmo tempo, servir para a mudança do cenário atual. É uma forma de reorganização do processo de trabalho, que aposta nas relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Tal entendimento requer perceber o usuário que adentra a unidade de saúde a partir das suas necessidades, condições de vida, do vínculo com os trabalhadores, da autonomia no seu modo de viver e na compreensão da sua queixa. Tudo isto faz do usuário um ser singular, isto é, único e, nesse sentido, deve ter também um cuidado que expressa essa singularidade. Além disso, reconhecer que o usuário tem uma história de vida que traz sua cultura, suas relações sociais, e o ambiente de sua origem que contribuem na formação de sua subjetividade é fundamental para estabelecer projetos terapêuticos singulares.

Como diretriz operacional, o Acolhimento consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios: garantir acessibilidade e atendimento a todos; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional que se responsabilize em escutar o usuário com o compromisso de resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO *et al.*, 1999).

O processo de trabalho em saúde é dependente do Trabalho Vivo em ato, que é o trabalho no momento exato da sua atividade laboral, criativa (MERHY, 2002). Ele tem como característica fundamental o autogoverno, ou seja, é o trabalhador quem comanda seu próprio processo de trabalho. Essa liberdade lhe confere uma poderosa capacidade de exercer a mudança, a partir do seu lugar específico de trabalho. Isso significa que as lógicas de produção do cuidado vão depender das atitudes que o trabalhador tem frente ao usuário, e essa atividade produtiva pode assumir diferentes perfis. Ela pode ser centrada nos interesses corporativos e privados ou no desejo de tornar o SUS um serviço de qualidade, com acesso universal e solidário. Portanto, a primeira avaliação que se faz é de que a mudança no processo de trabalho e, por consequência, do modelo tecnoassistencial, passa pela mudança do sujeito trabalhador muito mais do que em qualquer dispositivo normativo.

Segundo Merhy (1997), os processos de trabalho na saúde são usualmente centrados nas tecnologias duras (maquinários e instrumentos) e sua mudança pressupõe potencializar a utilização de tecnologias leves (relações) e leve-duras (conhecimento técnico), invertendo a lógica atual de produção do cuidado. Isso requer organizar o processo de trabalho de forma que ele opere na produção do cuidado de forma mais relacional. Esse encontro, em ato, gera expectativas e produções entre trabalhadores e usuários, espaços criativos de intersubjetividades nas interpretações, falas, escutas e interdependência.

O Acolhimento, para ser implantado por um serviço, requer por parte da equipe o entendimento de que todos acolhem e todos serão acolhidos. Isto pode resignificar o trabalho, representando uma relação prazerosa entre os trabalhadores e os usuários, que produz neste a sensação de ser acolhido e de direito à saúde. Avalia-se que tal perspectiva possibilita a reorganização do processo de trabalho, reduzindo ou anulando a “produção imaginária da demanda”, que busca o procedimento associando-o ilusoriamente ao cuidado, e produzindo intervenções sobre as reais necessidades dos usuários. Por outro lado, a implantação do acolhimento produz uma dinâmica nos serviços que faz com que sejam reveladas as contradições da forma atual de produção do cuidado. Assim, ele funciona como um *analisador*, no sentido dado por René Lourau (1996) a este conceito, em que o analisador é algo que revela o funcionamento da organização e, nesse caso, o processo de trabalho.

A reorganização dos serviços de saúde tem como pressuposto a integralidade na produção do cuidado, em um processo de trabalho centrado no usuário e em relações acolhedoras da equipe multiprofissional, capazes de estabelecer vínculo em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários, onde a equipe responsabiliza-se pelo cuidado. Nesse aspecto:

Supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde (FRANCO; MERHY, 2005, p. 182).

Esse entendimento permite compreender que, em um determinado lugar reservado de uma Unidade de Saúde, a sala de acolhimento, é possível criar espaços para uma conversa individualizada e qualificada com os usuários, buscando identificar a natureza de suas necessidades, com ou sem a verbalização dos problemas, proporcionando um atendimento

humanizado na produção do cuidado, podendo transformar-se em um “ato terapêutico” (SILVEIRA, 2004). O encontro do agente produtor com suas ferramentas tecnológicas e com o agente consumidor torna o usuário um sujeito que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressões no modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para a realização de um produto, uma finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes (produtor/consumidor), que podem até mesmo coincidir.

Afinal, o cuidado é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. Ele resgata o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o ser em seu sofrimento. É uma ação integral de relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

As mudanças aqui sugeridas repercutem para a constituição de um novo modo de produção do cuidado. Esse processo é nomeado de “reestruturação produtiva” e foi inicialmente estudado por Pires (1998) e definido, posteriormente, por Merhy e Franco (2006) como uma mudança importante nos processos de trabalho, configurando um novo modo de produzir o cuidado, mas que pode ainda se dar nos marcos do modelo hegemônico. Um processo de mudança que consegue fazer a ruptura com este modelo e reorganizar o sistema produtivo com base em um novo ordenamento tecnológico, por exemplo, substituindo as tecnologias de modo definitivo, é chamado por estes autores de “transição tecnológica”.

Esse artigo retrata o desenvolvimento de uma pesquisa-ação sobre o acolhimento na acessibilidade dos usuários em uma Unidade Saúde da Família do Município de Itabuna (BA), que foi subsidiada por uma outra pesquisa já em andamento, “A Produção do Cuidado na Rede Básica”, desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Saúde Coletiva da UESC, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem de pesquisa-ação. A investigação qualitativa parte do pressuposto de que a teoria e a prática são indissociáveis, com campos teóricos como referencial para o estudo que, segundo Bourdieu apud Minayo (2000, p.10), torna-se “o privilégio em toda atividade teórica supõe um corte epistemológico e um corte social e ambos governam sutilmente as realidades”. Na pesquisa qualitativa, o

campo de estudo é entendido enquanto “recorte espacial que corresponde a abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2000, p.105).

A abordagem da pesquisa-ação se caracteriza pela identificação do problema a partir dos sujeitos que identificam e o vivenciam, pesquisadores e grupo participante, para construção de movimentos consensuados de caráter social, educacional, técnico, capazes de responder com maior eficiência aos problemas reais através de ações facilitadoras que gerem impactos positivos (THIOLLENT, 1998). Segundo este autor, os aspectos práticos de concepção, organização e operacionalização do trabalho de investigação apresentam momentos que não são rigorosamente sequenciais. O planejamento destas fases deve ser flexível e passível de adequação às necessidades do pesquisador e dos participantes.

Essa pesquisa partiu de uma situação concreta, para uma ação orientada, em função da resolução dos problemas efetivos detectados na Unidade de Saúde da Família. O planejamento da pesquisa-ação foi flexível com várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo investigador no relacionamento com a situação pesquisada. A metodologia é entendida aqui como um percurso. Os diversos momentos da pesquisa são demonstrados a seguir.

MOMENTO I – Fase exploratória.

O campo de pesquisa foi escolhido em função dos pesquisadores realizarem práticas de ensino no local, de conhecerem os sujeitos da pesquisa e suas expectativas, de terem estabelecido um primeiro diagnóstico da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações, sendo apreciada prospectivamente a viabilidade de uma pesquisa-ação.

A investigação foi realizada na Unidade Saúde da Família Jacinto Cabral, situada no município de Itabuna (BA), tendo como sujeitos os trabalhadores da Equipe Saúde da Família (ESF), os usuários, um grupo de alunos do Curso de Enfermagem da UESC treinados e os pesquisadores. Essa Unidade foi implantada em julho de 2002 e atende a uma população estimada de 4.365 habitantes, sendo 2.121 do sexo masculino e 2.244 habitantes do sexo feminino, com predominância na faixa etária de 20-39 anos (33,5%).

A equipe foi estimulada para o problema, a partir de uma introspecção sobre o nó-crítico identificado, que é o estrangulamento no acesso ao atendimento. Foi dada ênfase à análise das diferentes formas de ação, com reconhecimento dos aspectos estruturais da realidade social, em uma ação que envolveu um conjunto de relações sociais estruturalmente

determinadas para detecção de apoios e resistências, convergências e divergências, posições otimistas e céticas da ESF e dos usuários.

MOMENTO II – O tema da pesquisa.

A sensibilização ao problema foi realizada com um estudo de caso, em que se identificou que a USF reproduzia um processo de trabalho que pouco envolvia os usuários e suas necessidades, com falta de vínculo/responsabilização dos usuários com membros da Equipe Saúde da Família e pouca participação dos mesmos na produção do seu cuidado. Os pesquisadores compreenderam a natureza e as dimensões do problema de acesso, através da análise e delimitação da situação inicial, identificada com a dificuldade de acesso e sofrimento agregado aos usuários em decorrência disto. Foi analisada a vontade, a forma de participação de todos os envolvidos e a dificuldade de compreensão do que seria a situação final, que é a idéia geral de acesso universal, fácil e assegurado. O desafio se encontra principalmente em função dos critérios de mudança, vinculados ao desejo e percepção da factibilidade. O processo exigia a identificação dos problemas a serem resolvidos, para permitir a passagem da situação atual à situação objetivo.

A partir desse momento, ocorreu uma discussão entre a equipe da Unidade, da UESC, de usuários e dos pesquisadores relacionada à necessidade de um movimento para solução do problema de acesso. Na ocasião foi feita apresentação da proposta de acolhimento pelos pesquisadores e um grupo de alunos da UESC, em que a ESF participou de forma efetiva colocando suas percepções sobre essa estratégia de ação. Foi consenso, e pactuada com a equipe de saúde, a construção da proposta de implantação do acolhimento, tendo como foco a intervenção na micropolítica do processo de trabalho. Isto deveria permitir a construção de dispositivos de mudanças na produção do cuidado, responsabilizando a Equipe de Saúde da Família pelo novo modo de agir frente ao cuidado aos usuários.

MOMENTO III - A colocação do problema.

Nesta fase, a identificação do problema a partir da Equipe Saúde da Família, dos usuários e pesquisadores revelou uma excessiva demanda espontânea por consulta médica, que levava os usuários a chegarem à USF de madrugada, vindos de micro-áreas de abrangência caracterizadas pela violência, com barreiras geográficas e sem garantia de atendimento. Essa difícil acessibilidade à assistência era determinada pelo fluxo direcionado à consulta médica, e se manifestava pela rotina de distribuição de fichas. Estas eram

distribuídas por um vigia que decidia quais as pessoas que seriam atendidas, em um auto-governo que intervinha no modo de receber os usuários. Além disso, para uma outra parte de usuários (gestantes e hipertensos), era possível fazer uma agenda, em uma tentativa de facilitar o seu desconforto com as demoradas esperas.

A falta de acolhimento resultava no desconhecimento, pelo serviço de saúde, das reais necessidades, da demanda segundo o grau de risco-agravamento. Por outro lado, existia um processo de trabalho centrado na produção de procedimentos, com forte valorização da consulta médica. Isto desencadeava outras ações que interditavam o acesso e, ao mesmo tempo, impediam movimentos de mudança no processo de trabalho, pois as rotinas estavam muito cristalizadas na normativa instituída. Percebia-se que havia receio por parte da equipe de saúde, quando as discussões envolviam questões que poderiam intervir na sua prática cotidiana de atenção à saúde.

MOMENTO IV – O lugar da teoria

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre acolhimento, processo de trabalho e integralidade em saúde pelos pesquisadores, dentro de um campo teórico e prático sobre a relevância científica e prática destes conceitos. O trabalho foi metodicamente organizado, buscando informações pertinentes relacionadas com o acolhimento, refletindo e dialogando no modo como os trabalhadores e usuários de saúde produzem subjetividades, que refletem no seu modo de sentir, de representar e de vivenciar suas necessidades.

MOMENTO V – A coleta de dados.

As técnicas utilizadas para coleta de dados constaram de entrevistas semi-estruturadas através de estimativa rápida e observação participante. As entrevistas semi-estruturadas ocorreram a partir de um roteiro para uma amostra aleatória que, segundo Thiollent (1998, p.62), “trata-se de um pequeno número de pessoas em função da relevância que elas representam em relação a um determinado assunto”. A amostra composta de 20% de famílias de cada micro-área da área de abrangência foi representada por 222 usuários que correspondeu a 19,19%, como forma de melhor explicitar o problema para o planejamento de ações. A observação participante, subsidiada pela entrevista, foi efetuada por um grupo de observação composto pelos alunos do Curso de Enfermagem da UESC e pesquisadores, ocorrida em reuniões da ESF, no atendimento na recepção da USF e nas filas formadas pelos usuários para atendimento médico. Também foram colhidas informações dos relatórios da

USF e do sistema de informação da atenção básica. As informações foram utilizadas no andamento da pesquisa, respondendo às solicitações dos participantes nas reuniões de avaliação processual.

MOMENTO VI - Planejamento das ações.

Nesta fase, a elaboração do plano de ação iniciou com o resgate dos dados colhidos anteriormente e a identificação dos sujeitos trabalhadores participantes da pesquisa. Verificou-se a forma como eles se relacionavam em equipe, com identificação das convergências, atritos e dos conflitos entre si.

O plano de ação para implantação do acolhimento na USF Jacinto Cabral iniciou com a sensibilização dos sujeitos da pesquisa, através da idéia de que *“todos acolhem e todos serão acolhidos”*. Esta imagem se vinculava ao conceito de que o acolhimento se daria, a partir de um processo de mudança da subjetividade dos sujeitos trabalhadores, que operam processos tecnológicos no trabalho em saúde. Ressalta-se a importância da clareza dos objetivos da pesquisa pelos sujeitos participantes e os critérios de avaliação, além da garantia da continuidade da ação que assegurasse a participação da população no estudo.

Foi definida a data de implantação do acolhimento, o horário de atendimento no turno matutino e vespertino, o número de consultas a serem agendadas pelo acolhimento (06) e encaminhadas para o pronto atendimento (10). Definiram-se ainda os trabalhadores que atenderiam na sala de acolhimento fazendo a escuta qualificada, sem descartar que o acolhimento acontece em todo o processo de produção do cuidado em saúde, pois envolve relações, produzidas através do trabalho vivo em ato (MERHY, 1997). Todos foram responsáveis pela divulgação da implantação do acolhimento nos seus locais de atuação. Nas micro-áreas isso foi feito pelos agentes comunitários de saúde; na USF (recepção, sala de espera) pela Equipe de Saúde da Família. Para isso, foram utilizados faixas e cartazes com instrumentos facilitadores para divulgação e sensibilização dos trabalhadores e usuários no espaço da USF.

A escolha dos critérios foi estabelecida de forma consensual, sendo respeitadas as diversas alternativas dos sujeitos participantes para o atendimento na sala de acolhimento, com grau de prioridade para os casos mais graves e crianças/gestantes/idosos, a partir de parâmetro para riscos, na sala que havia sido designada para escuta qualificada. Foram definidas que situações de urgência e de emergência seriam atendidas fora do horário de funcionamento do acolhimento.

Foram definidos os seguintes parâmetros de riscos para o acolhimento:

a) Para crianças: Risco Máximo - vômitos incoercíveis, convulsões, letargia, queixas respiratórias, diarreias (a partir de 3 evacuações), febre, emagrecimento e edema. Risco Intermediário - Taquipnéia, ouvido com secreção purulenta, baixo peso e pústulas na pele; Risco Baixo - doença febril, baixo peso, anemia.

b) Gestantes: Risco Máximo – hipertensão moderada e grave, grande perda de líquido amniótico e/ou sanguíneo, ausência e/ou diminuição de batimentos cardíacos. Risco Intermediário – insuficiência no aumento da altura uterina, perda leve e/ou moderada de líquido amniótico e /ou sanguíneo, diabetes, aumento da tensão arterial. Baixo Risco: anemia, baixo peso, contrações leves, edema.

c) Idosos - Risco Máximo: crise hipertensiva, hipo e hiperglicemia, desidratação, crise asmática e suspeita de pneumonia. Risco Intermediário: Hipertensão moderada, mialgia, diarreia, dor à micção. Baixo Risco: anemia, baixo peso, doença febril, dor lombar.

O roteiro do acolhimento construído nesta fase da pesquisa é apresentado no anexo II.

MOMENTO VII – Execução e avaliação das ações.

Nesta etapa do estudo foi construído o Fluxograma Descritor do processo de trabalho na porta de entrada da USF, com objetivo de revelar a constituição das “linhas de cuidado” que partiam deste lugar. Notadamente que o Acolhimento foi inserido como dispositivo de acesso e qualificação da atenção aos usuários.

O fluxograma descritor, como instrumento analisador do fluxo assistencial permite visualizar os caminhos percorridos pelos usuários, quando buscam atendimento e sua inserção na USF (FRANCO; MERHY, 2003).

O primeiro momento do Acolhimento ocorreu na sala de espera, e se refere à divulgação aos usuários do novo tipo de funcionamento da USF. Ao mesmo tempo foi solicitada aos usuários a divulgação do processo de trabalho para demanda espontânea nos seus diversos espaços de convivência.

O Acolhimento foi implantado na porta de entrada da USF para atender aos usuários da demanda espontânea e, no atendimento, priorizou-se crianças, gestantes e idosos na escuta qualificada. Após esta ser realizada, definiram-se os parâmetros de risco de cada usuário, conforme seu problema de saúde. Este era questionado sobre o motivo pelo qual procurou a unidade, sendo utilizado o roteiro do acolhimento como instrumento norteador para demanda espontânea, com atenção para a predominância das tecnologias leves nesse processo de

trabalho. A partir da identificação das necessidades do usuário, o trabalhador toma a decisão, que pode ser a de resolver o problema, atendendo sua demanda naquele momento, ou se isto não fosse possível, encaminhar para o agendamento de consulta, o pronto atendimento, ou outros serviços de referência, conforme descrito no fluxograma.

A avaliação processual foi orientada pelos docentes UESC, com análise diária pela Equipe Saúde da Família sobre pontos negativos e positivos ocorridos no desenvolvimento da proposta do acolhimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estimativa rápida foi realizada com 222 usuários de famílias da área de abrangência da Unidade Saúde da Família, em uma faixa etária que concentrou mais entre 35 a 45 anos (24%), isto é, adultos jovens, na sua maioria composta por mulheres (65%), pois a elas deve-se o papel de cuidadoras que desempenham na sociedade, sendo as principais responsáveis pelos cuidados da saúde das famílias. Quanto à família, 38% dos entrevistados eram casados, sendo que os restantes solteiros e viúvos, entre outros.

Distribuição dos entrevistados segundo características sócio-demográficas, Itabuna-BA, 2004	
Variáveis	%
Idade	
15 a 25 anos	17%
25 a 35 anos	19%
35 a 45 anos	24%
45 a 55 anos	19%
55 a 65 anos	12%
Mais de 65 anos	9%
Sexo	
Feminino	65%
Masculino	35%
Estado Civil	
Solteiro	24%
Casado	38%
Viúvo	9%
Divorciado	8%
Estável	11%
Separado	4%
Ignorado	4%
Outros	2%

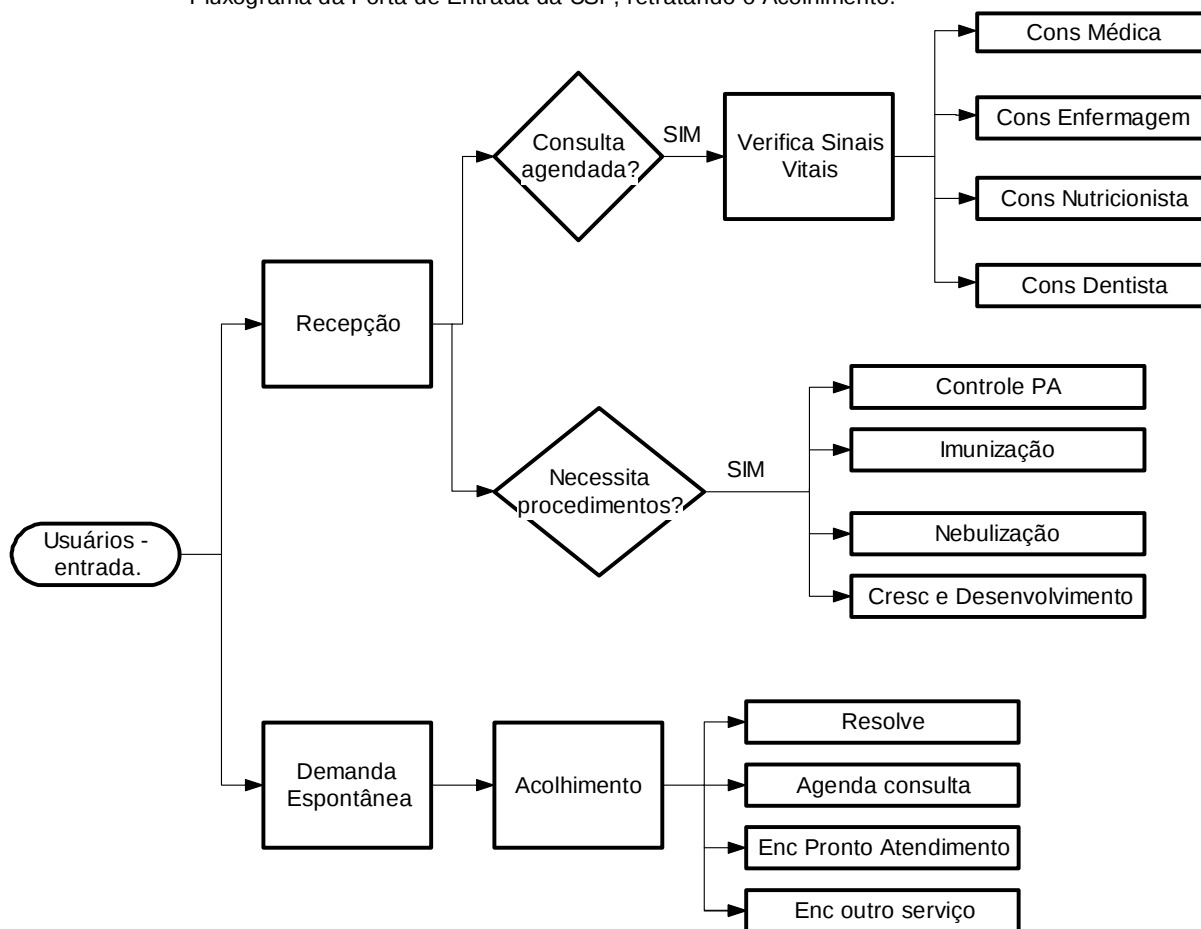
Os resultados das entrevistas da estimativa rápida consideraram mais de uma resposta nas questões, apontando que 98% dos usuários não têm dificuldade de acesso para chegar à USF. Em 75% dos casos os usuários procuram à USF para tratamento de doenças e apenas 25% para práticas preventivas, na maioria das vezes, obedecendo às ações programáticas. Quanto à relação dos usuários com a ESF, 71% referem ter um bom relacionamento com os Agentes Comunitários de Saúde, seguido de 15% com a enfermeira e 12% com a técnica de enfermagem. Ainda, 82% dos entrevistados referiram ter resolutividade no atendimento de suas necessidades. Como melhorias da atenção na USF sugerem: maior disponibilidade de médicos (81%), garantia da dispensação de medicamentos (52%), acesso ao sistema de marcação de consultas (31%) e maior disponibilidade de fichas para o atendimento odontológico (30%). Tais dados inferem a pouca participação da população na gestão da produção do cuidado como forma de contribuir para organização da Unidade, bem como aponta para problemas relacionados à organização das ações e serviços de saúde no âmbito municipal.

O Acolhimento proporcionou que todos os usuários fossem escutados e encaminhados de acordo com as suas necessidades e, sobretudo, ampliou a capacidade de atendimento, gerando o fim das filas que se formavam na madrugada para o atendimento à consulta médica no turno matutino, e pela manhã para o turno da tarde.

A construção da linha do cuidado de atenção à saúde realizada na USF Jacinto Cabral, através do fluxograma descritor, buscou caracterizar que o usuário adentra na USF por duas vias. A primeira, pela oferta organizada através da recepção para consulta agendada, em que são verificados os sinais vitais e, após estes procedimentos, o usuário é encaminhado para consulta médica, de enfermagem, de nutrição ou atendimento odontológico. E a segunda via pela demanda espontânea, em que o usuário vai para a sala de acolhimento, onde é realizada a escuta qualificada, podendo ter o seu problema resolvido ali mesmo ou, caso contrário, pode ser encaminhado para o pronto-atendimento ou agenda de consulta na própria USF ou referenciado a outro serviço de saúde do município. Nessa direção, a construção do fluxograma descritor permitiu a reorganização do processo de trabalho a partir da porta de entrada para melhor acessibilidade à USF.

FIGURA 1: Fluxograma descritor do processo de trabalho na porta de entrada da USF Jacinto Cabral, Itabuna (BA).

Fluxograma da Porta de Entrada da USF, retratando o Acolhimento.



Os resultados da demanda espontânea, obtidos a partir do roteiro de acolhimento, revelaram quanto à procedência que a maior porcentagem de usuários (60%) acolhidos foi do bairro Novo Horizonte, onde está localizada a USF. Desses, 22,60% eram da micro-área I, pelo fato de estar mais próximo da USF, seguido das micro-áreas IV (15,50%) e V (13,10%), consideradas micro-áreas de maior risco. Isso revela uma maior demanda gerada pelas precárias condições de vida, que não é diferenciada na produção do cuidado da equipe saúde da família.

A participação dos usuários deu-se através do seu cuidado e da divulgação da proposta de acolhimento com seus pares. Ocorreu uma ruptura no processo de trabalho burocrático, presente na entrada da USF, para outro centrado na escuta solidária que desvela problemas, e expõe os recursos a serem utilizados pelos usuários e trabalhadores na sua solução.

O Acolhimento, que tem o compromisso de resolubilidade aos que procuram os serviços de saúde, revelou que os acolhidos, na demanda espontânea, segundo parâmetros de

risco, equipararam-se entre o risco intermediário (41,70%) e o baixo risco (41,70%) em uma faixa etária que predominou entre 1-4 anos (27,40%) e 5-14 anos (23,80%). Dos acolhidos conseguiu-se resolver o problema de 9,5%. Estes necessitavam principalmente de uma escuta qualificada e o acolhimento foi eficaz nisso. Os restantes, 90,5%, tiveram algum tipo de encaminhamento, sendo que destes, 48,80% dos usuários foram encaminhados para o pronto atendimento na USF e 41,70% para o agendamento de consultas. Ocorreu uma mudança significativa na acessibilidade dos usuários a USF, demonstrando que o Acolhimento significou um avanço importante na reorganização do processo de trabalho.

A resolução de 9,5% dos casos que se apresentaram na demanda espontânea é significativa, mas ainda está aquém do esperado para um bom desempenho do Acolhimento na porta de entrada. Isso se deve ao fato de que o processo de trabalho, embora tenha modificado na porta de entrada da USF, não sofreu mudanças para dentro das equipes, onde ainda prevalece um processo centrado no médico, pouco relacional. Apesar do Acolhimento “resolver” a acessibilidade na porta de entrada da USF, ocorreu pouco deslocamento para outras tecnologias de cuidado em condições de absorver a demanda, pois há uma baixa oferta de outras práticas assistenciais, promoção e proteção da saúde, em uma perspectiva do cuidado integral, ou seja, o Acolhimento e as tecnologias leves que passaram a dominar o processo de trabalho no acesso dos usuários ficaram “ilhados” na porta de entrada da Unidade. Isto significa que o Acolhimento está em processo, em que se espera que, com o tempo, contamine todo o trabalho da equipe.

Um efeito importante da implantação do Acolhimento é que ele revelou, através da observação participante, problemas no processo de trabalho das equipes que repercutiam na assistência aos usuários. As principais questões identificadas foram os atrasos da recepcionista e de outros profissionais à USF, sobrecarga de trabalho da técnica de enfermagem, pouco reconhecimento dos profissionais não-médicos nas funções assistenciais e uma excessiva estruturação dos processos de trabalho pelo saber médico, deixando à margem dos processos os outros saberes que se inscrevem nas outras práticas profissionais.

Em relação à acessibilidade à USF, o acolhimento implantado proporcionou maior integração da equipe e melhor percepção do usuário pela equipe. Isso foi considerado um importante aprendizado proporcionado pela pesquisa-ação, que está associado ao processo de investigação, que gera e utiliza a informação para orientar a ação.

Enfim, os resultados apontam para a potência inclusiva do acolhimento, enquanto instrumento capaz de qualificar a escuta dos usuários, de contribuir com a identificação dos problemas e de reorganizar o processo de trabalho centrado no usuário.

CONCLUSÃO

Um primeiro aspecto a ser observado diz respeito à associação verificada, no processo de implantação do Acolhimento, entre ensino-serviço-comunidade. Essa integração orientou o ensino coordenado por docentes da UESC em uma prática pedagógica orientada pelos princípios da educação permanente, especialmente o que se refere à educação no e para o trabalho.

Os movimentos de mudanças na acessibilidade à Unidade Saúde da Família e na reorganização do processo de trabalho da equipe saúde da família, com participação dos usuários, é percebida também pela lógica da integralidade como eixo estruturante da educação permanente, o que fortaleceu o vínculo ensino e serviço, e promoveu motivação e reconhecimento da micropolítica existente na organização do trabalho na Unidade Saúde da Família.

Um outro aspecto importante diz respeito ao fato de que as mudanças no processo de trabalho estão iniciadas, gerando desde já impacto na porta de entrada, com ampliação da inclusão dos usuários e melhoria significativa do acesso. Porém ainda se caracteriza como um processo misto de produção do cuidado, isto é, há reorganização das práticas na entrada da USF, mas isto ainda não foi feito no ambiente mais interno de organização do trabalho. Essa contaminação pode se dar ao longo do tempo e com maior maturação do projeto Acolhimento. Observa-se um tensionamento neste sentido, na medida em que já há resultados positivos a serem demonstrados. No entanto, as mudanças vão se produzir através de conflitos, disputas e interesses, que compõem naturalmente a micropolítica do processo de trabalho. Os que experimentam a nova modelagem do trabalho atuam para que se aprofundem as mudanças iniciadas em um processo a quente, ou seja, com amplas discussões que buscam convencer os trabalhadores para o novo ordenamento do processo produtivo do cuidado.

As mudanças iniciais são instituintes de uma certa reestruturação produtiva da saúde, pois mudam os processos de trabalho e, por consequência, o modo de produção do cuidado. Re-significam as relações entre os próprios trabalhadores e destes para com os usuários, possibilitando novos encontros de sujeitos na cena de produção do cuidado. Os ruídos gerados destes encontros e, muitas vezes, desencontros poderão potencializar a busca do novo desenho organizativo da USF, usuário-centrado e, ao mesmo tempo em que impacta o processo de trabalho, opera também na mudança educacional, inaugurando um processo de formação técnico, cultural e político dos alunos, que passam a compreender que as demandas da

sociedade estão presentes em um cenário micropolítico, como artefato sócio-educacional de conceber, selecionar, produzir, organizar e implementar para dinamizar conhecimentos e atividades visando à formação de profissionais na área da saúde.

REFERÊNCIAS

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ:ABRASCO, 2001. p. 113-121.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos. In: Merhy et al. **Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A., (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 181-194.

LOURAU, R. **A Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996. 284 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.15-36.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: **DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2006. p.225-230.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 170 p.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 155 p.

PANIZZI, M.; FRANCO, T. B. A implantação do acolher Chapecó: reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. *et al.* **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.79-110.

PINHEIRO, R.E.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 2004. p.21-36.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume/CNTSS, 1998. 253 p.

SILVEIRA, P. A. F. O acolher Chapecó. In: FRANCO, T. B. *et al.* **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 70-48.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998. 108p.

Submissão: novembro de 2006

Aprovação: setembro 2007

ANEXO I

ESTIMATIVA RÁPIDA

Faixa Etária:

- ☐ 15 a 24 anos
☐ 25 a 34 anos
☐ 35 a 44 anos
☐ 45 a 54 anos
☐ 55 a 64 anos
☐ 65 anos a mais

Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

Estado Civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ divorciado ☐ viúvo ☐ estável
☐ separado ☐ outros

Microárea: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Como se dá seu acesso à Unidade de Saúde?

Quando procura o serviço?

Qual a sua relação com a Equipe de Saúde?

A USF resolve sua necessidade?

O que você sugere para melhoria da USF?

ANEXO II

ROTEIRO DO ACOLHIMENTO

DATA _____

1 – IDENTIFICAÇÃO:

Nome:_____ Idade:_____
Microárea:_____ Família:_____
Endereço:_____ Sexo:_____ Ocupação:_____

2 – CADASTRAMENTO NA UNIDADE:

() SIM —————> () Hiperdia () Pre-natal () PF () CD
() NÃO

3 – MOTIVO PELO QUAL PROCURA A UNIDADE:

() Consulta Médica () Consulta de Enfermagem () Consulta Odontológica
() Atendimento Específico () Outros : _____

4 – VERIFICAÇÃO DOS SSVV:

PA:_____mmHg Temperatura:_____°C Altura_____metros Pulso:_____Bpm
Peso:_____Kg

5 – AVALIAÇÃO:

() Risco Máximo:_____
() Risco Intermediário:_____
() Risco Baixo:_____

6 – ENCAMINHAMENTO:

() Pronto Atendimento:_____
() Agendamento de Consulta:_____
() Serviços de Referência:_____
