

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DISPOSITIVO DISPARADOR DE MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO?

User Embracement in the Primary Healthcare System: a device to trigger changes in the organization of the work process?

Sabrina Alves Ribeiro Barra¹, Leda Maria Leal de Oliveira²

RESUMO

Este artigo analisa a relação entre o acolhimento e a reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, a partir da pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora/MG. A pesquisa de abordagem qualitativa foi realizada junto aos profissionais integrantes da equipe de saúde da família da referida Unidade: agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Os resultados do estudo mostraram que o acolhimento ocupa lugar central na organização do trabalho da Unidade, funcionando ora como um dispositivo humanizador da assistência e gerador de mudanças no processo de trabalho, ora como um mecanismo de organização da demanda e otimização do serviço. A reorganização do processo de trabalho na construção de um modelo de atenção à saúde, que tenha como base a integralidade, a interdisciplinaridade e o foco nas necessidades do usuário, ainda se mostrou como um desafio que perpassa os campos da micropolítica e macropolítica da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Trabalho.

INTRODUÇÃO

No trabalho em saúde, o acolhimento tem sido destacado como uma estratégia fundamental na construção da humanização e da integralidade da assistência.¹ Discute-se a utilização desta tecnologia frente à proposta de constituição

ABSTRACT

This article discusses the relationship between user embracement and the reorganization of the work process in the Primary Healthcare System, based on research carried out in a Basic Health Unit in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. The qualitative research was developed with the professionals on the 'family healthcare staff' of the Unit mentioned above: community healthcare agents, social workers, nurses, doctors, and nurse technicians. The results of this research showed that user embracement occupies a central role in organizing the work of the Unit, in some cases humanizing the work and generating changes in the work process, in others just managing demand and optimizing the service offered. Reorganization of the work process in building a model of healthcare based on an integrated, interdisciplinary approach, focused on the needs of the user, remains a challenge that pervades the micropolitics and macropolitics of health.

KEYWORDS: User Embracement; Primary Health Care; Work

de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, em que sobressai o trabalho interdisciplinar, a articulação das ações de cura, prevenção e promoção da saúde, e a ênfase no uso das tecnologias leves.²

Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde, Merhy³ aponta a importância do uso das tecnologias

¹ Sabrina Alves Ribeiro Barra, Especialista em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva. Mestranda em Serviço Social/ Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: sassabarra@yahoo.com.br

² Leda Maria Leal de Oliveira, Pós-doutora em História pela Universidade Federal Fluminense. Professora associada I da Universidade Federal de Juiz de Fora

leves na assistência ao usuário, na busca de um cuidado integral. O autor define as tecnologias em saúde como um conjunto de conhecimentos e modos de agir aplicado à produção de algo.⁴ As tecnologias podem ser expressas em: conhecimentos materializados nas máquinas e equipamentos, constituindo as tecnologias duras; saberes estruturados que conformam o conhecimento adquirido pelos profissionais através de sua formação e experiência de trabalho, representando as tecnologias leve-duras; e as relações presentes na produção de serviços como modos de produzir acolhimento, trabalho em equipe, vínculo e responsabilização, em que a comunicação e o diálogo são elementos essenciais, constituindo as tecnologias leves, as tecnologias das relações intersubjetivas.

Trabalhar com base na perspectiva do acolhimento significa ter uma escuta qualificada que busca identificar as necessidades e condições de vida dos usuários, por meio de ações e reflexões pautadas na integralidade da assistência, na universalidade do acesso, na autonomia do usuário e na responsabilização do processo de cuidar, destacando a importância da ética e da cidadania no trabalho em saúde.

Silva Junior e Mascarenhas⁵ definem o acolhimento em três dimensões: como postura profissional que pressupõe a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente, construindo relações de confiança, vínculo e comprometimento com a resolução das necessidades dos usuários; como técnica que instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento e buscam garantir acesso; e como princípio de reorientação dos serviços na busca pela reorganização do processo de trabalho, identificando as demandas do usuário e articulando o serviço para respondê-las.

A articulação dessas três dimensões permite construir um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e atuante na perspectiva da saúde e não da doença. A construção dessa centralidade do usuário pressupõe algumas diretrizes como: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acesso universal; construir a assistência a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional, em que todos os profissionais participam do processo de produção da saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário com parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.⁶

A prática do acolhimento encontra na Atenção Primária à Saúde (APS) locus privilegiado para sua realização, dadas as características desse nível de atenção do Sistema de Saúde. A APS caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações longitudinais de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde no campo individual e coletivo, tendo por base o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção.

É a porta de entrada do Sistema de Saúde e trabalha com população e território delimitados, o que permite a construção de vínculos e a identificação de necessidades. Busca, assim, a resolução e a responsabilização pelas demandas e necessidades de saúde da população, e a organização de todo o Sistema trabalhando em equipe e em rede.⁷

Essa atuação da APS demanda a utilização expressiva de tecnologias leves na produção do cuidado, especialmente o acolhimento, dado seu potencial de comunicação, de comprometimento, de resolutividade, como reconhecimento da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e de reorganização do processo de trabalho.

O processo de trabalho em saúde é fruto da atuação de diferentes sujeitos como os profissionais da saúde, os usuários do Sistema e os gestores das políticas. É condicionado pela micropolítica do trabalho, entendida como o plano das relações em que se estabelecem comunicações e fluxos pautados nas concepções, valores e modos de agir dos sujeitos envolvidos. Estas relações ocorrem no cotidiano do trabalho, no encontro direto entre trabalhadores e destes com os usuários.

Ao mesmo tempo, o trabalho em saúde também é condicionado pela sua historicidade e pela relação que mantém com a totalidade social da qual faz parte. O trabalho em saúde matém intrínseca relação com o contexto social, econômico e cultural em que se insere a política de saúde e é, portanto, condicionado pelas políticas de recursos humanos, pelos processos de gestão dos serviços prestados, pelas políticas governamentais, pelas leis, pelos aspectos históricos e culturais de cada época.

O acolhimento, enquanto diretriz do trabalho em saúde, insere-se nesse contexto, condicionado tanto pela autonomia relativa dos trabalhadores no campo da micropolítica, quanto pelos processos societários políticos e econômicos em que se inserem a gerência e gestão da política de saúde. A reorganização do processo de trabalho, a partir do acolhimento, deve ser vista, portanto, sob esses dois ângulos.

Pautado nessas discussões teóricas, este artigo objetiva suscitar o debate em torno do acolhimento, entendendo-o como uma ferramenta capaz de contribuir para a reorganização do processo de trabalho na APS, a partir de uma pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), junto aos sujeitos que vivenciam esta prática cotidianamente. As reflexões aqui construídas são resultado da monografia de conclusão da Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva acoplada à Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), realizada entre 2010 e 2011. A monografia foi desenvolvida com o objetivo de

analisar a relação entre o acolhimento e a reorganização do processo de trabalho a partir das concepções e práticas de acolhimento das equipes; dos impactos da adoção dessa tecnologia na organização do trabalho, destacando seus limites e possibilidades.

Neste artigo, discutem-se as concepções e práticas de acolhimento relatadas pelos sujeitos da pesquisa, relacionando-as à organização/ reorganização do processo de trabalho. Conhecer as diferentes percepções e experiências no uso desta tecnologia pode contribuir para reforçar e repensar o acolhimento nas ações de saúde, identificando intervenções, limites e potencialidades na construção de um novo modelo de atenção à saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em uma UBS localizada em Juiz de Fora/MG. A escolha por esse método de pesquisa se deve à consideração de que todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença e sua representação pelos diferentes atores envolvidos no processo têm, na pesquisa qualitativa, um rico caminho de análise, já que, quando se fala em saúde ou doença, há uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser desconsiderada, conforme define Minayo.⁸

Além disso, Deslandes e Assis⁹ apontam que este tipo de abordagem metodológica tem como núcleo básico o trabalho com o significado que os sujeitos atribuem aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretando as interpretações e práticas, além das interpretações da prática. O que significa buscar compreender os significados, as representações sociais, a subjetividade, as percepções, perspectivas e vivências, com o objetivo de alcançar uma aproximação com a totalidade dos fenômenos estudados e apreender de modo abrangente as dinâmicas e correlações do objeto de estudo.

A Unidade pesquisada integra a rede de atenção primária à saúde de Juiz de Fora/MG que conta com 59 UBS distribuídas em 12 regiões sanitárias, sendo 38 Unidades de Saúde da Família, duas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 19 Unidades tradicionais.¹⁰ As Unidades que operam pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) contam com profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A ESF é entendida como uma estratégia de reorganização da APS, orientada fortemente pela diretriz da integralidade, com uma concepção ampliada de saúde e de direito de cidadania. Atua com foco na família e em

seu contexto socioeconômico e cultural, como espaço vital de atenção à saúde, identificando o risco social e epidemiológico do território de sua abrangência, como definem Andrade, *et al.*¹¹

As demais funcionam com base no sistema de atendimento tradicional, sendo compostas por profissionais de diferentes especialidades médicas (clínica geral, cardiologia, pediatria, ginecologia), por enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Em algumas destas Unidades, tanto as tradicionais como as da ESF, a equipe é acrescida por profissionais da área de serviço social e odontologia.

Cabe destacar que o município conta ainda com os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RESF) nas áreas de Serviço Social e Enfermagem. Estes Programas, implantados em 2002, são coordenados pelas Faculdades de Enfermagem, Medicina e Serviço Social e pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) / UFJF, centrando-se no treinamento em serviço com o objetivo de formar/capacitar profissionais para atuarem na ESF através de ações coletivas e individuais.¹² A UBS que se constituiu o cenário da pesquisa abriga a ESF e a RESF, ambas implantadas em 2002. A Unidade possui duas equipes de saúde da família acrescidas de profissionais da área de serviço social e odontologia, formando uma equipe composta por: três médicos, sendo dois preceptores e um residente; dois assistentes sociais preceptores sete assistentes sociais residentes; dois enfermeiros preceptores e oito enfermeiros residentes; dois técnicos de enfermagem; onze agentes comunitários de saúde; e um odontólogo.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se nos diferentes profissionais que compõem as duas equipes. A seleção dos participantes foi feita a partir da definição de dois critérios: a) vínculo com a Prefeitura de Juiz de Fora (o que gerou a exclusão dos residentes), por entender que estes profissionais possuem um tempo de vivência maior no cotidiano da Unidade, inclusive em relação ao acolhimento; b) aproximação com a prática do acolhimento (o que gerou a exclusão da categoria de odontologia).

A partir desta seleção, foi entrevistada a totalidade dos profissionais que correspondiam aos critérios definidos, à exceção dos ACS. Estes, como existem em número maior que os demais profissionais (onze), foram selecionados por meio de sorteio, utilizando-se o critério de saturação.

Esta seleção resultou em um universo de onze entrevistados: um assistente social, dois enfermeiros, dois médicos, dois técnicos de enfermagem e quatro ACS.

Os sujeitos foram abordados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas a partir de um roteiro. As questões propostas no roteiro foram elaboradas no sentido de provocar o debate em torno de: a concepção do profissional referente ao acolhimento; as experiências práticas que traziam; a organização do processo de trabalho; o desenvolvimento do trabalho em equipe; e o cuidado em saúde.

Os dados coletados foram analisados considerando-se todas as mediações e correlações existentes referentes ao objeto de estudo, considerando também a realidade socioeconômica, cultural e dinâmica em que este se insere. Buscou-se identificar e compreender o significado das falas dos sujeitos da pesquisa correlacionando-as à vivência prática dos mesmos e aos referenciais teóricos que embasaram o estudo. De acordo com Mercado-Martinez^{13:197}, o processo de análise qualitativa dos dados “se entrecruza com um conjunto de fatores e circunstâncias (...) de natureza acadêmica [que] também remetem ao social, ao cultural, tecnológico e inclusive são relativos à própria subjetividade do pesquisador.”

Essa análise processou-se em três momentos, seguindo a proposta operativa de análise de dados qualitativos indicada por Minayo.⁸ Inicialmente, efetuou-se a *ordenação dos dados*, o que englobou a transcrição das entrevistas, a releitura do material e a organização dos relatos de acordo com os assuntos retratados. Em seguida, efetuou-se a *classificação dos dados*, a partir de uma leitura exaustiva dos relatos, estabelecendo uma postura interrogativa com os mesmos. Nesse processo classificatório, foram separadas as categorias/unidades de sentido, agrupando as semelhanças e buscando perceber as contradições e conexões entre elas. Por fim, realizou-se a *análise final e elaboração do relatório*, articulando o empírico e o teórico.

Os caminhos trilhados possibilitaram organizar os dados nas categorias: concepções e práticas de acolhimento; impactos no processo de trabalho; e impasses e desafios. A reflexão em torno destas categorias provocou um intenso debate sobre a proposta de acolhimento defendida/realizada na Unidade de Saúde pesquisada, trazendo à tona suas particularidades e seu significado para a organização/reorganização do processo de trabalho, rumo à humanização e à qualificação da assistência.

Respeitando os critérios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, o estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o parecer número 223/2010 emitido em 19 de agosto de 2010. Os sujeitos da pesquisa concordaram em participar da mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS/ DISCUSSÕES

A apresentação/discussão dos resultados foi organizada a partir das categorias analíticas apresentadas: concepções e práticas de acolhimento; impactos no processo de trabalho; e impasses e desafios. Destaca-se a interconexão entre as mesmas, compreendendo a relação direta que há entre as concepções, as práticas de trabalho, a assistência ao usuário e o contexto em que estas ocorrem, o que permite avanços e desafios.

a) Concepções e práticas de acolhimento

Na UBS pesquisada, o acolhimento foi implantado entre 2002 e 2003 juntamente com o PSF e a RESF. Destaca-se que, dos onze profissionais entrevistados, apenas três vivenciaram este momento de implantação do acolhimento. Os demais possuem um tempo de atuação na UBS que varia entre dois meses e sete anos não tendo, portanto participado desse processo.

A implantação do acolhimento foi fruto de um processo reflexivo dos profissionais pela percepção de que a forma como estava organizado o serviço, centrado em consultas médicas com marcação restrita à ordem de chegada do usuário na fila e ao número de vagas disponíveis, não respondia às necessidades do usuário e havia uma grande demanda reprimida que não conseguia acesso ao serviço.

“Além da gente compreender que todas as pessoas que estavam na fila, não necessariamente estavam para o serviço de atendimento médico, a gente tinha (...) um número muito maior de usuários do que de vagas de consultas médicas. (...) A gente percebia que só entregar um número do primeiro ao último não atendia a necessidade porque muitas vezes aquele que não recebia ficha precisava muito mais do que o primeiro que recebeu a ficha”. (E3)

A partir desta percepção, em um movimento de discussão de toda a equipe, esta começou a buscar uma forma de organizar o serviço que qualificasse e ampliasse o acesso do usuário, através de estudos e pesquisas de outras experiências de acolhimento. Além disso, com a implantação da ESF e da RESF, havia uma proposta nova de trabalho que também impulsionava esse processo reflexivo, cujas discussões eram compartilhadas com o Conselho Local de Saúde. Os profissionais também realizaram um breve levantamento de dados com os usuários que buscavam a Unidade com o objetivo de fundamentar e documentar a necessidade de reorganizar o serviço.

Esse movimento da equipe, ao buscar a melhoria da assistência ao usuário, realizando estudos, troca de experiências, levantamento de dados, evidencia as potencialidades do autogoverno presente no trabalho em saúde, sua dimensão inventiva e criativa que permite ao trabalhador certa autonomia na condução do processo de trabalho. Essa autonomia permite ao trabalhador interferir e até mesmo modificar o processo de trabalho, buscando superar as dificuldades encontradas no cotidiano, melhorar o serviço prestado e construir uma prática crítica e reflexiva. Perceber os “ruídos”, do processo de trabalho e buscar as “linhas de fuga”, nos termos de Merhry³, são processos fundamentais na busca pela melhoria e garantia do direito à saúde.

O planejamento e a avaliação das ações de saúde ofertadas são processos que demandam articulação e discussão em equipe, tendo como base as características e necessidades do público atendido, bem como considerando a conjuntura, os limites e as possibilidades que a própria instituição oferece. Acresce-se a essas considerações a necessidade de envolver o público alvo das ações de saúde nos mecanismos decisórios dos processos de planejamento e avaliação em saúde, para que os usuários possam contribuir e participar ativamente da construção do sistema de saúde. Esse olhar sobre o planejamento e a avaliação se mostrou presente na equipe, ao buscar envolver os usuários e atentar para a realidade do serviço e das demandas postas ao mesmo.

Ao sistematizarem suas concepções sobre o acolhimento, os profissionais revelaram uma correspondência do mesmo com uma escuta qualificada na relação com o usuário, buscando compreender as necessidades deste e construir relações de vínculo. O acolhimento também foi associado a uma forma de receber o usuário, fornecer uma resposta que atenda as demandas deste e organizar o serviço.

Tais concepções indicam que há um comprometimento da equipe com a humanização e resolutividade da assistência. Alguns entrevistados ainda avançaram no entendimento de acolhimento, sinalizando que a escuta qualificada é um processo reflexivo de ouvir, observar e perceber as demandas e necessidades do usuário, constituindo-se em elemento central no processo de trabalho da equipe. A demanda é aparente, explícita, é aquilo que o usuário decodifica de seu estado de saúde, já a sua necessidade pode ser bem mais complexa, implícita e, por isso mesmo, não diretamente declarada pelo usuário.

“O acolher para mim é aquele momento em que você escuta a pessoa, uma escuta qualificada no sentido de você tentar identificar quais são as necessidades daquela pessoa, declaradas ou não. É um momento em que se você conduz ade-

quadamente já te permite construir um vínculo de confiança e afetividade”. (E1)

“Acolher é você receber o usuário, receber o profissional e você se organizar para aquela demanda tanto da Unidade como da comunidade”. (E8)

“Acolher para mim é primeiro uma escuta qualificada, atenta e não só pelo fato de escutar. É escutar, olhar, observar e refletir durante o processo”. (E4)

“Cada equipe acolhe os usuários da sua área de atendimento. É uma equipe multiprofissional, mais frequentemente com a Enfermagem e o Serviço Social e ocasionalmente os médicos também participam. Então são identificadas as demandas e dali as pessoas são encaminhadas para todos os atendimentos que são necessários”. (E1)

No processo de cuidado em saúde, em especial das Equipes de Saúde da Família que se situam no território da comunidade que atendem, é fundamental relacionar as necessidades do usuário ao seu contexto socioeconômico e cultural, conforme destaca Stotz¹⁴ ao associar tais necessidades ao conceito ampliado de saúde e às condições materiais de vida. O estabelecimento de vínculos e o conhecimento do território facilitam esse processo de identificação de necessidades, como pode ser explicitado na fala a seguir:

“Se eu fosse usar um sinônimo [para acolher] eu usaria ouvir, receber e responder. (...). É você receber aquele usuário, compreender o que ele está buscando a partir da realidade, porque a gente trabalha com PSF, então (...) parte muito do que previamente você conhece desse usuário. E a partir desse primeiro encontro do acolhimento, é que se define todo o trajeto dele na UBS e no sistema de saúde de uma forma geral”. (E3)

As concepções da equipe coadunam com as definições de acolhimento do Ministério da Saúde² e de diversos autores como Franco e Merhy⁶ que entendem o acolhimento como um qualificador da relação usuário/profissional no sentido de propiciar processos de vínculo, autonomia e corresponsabilização, além de organizar o processo de trabalho, centrando-se no atendimento às necessidades do usuário. Esse entendimento demanda a articulação com toda a rede de saúde e também com outros setores das políticas públicas, considerando-se a multiplicidade de fatores que interferem no processo saúde/doença.

Paralelamente a essa visão ampliada do acolhimento, em alguns momentos, as falas dos profissionais parecem

indicar uma maior valorização do acolhimento em sua dimensão de organização do serviço, direcionando demandas e racionando as consultas médicas, deixando em segundo plano a sua dimensão de qualificação da assistência.

“Eu não sei quando foi implantado o acolhimento na UBS e nem fiquei sabendo quando cheguei. Mas eu acredito que tenha sido para facilitar o serviço. Porque às vezes a pessoa vem marcar uma consulta e ela só quer renovar uma receita e aí não precisa de uma consulta para isso e vai tirar a vaga de outra pessoa que precisa. (...). Não sei te responder por que nós nunca tivemos nada que falasse diretamente do acolhimento”. (E5)

“Primeiro é a organização da demanda, porque como todo serviço de saúde a demanda é maior que a oferta e as pessoas têm aquela coisa de achar que tudo é consulta médica (...). Então a gente aproveita melhor, a gente sabe que aquelas quatorze consultas realmente são médicas”. (E8)

Essas falas parecem ser indicativas de que, em alguns momentos, a chegada de novos profissionais pode não estar acompanhada de um movimento de diálogo e interação que vise o compartilhamento e a discussão dos objetivos e da materialização do acolhimento na UBS. Ou quando houve esse momento de capacitação, parece que o mesmo não conseguiu consolidar o acolhimento como um instrumento de escuta qualificada, deixando sobrepor a sua dimensão de organização do serviço e revelando, até mesmo, um distanciamento da prática do acolhimento na UBS.

“Assim eu nunca tive a oportunidade de participar. Ao certo eu nem sei. Mas pelo que eu sei às vezes que eu chego aqui de manhã tem uma enfermeira e um assistente social e os usuários também comentam comigo, é que perguntam o que a pessoa veio buscar e ver o que elas podem resolver ou encaminhar”. (E5)

A ausência de uma preparação dos profissionais novos que chegam ao serviço pode trazer consequências para todo o processo de trabalho da Unidade, implicando em dificuldades desses novos profissionais se integrarem à equipe, compreenderem a organização do trabalho na Unidade e construírem uma fala e atuação comuns. Tais implicações rebatem no usuário que se depara com diferentes posicionamentos e orientações de acordo com o profissional que o acolher.

Cabe destacar que, muitas vezes, o cotidiano do trabalho se constitui em locus privilegiado para a construção do conhecimento, a partir de reflexões sobre o exercício

da prática, propiciando que processos de “capacitação” ocorram no dia-a-dia sem que a equipe crie espaços formais. É fundamental que haja uma sintonia na equipe e que esta busque uma interação contínua, compartilhando informações, saberes e vivências em um rico processo de conhecimento conjunto, através da comunicação e do compartilhamento.

Embora haja uma dificuldade de compreensão por alguns integrantes da equipe, para a maioria e, tendo por base o protocolo do acolhimento da UBS (elaborado pela própria equipe), o acolhimento técnico é um instrumento de escuta qualificada que visa à organização do serviço na Unidade.

Em relação à materialização do acolhimento, este se inicia com a abertura da Unidade pela manhã, quando a fila dos usuários já está formada. Nesse momento, ocorre o que os profissionais denominam de “pré-acolhimento”, que identifica-se como uma triagem, com o objetivo de organizar a fila. Nessa triagem, são separados os usuários que buscaram a UBS para coleta de sangue, os usuários que já estão com atendimento agendado, e aqueles que já possuem encaminhamento para as especialidades médicas que são direcionados para a CMC (Central de Marcação de Consultas). Os demais usuários aguardam em duas filas, uma para cada área de abrangência, permitindo que cada usuário seja acolhido pela sua equipe de referência.

O acolhimento ocorre no salão de reuniões da UBS e é realizado geralmente pelo serviço social e enfermagem. Nesse momento, os médicos iniciam as consultas dos usuários que já estão agendados, não havendo a participação desses profissionais no acolhimento. As duas equipes acolhem simultaneamente no mesmo salão, em mesas separadas. Os próprios profissionais destacaram que essa organização só é possível pelo quantitativo de recursos humanos existente na Unidade, o que não seria possível em uma equipe mínima. Antes de iniciar a escuta aos usuários da fila, é feita uma breve explicação sobre os procedimentos que serão realizados e os objetivos dos mesmos, esclarecendo sobre a definição das prioridades de atendimento.

Cada usuário é acolhido pela sua equipe de referência e é avaliada a necessidade de priorização do atendimento de acordo com o risco biológico e/ou social apresentado pelo usuário, e com as prioridades legais, com base em uma adaptação da classificação de risco do Protocolo de Manchester. Após a avaliação da equipe, o usuário é encaminhado à recepção com uma ficha que indica a qual/quais serviços será direcionado (atendimentos médico, serviço social, enfermagem, odontologia, procedimentos de enfermagem, outros).

O Protocolo de Manchester é uma metodologia de trabalho implementada em Manchester (Inglaterra), em 1997, e amplamente divulgada e aplicada em diversos países da Europa. O objetivo do protocolo é estabelecer um tempo de espera pela atenção médica de acordo com a gravidade, identificando a queixa inicial do paciente e seguindo o fluxograma de decisão. O protocolo utiliza um esquema de cores para caracterizar/classificar a urgência do atendimento e o respectivo tempo de espera: vermelho: emergente (atendimento imediato); laranja: muito urgente (10 minutos); amarelo: urgente (60 minutos); verde: pouco urgente (120 minutos); azul: não urgente (240 minutos):

Vermelho: comprometimento de vias aéreas; insuficiência respiratória; hemorragia exsanguinante; choque; presença de convulsão; criança que não responde a estímulos. Laranja: dor intensa; hemorragia severa não-controlável; alteração do nível de consciência; febre em crianças; febre muito alta em adultos. Amarelo: dor moderada; hemorragia menor não controlável; histórico de perda de consciência; febre em adultos. Verde: dor leve recente; febre recente. Azul: demais casos.¹⁵

Para o Ministério da Saúde¹, a avaliação com classificação de risco é uma tecnologia que busca agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção e identificando os pacientes que necessitam de atendimento imediato de acordo com a complexidade apresentada pelo caso (potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento) e não pela ordem de chegada ao serviço. O atendimento baseia-se, então, em uma análise (avaliação) e ordenação (classificação). O MS prevê a articulação desta tecnologia ao acolhimento, destacando que ambas apresentam objetivos diferentes, mas complementares no processo de trabalho. O acolhimento visa identificar necessidades em saúde através da escuta e a classificação de risco objetiva perceber a necessidade de prioridade no atendimento médico.

Como se pode observar, o protocolo é essencialmente biológico, centrado em queixas clínicas e no tempo de espera para cada tipo de urgência/emergência de atendimento médico, de acordo com avaliação e classificação de risco.

Na UBS em questão, a classificação de risco foi implantada no acolhimento devido ao grande número de prioridades que estavam surgindo na demanda espontânea pela avaliação da equipe de acolhimento. Em virtude disto, a equipe sentiu a necessidade de construir um protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco.

Este protocolo foi construído pelos profissionais a partir de uma adaptação do Protocolo de Manchester, buscando torná-lo mais abrangente com a incorporação de riscos psicossociais e prioridades legais. A equipe buscou também adequá-lo às características da comunidade e do serviço, tendo por base a lógica da ESF. O atendimento às prioridades ficou assim definido:

Vermelho: emergências e urgências clínicas, tais como: precordialgias, crises hipertensivas com sintomatologia exuberante, dificuldade respiratória de qualquer origem, crises convulsivas, traumas, hemorragias, complicações da gestação, intoxicações agudas de qualquer natureza, dor abdominal aguda e intensa, etc. Foi acrescido: agudização de quadro mental com risco próprio ou para terceiros e sofrimento mental intenso. Amarelo: febre em crianças, vômitos, diarreia, crise hipertensiva sem sintomatologia, queda importante do estado geral, quadros agudos em usuários de risco social e/ou familiar, cuidadores cujos dependentes de cuidado tenham sido deixados sem companhia. Verde: prioridades legais (idosos, gestantes, crianças até seis meses de idade, deficientes) e quadros crônicos ou subagudos em usuários de risco social e/ou familiar. Azul: demais casos, atendimento por ordem de chegada ou agendamento.¹⁶

Como se pode observar, o protocolo foi modificado para se adequar ao serviço, facilitar a utilização do mesmo e torná-lo mais abrangente, facilitando a organização das prioridades. Entre as diferenciações podemos destacar a incorporação de prioridades legais, prioridades relacionadas à gestação e à saúde mental e, o desmembramento da prioridade laranja. A incorporação do risco social pode ser destacada pela definição de prioridades como quadros agudos, crônicos ou subagudos em usuários de risco social e/ou familiar e cuidadores cujos dependentes de cuidado tenham sido deixados sem companhia.

A adaptação do Protocolo pelos profissionais, incorporando o risco social, não se deixando prender aos aspectos biológicos e intencionando que a escuta não perca seu lugar, foi destacado nas entrevistas e apontado no protocolo da UBS como um ponto positivo que auxilia na organização das prioridades de atendimento, do processo de trabalho e na melhoria da agilidade no atendimento aos usuários.

“Houve essa discussão (...) e a gente sempre colocou, e o risco social? Como a gente vai colocar isso, por que tudo o que a gente

tinha lido de classificação estava centrado no biológico (...). Levou-se em consideração o que a gente pensava, a questão social, e eu acho que hoje a equipe (...) só pensa nas fichinhas [da classificação] depois que já decidiu com o usuário como é que vai atender. Eu acho que a classificação não interferiu na forma da gente ouvir". (E9)

A afirmativa demonstra que a equipe buscou incorporar o risco social à classificação e que esta tem sido importante para organizar o trabalho e melhor atender os usuários. Respeitando este entendimento, considero legítimo explicitar alguns questionamentos (este, inclusive, é um viés importante do estudo uma vez que fui residente por dois anos nesta Unidade e, neste período, tive a oportunidade de participar ativamente do acolhimento) frente à incorporação do risco social à classificação. A questão que proponho é: como a equipe implementa a classificação de risco? Pela minha vivência na UBS e pela avaliação que faço sobre o trabalho desenvolvido, o risco social foi sim incorporado à escuta, ao acolhimento, porém não sobressai na classificação de risco que se prende mais aos aspectos biológicos e prioridades legais (idosos, gestantes, deficientes e crianças até seis meses de idade) na priorização dos atendimentos médicos.

Esta dificuldade em tornar mais transparente o risco social na classificação de risco parece contribuir para que esta se prenda mais à organização das prioridades do que ao acolhimento, enquanto técnica de escuta qualificada. Sob esta perspectiva, a classificação de risco complementa o acolhimento no que tange à doença, à necessidade de atendimento médico com mais agilidade.

Embora a adaptação realizada represente um avanço ao incorporar a ideia do risco social à avaliação das prioridades de atendimento, a equipe ainda precisa avançar mais no sentido de melhor definir a aplicação deste termo na classificação de risco, para que todos os profissionais falem a mesma língua e possam consolidar a proposta da adaptação no processo de trabalho, ampliando as possibilidades de atendimento integral da equipe.

Outra questão que merece ser debatida, quando o assunto é a incorporação do risco social no acolhimento realizado na ESF, é pensar o que significa importar uma tecnologia que, a princípio, foi pensada para um determinado serviço, para outro com características diversas. A este respeito, é importante lembrar que o MS¹ orienta a implantação do acolhimento com classificação de risco, porém esta orientação está mais direcionada aos serviços de urgência e emergência como hospitais e Unidades de Pronto Atendimento.

Estas reflexões apontam para a necessidade de a equipe ficar atenta ao uso da classificação de risco e ao acolhimento, compreendendo as especificidades de cada um e buscando articulá-los na perspectiva dos fundamentos e princípios do trabalho desempenhado na APS. É preciso ter clareza do papel da classificação de risco no acolhimento, enquanto técnica direcionada à priorização dos atendimentos, clareando a incorporação do risco social.

Retomando a descrição do acolhimento, este é realizado inicialmente no horário da manhã, direcionado aos usuários que aguardam na fila pelo serviço social e enfermagem que realizam a escuta ao usuário e a classificação de risco. Embora nem todos os profissionais participem desse momento do acolhimento, todos afirmaram que ele não se limita a este “momento” ocorrendo durante todo o dia, dentro e fora da Unidade de Saúde.

“Enquanto Agente de Saúde a gente acaba trabalhando o acolhimento mais em casa, eles sempre perguntam pelo serviço e você faz o acolhimento em casa, mas aqui no serviço não”. (E7)

“Mas ele [o acolhimento] deve acontecer todos os períodos do dia por todos os profissionais e a todas as pessoas porque se a gente entender que o acolhimento é uma escuta atenta, às 3 horas da tarde chega uma pessoa querendo uma medicação e naquele momento você pode entender que ela tem uma necessidade além daquela que ela referiu”. (E4)

Após este acolhimento aos usuários que estão na fila, a equipe se reorganiza para atender os encaminhamentos originados deste e continuar recebendo os usuários que buscarem o serviço durante todo o dia. Assim, o acolhimento se organiza em dois momentos diferenciados: um logo pela manhã, quando o serviço se inicia, direcionado aos usuários da fila, denominado “acolhimento sistematizado”; terminado esse acolhimento, inicia-se uma outra forma de receber os usuários que são direcionados diretamente à recepção e recebidos pelos profissionais que estiverem ali naquele momento. Não há mais uma sistematização da recepção ao usuário, trata-se de uma postura de acolher e buscar uma resposta para a demanda apresentada.

Tais ponderações dos profissionais reforçam uma percepção ampliada de que o acolhimento se refere a toda situação de atendimento na Unidade, conforme destaca Matumoto¹⁷, perpassando por todo o serviço durante todo o horário de funcionamento do mesmo. O acolhimento, enquanto princípio de reorientação dos serviços como aponta Silva Júnior e Mascarenhas⁵, não se restringe a uma forma de

receber o usuário e direcioná-lo ao serviço que irá atender sua demanda. Implica um comprometimento e uma escuta que, para responder ao usuário, irá articular todo o serviço.

b) Impactos no processo de trabalho: potencialidades do acolhimento

A concepção ampliada de acolhimento demonstrada, de um modo geral, pela equipe, incide diretamente no processo de trabalho da Unidade, contribuindo para o trabalho em equipe, para o acesso dos usuários aos diversos serviços da Unidade, para a qualificação da relação usuário/ profissional e, conseqüentemente, para a reorganização de todo o processo de trabalho, ainda que de modo inicial.

Em relação ao trabalho em equipe, os profissionais destacaram que o acolhimento tem contribuído para o estreitamento de vínculos, o estabelecimento de relações de confiança, a integração da equipe, o reconhecimento das características de cada categoria profissional, o que resulta em uma ampliação do atendimento ao usuário.

“Ele contribui porque estimula as especificidades e ao mesmo tempo trabalha o trabalho do grupo sem que isso vire uma confusão e que todo mundo faça qualquer coisa e não respeite as especificidades de cada um. Eu no trabalho de acolhimento percebo claramente qual é a minha função e o que não é pra mim e de quem é”.(E4)

O trabalho em equipe traz uma ideia de complementaridade em que as especificidades se somam e se integram para alcançar a resolutividade da assistência. No momento em que o profissional exercita a escuta ao usuário, necessariamente ele precisará articular com outros profissionais da equipe e a ação central do trabalho não será a intervenção de um ou outro, mas sempre a escuta ao usuário. Ao mesmo tempo, amplia-se, assim, o potencial de intervenção de todos os membros da equipe.

A atitude de acolher também incide no acesso do usuário aos diversos serviços da Unidade. A escuta, ao identificar necessidades, propicia esse acesso ao orientar o usuário sobre os recursos disponíveis (atendimentos de outros profissionais, grupos educativos entre outros) para atender a demanda que o mesmo apresenta. O acolhimento apresenta um potencial para ampliar a visão do usuário sobre o serviço de saúde, facilitando o conhecimento e o acesso aos diferentes serviços ofertados pela Unidade.

Para os entrevistados, o acolhimento tem contribuído para avançar nessa ampliação do acesso, colocando o usuário como o centro do serviço.

“Ali é uma porta aberta para outros atendimentos, para tudo que a gente consegue perceber, existe uma orientação que é dada no acolhimento, mesmo que seja uma coisa mais rápida, tudo aquilo que a equipe de acolhimento consegue perceber já torna mais presente. Eu acho que o acolhimento consegue ampliar as possibilidades de atendimento que às vezes o usuário nem veio buscar”. (E9)

A ampliação do atendimento é consequência de uma escuta atenta e da leitura que o profissional faz da demanda trazida pelo usuário que pode não ser a mesma por ele decodificada. Nesse processo, é fundamental a interação, o diálogo, a valorização dos diferentes saberes, construindo processos de corresponsabilização e autonomia do usuário, como define Ayres¹⁸ ao qualificar o acolhimento como dispositivo para tanto.

Para os entrevistados, o acolhimento também tem permitido a construção de uma relação de confiança dos usuários com o serviço.

“Eles sabem que as vagas já acabaram, mas eles não vão embora, eles continuam, porque eles sabem que mesmo sem vaga é importante estar ali, porque (...) sabem que eles terão acesso. É claro que a gente tem normas se não a gente não funciona, se tiver que falar um “não” a gente vai falar da maneira mais educada possível, mais compreensível possível, porque se não a gente não abre e fecha e funcionar 24 horas não é possível”. (E3)

O fato de o usuário ter construído essa relação de confiança, de permanecer na fila, mesmo já tendo acabado as vagas para atendimento médico, expressa uma credibilidade do “acolhimento sistematizado” frente à comunidade e um avanço na consolidação dos ideais do SUS, da Política de Humanização e da ESF.

O acolhimento qualifica a assistência dentro da capacidade de atendimento do serviço, como destaca o entrevistado. Existe um limite de atendimento e, muitas vezes, a demanda pode ser maior que a oferta e, por isso, é importante a articulação com toda a rede de atendimento para que o usuário não deixe de ter sua demanda atendida.

Os serviços, para funcionarem, necessitam de normas que o organizem para que todos falem a mesma língua. Sendo o trabalho em saúde dinâmico, as normas demandam flexibilidade e discussão em cada caso, para não burocratizar a assistência ao usuário. A flexibilidade e dinamicidade foram destacadas como características do acolhimento na Unidade e, por isso, os profissionais realizam avaliação constante, inclusive junto aos residentes que vivenciam

diretamente o acolhimento. Esse processo de avaliação faz com que o acolhimento esteja em permanente mudança, buscando sempre o seu aprimoramento.

c) Impasses e desafios: o cotidiano do trabalho

O acolhimento representa um avanço no processo de trabalho da Unidade e na busca pela melhoria da assistência. Ao mesmo tempo, encontra uma série de entraves e desafios para se consolidar enquanto um dispositivo de reorganização do processo de trabalho.

Como um dos grandes desafios, os próprios profissionais destacaram a importância do apoio da gestão. À época da implantação do acolhimento na Unidade, havia na cidade um certo incentivo por parte da gestão municipal, através da oferta de cursos. No entanto, atualmente não há essa discussão na rede de saúde municipal e não há uma valorização e incentivo para a implantação do acolhimento, ficando a cargo de cada Unidade optar pela melhor forma de estruturar o serviço.

“Chegou a ter um curso de acolhimento de duas semanas para todas as equipes que foi um processo bastante rico para as equipes discutirem, mas as equipes sempre achavam muito difícil implantar, e a Secretaria não conseguiu colocar isso como algo que obrigatoriamente iria acontecer em todas as Unidades. (...) Hoje não tem mais essa discussão na prefeitura, faz quem quer, da forma que quer”. (E9)

Cabe destacar que a implantação do acolhimento, requer, além da oferta de cursos, a existência de condições materiais que garantam a prestação da assistência, como a estrutura física das Unidades, a educação continuada dos recursos humanos com ênfase na habilidade de “ouvir” do acolhimento, a articulação intersetorial com os outros serviços públicos, a garantia dos recursos materiais, a integração entre gestão, trabalhadores e usuários, inclusive no exercício do controle social.

Nessa linha de raciocínio, é possível refletir sobre as dificuldades que as equipes encontraram e ainda encontram na realização do acolhimento. Somente a preparação dos profissionais não é suficiente para garantir a resolução das necessidades do usuário. Estas, muitas vezes, extrapolam a capacidade de intervenção do profissional e demandam que toda a rede de serviços esteja preparada e em condições de respondê-las.

Ao lado do não incentivo atual por parte da gestão municipal para a materialização do acolhimento, a falta de recursos materiais para realização do trabalho também se

mostra como um entrave na melhoria da assistência, uma vez que limita as possibilidades de resposta da equipe.

“Tem hora que é difícil porque não tem como atender a necessidade na hora por causa de um monte de coisas, falta de medicação, material para curativo. (...) Tem seus limites por causa disso, por conta de recursos”. (E6)

A inexistência de um espaço físico para realização do “acolhimento sistematizado” é um dificultador do trabalho das equipes, ao não propiciar um momento de privacidade na escuta ao usuário, conforme destacaram os entrevistados.

“Eu ouço direto isso: eu cheguei lá e não tive coragem de falar, só quando eu cheguei no médico é que falei o que realmente estava sentindo (...). Eu acho que eles têm vergonha, por exemplo, uma DST, uma suspeita de gravidez eles ficam com receio... Eles acham que quem está do lado de fora da fila vai ficar ouvindo”. (E10)

A falta de privacidade se mostrou um nó crítico, sendo relatada pela maioria dos profissionais como um entrave para que o usuário se sinta à vontade em expor suas questões para a equipe que está no “acolhimento sistematizado”. Se o usuário não se sente a vontade nesta relação, em consequência, estabelece-se uma barreira na construção de processos de vínculo, fundamentais para a compreensão ampliada da demanda do usuário e para o envolvimento do mesmo em todo o processo de atenção à saúde. Acresce-se, a isso, o fato de que a população ainda está se acostumando com essa nova organização do serviço, ou seja, com o novo modelo de atenção à saúde que vem sendo construído com o SUS e a ESF, centrado no trabalho em equipe e em tecnologias como o acolhimento e o vínculo. A falta de privacidade se constitui em um entrave na compreensão e consolidação do acolhimento por parte da população.

Ao mesmo tempo, os entrevistados avaliam que já há um avanço no que se refere a esse entendimento e aceitação por parte da comunidade em relação ao acolhimento da UBS. Esse é um processo cultural a ser desenvolvido ao longo do tempo, construindo e fortalecendo uma nova forma de conceber a saúde e a atuar sobre a mesma.

“Hoje em dia a gente consegue uma aceitação bem maior, já foi bem mais difícil quando eu cheguei. O acolhimento para eles parecia uma barreira, tipo, eu vou ter que chegar lá e mentir que estou passando mal para conseguir uma consulta”. (E7)

“Não existe muita manifestação de insatisfação, a gente ouve às vezes que demora. O Agente às vezes traz que a pessoa não quer expor ali o que está precisando, mas isso frente ao total da demanda é bastante pequeno, não que eu ache que tem que ser desconsiderado por ser pequeno, mas não existe uma insatisfação. (. .) Mas a gente não tem uma avaliação palpável para a gente poder dizer que a comunidade acha ótimo”. (E9)

O fato de não existir uma avaliação sistematizada da equipe sobre a percepção do usuário faz com que a visão da própria equipe seja pontual, baseando-se nas falas de um ou outro usuário ou profissional. Conforme já foi discutido, a equipe realiza avaliações e discussões internas. A incorporação de uma avaliação junto aos usuários se constituiria em um dispositivo a mais que auxiliaria a equipe na melhoria da assistência prestada e contribuiria para o exercício do controle social.

Outro dificultador da realização do acolhimento apontado foi a própria dinâmica do serviço de saúde, pelo volume de atendimentos e pelas metas estipuladas pela gestão a serem cumpridas, que acabam por aprisionar o profissional demandando dele ações mais técnicas em detrimento das ações de acolhimento, planejamento, avaliação etc. É importante destacar que o trabalho em saúde deve visar, além dos resultados palpáveis/numéricos, essencialmente, a qualidade das ações desenvolvidas e assim alcançar a integralidade e a resolutividade.

O fato de a Unidade se constituir em um espaço de capacitação profissional em função da Residência é um ponto positivo que facilita na ampliação do trabalho das equipes. Por outro lado, a rotatividade de profissionais ocasionada pela entrada e saída anual de residentes tem se constituído como um dificultador na construção de vínculos com rebatimentos na consolidação do acolhimento, conforme explicitado na fala abaixo:

“Às vezes a pessoa vem aqui tem um profissional no acolhimento, quando ela volta já é outro, então isso tudo assusta eles, tipo eu vou contar meu problema e depois passa um ano já é outra pessoa”. (E10)

A grande questão que se coloca para os profissionais é a necessidade de superar o modelo médico-centrado e curativista e trabalhar mais na perspectiva do usuário com ações de prevenção e promoção da saúde. A demanda por atendimento médico ainda é muito grande e embora o acolhimento propicie o trabalho em equipe, a ampliação do atendimento e do acesso, o serviço ainda continua arraigado em ações curativas e centrado no atendimento médico.

“A demanda da fila ainda é uma demanda por consulta médica muito presente, então isso direciona os profissionais também. (...). Tem coisas que o acolhimento consegue perceber além da demanda médica que outros profissionais podem estar atendendo também, mas o forte ainda é a consulta médica e tirar essa centralidade do atendimento à doença... Ele melhorou, mas não resolveu, não avançou tanto, acho que é uma coisa para a gente discutir”. (E9)

É possível apontar que, na UBS pesquisada, o acolhimento tem se constituído ao mesmo tempo, como uma ferramenta capaz de qualificar a relação usuário-profissional e intraequipe, identificando demandas e necessidades da comunidade e ampliando o acesso, e como um auxiliador na organização de todo o processo de trabalho da equipe. No entanto, enquanto técnica de reorganização do processo de trabalho na busca de um modelo de atenção à saúde usuário-centrado, ainda encontra uma série de entraves, constituindo-se como um desafio, não só para os profissionais desta Unidade, mas para a rede SUS como um todo.

A consolidação desse modelo de atenção atuante na perspectiva da saúde é um processo em construção que sofre rebatimentos de ordem cultural, social e econômica. Conforme já foi dito, seu fortalecimento depende de um enfrentamento de toda a rede de saúde, envolvendo os processos de gestão e trabalho, e de um entendimento e envolvimento de toda a sociedade quanto às propostas do SUS, para que de fato haja uma reorganização do processo de trabalho na APS, enquanto locus privilegiado para implantação do acolhimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dessa experiência de acolhimento, a partir das reflexões dos próprios profissionais que o vivenciam, foi capaz de revelar avanços, desafios e problematizações sobre o cotidiano do trabalho na APS. Possibilitou, ainda, perceber o reflexo da existência de diferentes modelos de atenção à saúde em disputa: a ainda forte presença do modelo curativista associado à grande demanda por atendimentos médicos, e a busca pela construção de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, com ênfase na promoção e prevenção a partir do trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Esse contexto dificulta a reorganização do processo de trabalho na saúde, inclusive na APS. Essa reorganização se refere à construção de um novo modelo de atenção à saúde, centrado no usuário e com ênfase nas práticas de prevenção e promoção da saúde a partir do trabalho de uma equipe

interdisciplinar. A postura de escuta qualificada ao usuário possibilita que o serviço seja *reorganizado* de modo usuário-centrado e, assim, consequentemente, a demanda da UBS é *organizada*. A *reorganização* diz respeito a uma mudança no modelo de atenção e a *organização* se refere a uma preparação, uma programação do trabalho na Unidade.

Assim, é possível apontar que, na UBS pesquisada, o acolhimento funciona mais como um *organizador* do trabalho, qualificando a relação profissional e usuário e intraequipe. Mesmo utilizando tecnologias como o acolhimento, a *reorganização* ainda é um desafio, não só para a UBS em questão, mas para a rede de saúde como um todo.

Considerando as concepções e práticas de acolhimento dos sujeitos da pesquisa, este oscila entre um dispositivo humanizador da assistência e gerador de mudanças no processo de trabalho e um mecanismo de organização da demanda e otimização do serviço, prevalecendo ora uma ou outra dimensão. A superação dessa dicotomia requer o envolvimento de toda a equipe, buscando a capacitação contínua, o trabalho em equipe pelo estreitamento de laços e construção de relações horizontais e de confiança, a avaliação constante do serviço, e o apoio da gestão, fornecendo os insumos e incentivos necessários para a consolidação do acolhimento.

Nesse entendimento, sobressaiu, a partir da análise realizada, a importância do reconhecimento da inter-relação entre o processo de trabalho na APS e a gestão da política de saúde, inclusive municipal, em seus aspectos socioeconômicos, culturais e políticos. Os processos de gestão condicionam o trabalho das equipes e podem fortalecê-lo, ao fornecer os recursos materiais necessários, impulsionar a educação permanente, buscar a participação popular, para citar alguns exemplos. Por outro lado, podem limitá-lo pela escassez de recursos, rigidez de normas, estabelecimento de metas e produtividade centradas na quantificação e não na qualificação de procedimentos, gerando uma desvalorização do papel da APS e enfraquecendo o sistema público de saúde.

Nesse contexto, a autonomia relativa dos profissionais se mostrou como uma possibilidade de buscar a melhoria da prestação dos serviços pela busca de estratégias que visem à qualificação da assistência, à resolutividade dos serviços e à garantia do acesso aos usuários. Visando alcançar esses objetivos, a adoção do acolhimento pela equipe, enquanto estratégia de (re)organização do processo de trabalho, mostrou-se uma importante ferramenta para consolidar a proposta da ESF, propiciando a integralidade da assistência.

Cabe a todos os atores envolvidos no trabalho em saúde, profissionais, gestores e usuários, buscar constantemente

as estratégias que visem a qualificação do ato de cuidar, a garantia do direito à saúde e a efetivação da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: MS; 2006.
3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71 - 113.
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora HUCITEC; 2002.
5. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2004. p.241-57.
6. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec; 2003. p.55-124.
7. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
9. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do Pensamento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.195 - 223.
10. Minas Gerais. Prefeitura de Juiz de Fora. [Citado em: 2011 mar. 22]. Disponível em: www.pjf.mg.gov.br/saude/telefones.php#ubs.

11. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GVS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p. 783 - 836.
12. Mourão AAA, Lima AMCA, Stephan-Souza AIS, Oliveira LML. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: Mota AE, organizador. Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2006. p. 352 - 80.
13. Mercado-Martinez FJ. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre os serviços de saúde. In: Mercado FJ, Bosi MLM, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.137-74.
14. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. [Citado em: 2011 mar. 22]. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/varal/politicasaude/desafiosus.htm>>.
15. UBS Parque Guarani. Slides sobre Protocolo de Manchester; 2011.
16. Souza DMM. Acolhimento com classificação de risco em APS: uma adaptação do protocolo de Manchester, a experiência da UBS Parque Guarani. UBS Parque Guarani; 2011.
17. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.
18. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.49-84.

Submissão: junho de 2011

Aprovação: outubro de 2011
