

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE SILVA JARDIM/RIO DE JANEIRO

"User Embracement" with Risk Rating and the Micropolitics of Health Work: the experience in Silva Jardim/Rio de Janeiro

Túlio Batista Franco¹, Camilla Maia Franco²

RESUMO

Relato de experiência de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, tendo por referência os conceitos de "Acolhimento" e "Produção Subjetiva do Cuidado", considerando que este projeto viabiliza-se com base na reorganização dos processos de trabalho, que se dá pelos saberes e também pela formação de novas subjetividades, desterritorializadas do modelo centrado no cuidado com base no ato prescritivo. A experiência concluiu que o Acolhimento avançou na organização do trabalho e em maior resolutividade da Unidade, embora estes índices permaneçam abaixo de outras experiências similares. A Educação Permanente é um forte aliado no processo de mudança, porque, ao tomar os cenários de prática como lugar privilegiado de produção pedagógica, atua fortemente como dispositivo de mudança, atuando tanto na cognição como na subjetivação para a consolidação de novas práticas de cuidado, conforme sugeridas pelo Acolhimento.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Educação em Saúde; Serviços de Saúde; Trabalho.

INTRODUÇÃO

Este artigo toma como objeto de discussão o Acolhimento com Classificação de Risco, principal diretriz para Unidades de Urgência e Emergência, proposta pelo Programa Nacional de Humanização do SUS, do Ministério da

ABSTRACT

This is an experience report on the deployment of "User Embracement" with Risk Rating, with reference to the concepts of "User Embracement" and "Subjective Production of Care", considering that this project is feasible based on the reorganization of work processes, which occurs through knowledge and also through the formation of new subjectivities, dispossessed of the model of care based on the prescriptive act. The experience concludes that "User Embracement" made progress in the organization of work and in greater effectiveness of the unit, although these rates remain below other similar experiences. Continuing Education is a strong ally in the process of change, because, in taking the scenarios of practice as a privileged category of pedagogical production, it acts as a powerful agent of change, acting both in cognition and in subjectivity toward the consolidation of new practices of care, as suggested by "User Embracement".

KEYWORDS: User Embracement; Health Education; Health Services; Work.

Saúde. Este debate propõe-se fazer tendo, por referência, dois conceitos: o "Acolhimento" como dispositivo para a reorganização dos processos de trabalho, conforme sugerido por Franco¹, e a "produção subjetiva do cuidado"², considerando que a subjetividade é algo que opera na produção da realidade e, portanto, trata-se de uma dimensão

¹ Túlio Batista Franco, Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, Professor Adjunto do Departamento de Planejamento em saúde, no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Área de Saúde Coletiva. E-mail: tuliofranco@gmail.com

² Camilla Maia Franco, Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela UFF, Professora Substituta do Departamento de Planejamento em saúde, no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense. Área: Atenção Básica em Saúde.

que deve ser analisada ao se discutir o funcionamento dos serviços de saúde.

O Acolhimento parte do pressuposto de que o cuidado se produz com base no encontro entre o trabalhador e o usuário, mediado por atos assistenciais produzidos através do trabalho. Sendo assim, ao se analisar o Acolhimento, o encontro deve ser posto em análise, pois é no espaço intercessor que ocorre o ato de produzir o cuidado, algo que se estabelece na junção de esforços entre trabalhador e usuário.³

O Acolhimento constitui-se de duas dimensões que são imanentes entre si. A primeira diz respeito ao ideário, ou seja, conjunto de ideias que sintetizam uma prática, como a escuta qualificada do usuário, encaminhamento seguro, estabelecimento de vínculo e a responsabilização pelo seu problema de saúde, o seguimento de projetos terapêuticos.

Estas questões informam um novo modo de significar o usuário, identificando-o como sujeito, dotado de um corpo em sofrimento que traz em si uma grande complexidade, pois carrega também uma história, uma vida contextualizada em certo ambiente socioeconômico, sanitário, com vínculos afetivos. Tudo isto se constitui de registros que conformam neste corpo certa subjetividade, que o torna sujeito singular, isto é, o faz significar e atuar no mundo da vida de um modo específico e próprio. E esta singularidade se revela quando este sujeito acessa os serviços de saúde, trazendo consigo expectativas e desejos, capaz de atuar fortemente em relação ao seu próprio cuidado, ou em busca do mesmo. Esta primeira identificação do que é o usuário para o trabalhador é fundamental, porque a forma com que este vai produzir o cuidado é definida muitas vezes pelos sentidos que o próprio trabalhador atribui ao usuário, ou seja, há uma ética do cuidado que é acionada pelo significado de usuário. O acolhimento supõe uma ética que considera este usuário um sujeito pleno no mundo, que traz em si uma potência de agir, mesmo que em situação de fragilidade.

A outra dimensão do Acolhimento diz respeito aos processos e tecnologias de trabalho e, neste sentido, pode-se afirmar que, para organizar um serviço de saúde com base no Acolhimento, o processo de trabalho é a principal questão a ser enfrentada. Ele vai conformar certo modo de produção e o perfil do modelo tecnoassistencial.¹

Há uma literatura produzida a partir dos anos 1990, no campo da saúde coletiva^{1,4,5} que identifica, no processo de trabalho e suas tecnologias, a questão essencial para a produção do cuidado em saúde. Vem do conceito trabalho a ideia de produção e, em se tratando do caso da saúde, a produção do cuidado é o seu objeto fundamental. Toman-

do, portanto, como central, para analisar o Acolhimento, o processo de trabalho, relacionamos a seguir as principais questões que dão sentido a este conceito.

O processo de trabalho em saúde é sempre relacional, ou seja, ocorre com base em um encontro, do trabalhador com o usuário. Encontro este que é mediado pelos saberes técnicos do campo da saúde (tecnologias leve-duras), os instrumentos de trabalho (tecnologias duras) e o campo cuidador, relacional (tecnologias leves) que subsume os demais.⁶ Outra questão importante é que o cuidado em saúde ocorre sempre em ato, isto é, se produz ao mesmo tempo em que se consome o seu produto. Ele é dependente do trabalho vivo⁷, que é o trabalho que ocorre em ato, isto é, no exato momento de produção. O trabalho vivo tem como principal atributo a liberdade, o que lhe dá a condição de criatividade e, por isto mesmo, traz em si uma potência instituinte, capaz de disparar processos de mudança, inovações, isto é, movimentos que anunciam o novo mesmo antes de ele acontecer.⁸

O processo de trabalho em saúde ocorre quase sempre em ato, pois se dá no encontro entre trabalhador e usuário. Por ser relacional e espaço de domínio do trabalhador, este tem um razoável autogoverno sobre o seu processo de trabalho. Explicando melhor, a todo encontro entre trabalhador e usuário, é aquele decide como será o cuidado, se acolhedor com estabelecimento de vínculo, por exemplo, ou meramente prescritivo. E o que faz com que o trabalhador decida por uma ou outra prática frente ao usuário é justamente a forma como o mesmo significa o usuário e o que é o cuidado. O conceito que o trabalhador constitui para si mesmo como verdade, em relação ao mundo do trabalho e cuidado em saúde, traduz-se, do ponto de vista operacional, em formas de agir em relação ao usuário, como também aos outros profissionais da equipe de saúde.⁹ A liberdade existente no processo de trabalho faz com que o trabalhador produza o cuidado conforme sua própria ética. O que vemos acontecer, neste aspecto, com poder operatório sobre a realidade, são os saberes associados a uma dada subjetividade, que é justamente esta forma específica e própria de significar e atuar sobre o mundo.

A subjetividade é uma produção sócio-histórica e se constitui em cada um com base nas suas próprias experiências de vida. É o vivido, experienciado, que dá substrato para a permanente construção e desconstrução de sentidos para o mundo em que cada um está inserido.³ Em se tratando da micropolítica do processo de trabalho em saúde, verifica-se que há uma produção subjetiva do cuidado e, tal como dito anteriormente, a subjetividade também age sobre a realidade e, neste caso específico, sobre o cuida-

do em saúde. E neste aspecto operatório em específico, pode-se dizer que ela é formada sobre três dimensões que operam de forma imanente entre si que são: o desejo, que atua como uma força em propulsão, que coloca o sujeito em movimento para realizar o cuidado; as redes rizomáticas que se formam durante os processos de trabalho e são constitutivas das práticas em saúde, na medida em que todo trabalho se dá com base em uma rede de conversas entre os próprios trabalhadores, uma interdependência que se constitui naturalmente no ambiente de trabalho; e o *trabalho vivo em ato* que funciona como uma plataforma sobre a qual o cuidado se produz pela ação desejante de cada trabalhador, individual ou coletivo.²

Entendemos que a subjetividade contemporânea instituiu coletivamente, nos profissionais de saúde, uma forma de significar o cuidado em saúde, o qual é associado ao alto consumo de tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias mais relacionais, as leves. Isto foi construído ao longo do século XX, sob influência das propostas apresentadas por Abraham Flexner para a renovação do ensino médico¹⁰ nos EUA, em 1910, o que influenciou decisivamente a formação nas profissões de saúde; e aprofundando esta diretriz, houve uma forte indução para o alto consumo das inovações tecnológicas no campo da indústria de equipamentos voltados para área da saúde e medicamentos.¹¹ Este complexo cenário constitui, no campo da micropolítica do trabalho, um processo produtivo do cuidado no qual a hegemonia do modelo assistencial é dada por práticas centradas no ato prescritivo, operando redes de cuidado que têm como centro a produção de procedimentos. Mudar esta realidade pressupõe mudar os sujeitos que trabalham na saúde, tanto no que se refere ao conhecimento técnico, quanto a sua própria subjetividade. Por isto, processos de mudança das práticas de cuidado não são fáceis, pois, se de um lado os processos educacionais conseguem ter grande eficácia para a aprendizagem de novos saberes em saúde, por outro, tem sido muito difícil mudar o modo como cada um significa o cuidado, ou seja, desconstrua verdades já instituídas, em si mesmos, e produza outros referenciais na sua relação com o mundo do trabalho em saúde. Identificamos a dificuldade com que os processos educacionais têm de produzir novas subjetividades, em processos contínuos de subjetivação.

Rolnik¹² trata o tema como um processo contínuo de desconstruir e reconstruir mundos em nós, é o que chama de processos de desterritorialização e reterritorialização, tomando por conceito os *territórios existenciais* aos quais estamos fixados. O território existencial é aquele que se produz por verdades que os saberes constituem em nós

e também pelo que somos afetados (produção subjetiva) pelas coisas, ideias, conceitos, lugares, pessoas, e tudo que o mundo nos oferece de relações no ato contínuo de produzir a vida. Um território existencial se inscreve em nós, assim como nós o tomamos como vetor de força para atuar na produção do próprio mundo. Sendo assim, podemos dizer que a subjetividade se produz, em cada um, a partir do meio social, produção de si; e cada pessoa produz este meio social com base na sua subjetividade, produção de mundo.

Quando há práticas de cuidado hegemônicas em determinada rede de serviços, que estão centradas no ato prescritivo e burocrático, pode-se avaliar que os trabalhadores estão fixados no território existencial do modelo biomédico e têm sua subjetividade inscrita nos saberes e significados que este modelo atribui ao ato de cuidar. Para romper com esta prática, é necessário mais do que agregar novos saberes aos trabalhadores, é preciso também criar processos de subjetivação nos quais os sujeitos produzem em si mesmos novos sentidos para o trabalho e cuidado em saúde, abrindo a possibilidade para um movimento de desterritorialização e construção de novos *territórios existenciais*, centrados em práticas como as do Acolhimento, estabelecimento de vínculos, responsabilização, projetos terapêuticos e outros dispositivos de cuidado integral à saúde.

O que se pretende neste artigo é discutir a experiência de Acolhimento vivida por uma Unidade de Saúde do município de Silva Jardim-RJ, analisando-a sob o ponto de vista da micropolítica do processo de trabalho, tendo por referência o conceito de Acolhimento e da “produção subjetiva do cuidado” conforme foi indicado no início deste texto.

Desenvolvimento

O Município de Silva Jardim possui população de 21.349 mil habitantes¹³, a Unidade de Saúde analisada é a única Unidade de Pronto Atendimento na cidade. O Setor de Emergência e Urgência é formado pela sala de emergência (sala vermelha), com capacidade para dois pacientes, setor de observação, com 12 leitos, setor da internação com oito leitos, setor da pediatria com 4 leitos e sala de medicação.

O funcionamento do Serviço de Emergência e Urgência foi, ao longo dos anos, uma preocupação constante para a Gestão Municipal, sendo uma importante porta de entrada do sistema de saúde e um grande consumidor de recursos humanos e financeiros. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que, da demanda por serviços de emergência e urgência, aproximadamente 40% destes atendimentos não se caracterizavam como problemas de urgência.

Para os serviços de saúde, tal fato implica uma redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas adequadas às reais necessidades da população. Apesar do conhecimento do problema e da frequente discussão empreendida pelos diversos setores e profissionais da saúde, pouco se conseguia em relação à solução do problema. Diante da demanda reprimida que busca atendimento no serviço de Emergência e Urgência, esta Unidade de Saúde buscou formas de melhor administrar sua demanda e garantir a qualidade da assistência de forma integral e equânime. Frente a isto, foi proposta a implantação de um modelo de recepção ao usuário que preconizasse o Acolhimento com a escuta qualificada da sua queixa, possibilitando a hierarquização do tempo de atendimento de acordo com os riscos avaliados durante o primeiro atendimento, conferindo, assim, uma possibilidade de escuta diferenciada desse sujeito e um atendimento presidido por ideais humanitários. Isto está na base de toda intervenção de saúde, da mais simples até a mais complexa e tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados.

Com a implantação deste serviço nesta Unidade de Saúde, pôde-se constatar, com mais precisão, os problemas de saúde que acometiam a população que busca atendimento na Unidade. Desta forma, tornou-se um desafio a reorganização do processo de trabalho, pressuposto para a implantação do Acolhimento.

A equipe do Acolhimento com Classificação de Risco passou a conhecer os instrumentos que são capazes de acolher o cidadão garantindo um melhor acesso aos serviços de saúde. Ela passou a ser condutora do usuário pela Unidade de Saúde com os objetivos de humanizar, classificar e construir os fluxos de atendimento, considerando a necessidade de atendimento mediato e imediato na prestação de serviço de assistência. Portanto, o Acolhimento é aliado na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

É preciso mudar a forma como os serviços de saúde se posicionam frente ao seu principal objetivo de trabalho: a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença. Sem essa mudança, valerão menos os esforços para aperfeiçoamento gerencial, financeiro e tecnológico das organizações de saúde. A elaboração desta proposta de trabalho está fundamentada nos conceitos de cidadania, humanização e acolhimento. Entendemos que a busca de uma assistência qualificada deve ser baseada na realidade e a proposta da Policlínica Municipal Aguinaldo de Moraes partiu da rotina diária dos serviços. Através da gestão participativa e da educação permanente em saúde, buscaram-se alternativas aos problemas identificados, com soluções

práticas, objetivas e humanizadas, que atendessem às reais necessidades da população. Agilizar e organizar o serviço não significa, apenas, estabelecer normas, mas estabelecer uma relação humanizada com os usuários, satisfazendo as suas necessidades de forma cordial e ética. Ao mesmo tempo, buscou-se a satisfação dos profissionais pelo seu exercício profissional, valorização e reconhecimento.

A princípio, o Projeto “Policlínica Acolhendo a Vida” foi implantado com conceitos específicos de humanização e acolhimento, visando reduzir o tempo de espera e priorizar o atendimento através da classificação de risco. Os objetivos do Projeto estabelecidos em conjunto com a equipe foram:

- acolher todo cidadão que busque atendimento na Policlínica Municipal Aguinaldo de Moraes, buscando garantir sua escuta com privacidade, aprimorar e melhorar o atendimento, e dar qualidade à identificação imediata do problema apresentado pelo usuário.
- organizar a ordem de atendimento de acordo com o risco avaliado;
- acompanhar o usuário nas diversas etapas do atendimento, responsabilizando-se pela resolução do problema apresentado;
- prestar informações a familiares, sempre que solicitado, ou conforme estabelecido pelo projeto, de forma respeitosa e clara, objetivando diminuir a ansiedade, a angústia e o sofrimento na sala de espera;
- facilitar seu ingresso no sistema de saúde, quando necessário, agendando consulta para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde próxima de sua casa ou no ambulatório de especialidades, garantindo a referência segura e acesso do usuário ao serviço;
- exercer o efeito multiplicador na instituição, usando o projeto e seus resultados de modelo para a prática humanizada em todos os setores da instituição.

A equipe do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é composta por um enfermeiro e um técnico de enfermagem, com retaguarda dos médicos plantonistas, assistente social e psicólogo hospitalar. Dados da Secretaria Municipal de Saúde demonstram que a equipe realizou 12.685 atendimentos no período de junho a dezembro de 2009, trabalhando 12 horas diurnas no horário de 7h às 19 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. Já a análise do Formulário de Atendimento do Acolhimento, da Unidade em Estudo, informa que o Acolhimento com Classificação de Risco foi responsável por 56,30% dos atendimentos, em relação ao total realizado. Este percentual se justifica pelo fato de que muitos usuários não passaram pelo Acolhimento, porque já tinham um fluxo assegurado, tendo feito agendamento prévio, seja

para participação em programas como o de puericultura ou realização de procedimentos e até mesmo consultas de retorno ao médico.

A resolutividade ao Acolhimento, para este caso estudado, é entendida como a solução de queixas pela equipe de Acolhimento, sem nenhum outro tipo de encaminhamento¹. No caso desta Unidade, a resolutividade mês a mês variou de 13,18% a 18,6% sobre o total de usuários acolhidos, segundo dados do Formulário de Atendimento do Acolhimento. Isto significa que houve maior possibilidade de qualificação do trabalho, visto que as consultas foram agendadas para os usuários que de fato apresentavam problemas de saúde que necessitavam de tecnologia médica como, por exemplo, os casos agudos, que eram definidos pelos profissionais que estavam no Acolhimento, enfermeiro e técnico de enfermagem e, se necessário, em interconsulta com o médico. No entanto este índice ainda não é satisfatório, pois outros dois estudos publicados sobre o Acolhimento, os quais mediram sua resolutividade, informam que foi em média 35 %, segundo dados da SMS de Betim (MG)¹, e de 36,5 %, segundo a SMS de Chapecó (SC).¹⁴ Verifica-se, portanto, a necessidade em empreender maior esforço na resolutividade da equipe, o que está associado a treinamento, experiência na assistência direta aos usuários e interação do trabalho de equipe.

No mês de julho de 2009, os dados do Formulário de Atendimento do Acolhimento informam que houve resolutividade de 13,18% em relação ao total de atendimento da Unidade. Neste período, o município viveu a epidemia da H1N1, fato que aumentou significativamente a necessidade de atendimento geral e no próprio Acolhimento. Na ocasião, verificou-se uma diminuição da resolutividade da equipe de Acolhimento em relação ao total de atendimentos da Policlínica, fato atribuído à maior frequência de casos agudos em função da epidemia, ao atraso na implantação do protocolo do Acolhimento. Isto levou a uma demanda maior pelo atendimento do médico.

As reuniões de educação permanente têm sido um importante dispositivo de implantação e sustentação do Acolhimento. Nelas a equipe avalia o seu processo de trabalho, discute novos protocolos e fluxos, além da sessão de estudo de caso mensal. A equipe foi qualificada através da própria experiência no atendimento que, quando problematizado pelos profissionais, ou supervisão, foi ressignificado e transformado em “saber” adquirido pela vivência. A utilização dos protocolos foi de suma importância enquanto uma referência técnica segura para os procedimentos no ACCR. A interação cada vez maior com os profissionais que oferecem retaguarda, médicos plantonistas, psicólogo

hospitalar, assistente social, também colabora para maior segurança e resolutividade da equipe.

A questão fundamental quando se fala na educação permanente, nós a imaginamos sempre como um processo de aprendizado que pode se efetivar pela exposição dos trabalhadores ao seu próprio processo de trabalho. Algo parecido com a ideia de “pedagogia do fator de exposição” do projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM, associadas à problematização proposta por Paulo Freire, nas quais se agrega a ideia institucionalista de “autoanálise”.¹⁵ O processo de trabalho de um trabalhador ou equipe, quando em análise pelos mesmos, os coloca em questão também, abrindo a possibilidade de uma crítica sobre si e suas práticas. Esta é a possibilidade de desconstruir verdades já instaladas no sujeito, para construir em si, novos conceitos e um novo modo de significar o cuidado em saúde.

A implantação do Acolhimento precisa ser associada à Educação Permanente, tendo esta como dispositivo de subjetivação dos trabalhadores, um processo que não se encerra, que é contínuo e dinâmico na formação de novas subjetividades; nômade, porque transita sempre por caminhos a serem definidos no processo, e junto com a equipe; rizomático, porque está sempre aberto a novas concepções, conceitos, pessoas ou coisas que possam fazer sentido para as novas práticas que se instalam; e micropolítico, porque diz respeito ao cotidiano, à atividade de cada um no seu microcosmo organizacional e funcional.¹⁴

A classificação do risco dos usuários no Acolhimento tinha, como conduta inicial, a identificação do usuário, a escuta qualificada e tomada de dados vitais, realizadas pelo técnico de enfermagem e enfermeiro, com base no protocolo, após esta acolhida o usuário era classificado segundo as faixas de risco seguintes:

- Vermelho: emergência (atendido imediatamente na sala de emergência);
- Amarelo: urgência (atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como verde, no consultório ou leito da sala de observação);
- Verde: sem risco de morte imediato (somente era atendido após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo); e
- Azul: quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. Pacientes que buscam por procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos. Eram, preferencialmente, encaminhados para atendimento em Unidade Básica de Saúde da Família ou atendido pelo Serviço Social ou Psicólogo. Se desejasse,

poderia ser atendido após todos os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.

Importa observar que nenhum paciente era dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado se este fosse o caso, de forma segura a uma Unidade de Saúde de referência. Abaixo demonstramos um quadro com os dados da Classificação de Risco entre junho e dezembro de 2009.

Quadro 1 - Classificação de Risco no período de junho a dezembro - 2009

(%)	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Vermelho	0,33	0,4	0,1	1,2	0,4	1,04	1,27
Amarelo	2,2	3,16	4,8	3,5	5,49	4,5	4,6
Verde	41,9	69,3	64,8	60	57,95	61,14	59,8
Azul	26,03	27,12	29	34,7	36,16	33,82	34,8

Fonte: Dados da SMS/Silva Jardim, 2009.

A maioria dos atendimentos no setor de emergência da Unidade de Saúde foi por demanda espontânea dos usuários, isto é, os que procuram atendimento sem nenhuma programação prévia e, entre estes, 50% referem que, quando necessitam de assistência à saúde, buscam como primeira opção o serviço de emergência, ao mesmo tempo, outros referem dificuldade de acesso ao serviço das Unidades Básicas de Saúde. Grande parte dos usuários que busca por atendimento nesta Unidade em estudo, o faz por doenças crônicas, muitos dos quais falta acompanhamento ou esclarecimentos sobre como realizar o autocuidado, procurando prevenir agravos à sua própria saúde.

Os sintomas do grupo de usuários classificados em verde são, geralmente, dor abdominal, dor torácica, cefaleia, tosse e hipertermia, mal-estar, dor de dente, dispneia, hipertensão, hiperglicemia. O tempo de espera para a consulta não ultrapassava em média, quarenta minutos, mas a maioria é atendida nos primeiros vinte minutos desde a sua chegada no setor. Estas consultas costumam resultar em observação para aguardar resultados ou realizar exames. A internação se dava com aproximadamente 10 a 20% dos pacientes que buscavam o serviço, de acordo com dados da própria Unidade.

Segundo dados do Formulário de Atendimento do Acolhimento, de todos usuários, 94,6% dos ouvidos no Acolhimento em dezembro de 2009 foram classificados como azul e verde, ou seja, com baixo risco. Isto demonstra que há grandes deficiências na Atenção Básica do município, pois são problemas que deveriam ser resolvidos junto às Unidades Básicas. Ao demonstrarem baixa resolutividade, os usuários vão procurar esta Unidade de Saúde para

atendimentos que poderiam perfeitamente ser resolvidos na rede básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade de Saúde estudada viveu uma nova realidade, em que se buscou reorganizar o processo de trabalho, usando como dispositivo o Acolhimento com classificação de risco, e assim qualificar a assistência à saúde. Para o usuário, era a possibilidade de uma oferta de um tratamento digno, solidário, resolutivo e acolhedor por parte de quem o atende, sendo este o objetivo deste processo.

O Acolhimento mostrou a transformação no processo de trabalho de enfermagem que passa a ter maior presença na assistência direta ao usuário, valoriza o espaço intercessor entre trabalhadores e usuários, aumentando o vínculo com os mesmos. Verifica-se uma maior resolutividade na atividade geral da policlínica, embora o Acolhimento esteja operando um grau de resolutividade abaixo dos parâmetros verificados até então em outras suas experiências similares, Betim (MG) e Chapecó (SC), conforme dados em estudos realizados nestas redes de saúde. Assim como nestas experiências, o tempo de experiência no Acolhimento levou a um aumento da resolutividade e imagina-se que a maturação do projeto pode indicar esta tendência, a ser verificada futuramente.

Outro dado relevante é o fato de que parte significativa dos usuários poderia ser atendida na rede básica de saúde, aqueles classificados na cor Azul, que significa problemas crônicos ou casos sociais, em geral encaminhados para a rede básica. Se bem informados, ou se a Unidade for uma referência segura, estes casos se encaminhariam para elas, antes mesmo de se apresentarem na Policlínica, a Unidade em estudo.

A maior dificuldade relatada pelos profissionais ainda está justamente na referência segura do usuário classificado como azul, para a Atenção Básica. Os principais avanços da equipe de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), embora permaneçam problemas relacionados à sua resolutividade, revelam maior autonomia dos profissionais, aumentando a acessibilidade dos usuários aos setores, melhor organização do fluxo assistencial dentro da Unidade e da rede assistencial do SUS municipal. Todos esses avanços refletem na possibilidade do Cuidado Integral a população do município.

Esta experiência demonstra que é possível ter o Acolhimento como principal diretriz de organização da rede de saúde, operando por uma ética do cuidado pautada centralmente no campo relacional de cuidados, com

base em critérios humanitários, lembrando sempre que o centro da questão está na nova configuração do processo de trabalho e na motivação para o trabalho em equipe. Quando isto não ocorre, a atividade de Acolhimento se transforma apenas na avaliação de riscos e prescrição sobre os mesmos.

Embora tendo avançado no seu objetivo, o processo demonstra dificuldades em instituir na equipe um novo modo de organização do trabalho, libertado das amarras do modelo centrado nas práticas meramente prescritivas. E, por isto, verificou-se que a Educação Permanente, como nesta experiência, pode ser um importante dispositivo para produzir as mudanças, associando processos de cognição (novos saberes) e de subjetivação (novas subjetividades) para a mudança efetiva das práticas de cuidado e instituição do Acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
2. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011; 7(1):9-20.
3. Merhy EE. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 50-1.
4. Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
5. Merhy EE. Em busca do tempo perdido, a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RR. *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
6. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Belo Horizonte; 1998.
7. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Baremlitt G. *Compêndio de análise institucional*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1993.
9. Franco TB, Merhy EE, Andrade CS, Ferreira VSC. *A produção subjetiva do cuidado*. São Paulo: Hucitec; 2009.
10. Abraham F. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. New York : Bulletin Number Four; 1910.
12. Rolnik S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Sulina-UFRGS; 2006.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [Citado em 2011 jun. 15]. Disponível em: www.ibge.gov.br
14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo tecnoassistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004.
15. Franco TB. *Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil*. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23): 427-38.

Submissão: julho de 2011

Aprovação: outubro de 2011
