

A ANÁLISE DO ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DOS USUÁRIOS NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA 04 DO RIACHO FUNDO II

Analysis of user embracement from the perspective of Family Health teams and users of Family Health Center no. 04 of Riacho Fundo II

Glaicy Pinheiro Gomes¹, Ana Luiza Silva de Moulaz², Denise Linhares Pereira³,
Gabrielle Boff de Sá⁴, Nayara Damázio Chaveiro⁵, Thaís Rabelo dos Santos⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, quanti-qualitativo, sobre acolhimento em quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família de uma unidade básica de saúde no Distrito Federal. Foram realizadas observações na unidade durante vinte horas, com roteiro estruturado, entrevistas com cem usuários analisadas pelo SPSS 15.0 e Grupo Focal com dezesseis profissionais. Os dados foram coletados, analisados e agrupados em categorias analíticas, e foi verificada ambiência valorizada, porém constatou-se falta de conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família, equipes incompletas e o não funcionamento da referência e contrarreferência. Acredita-se que o acolhimento constitui-se um desafio na construção do cuidado integral e contribui para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

This is a descriptive-analytical quantitative and qualitative study about user embracement in four Family Health Strategy teams of a basic health unit in the Distrito Federal. Observations were taken in the unit for twenty hours, with a structured questionnaire, interviews with one hundred users, analyzed using SPSS 15.0, and a Focus Group with sixteen professionals. The data were collected, analyzed, and grouped into analytical categories, which found a valued ambience, yet also, a lack of knowledge about the Family Health Strategy, unassisted teams, and the non-functioning of the reference and counter reference. It is believed that user embracement constitutes a challenge in the construction of comprehensive care, and contributes to the management and evaluation of health services.

KEYWORDS: User Embracement; Primary Health Care; Humanization of Assistance.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada em 2004, estabelece princípios e modos de atuar no contexto das relações entre profissionais e usuários, entre diferentes profissionais, entre as unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Essa

política é composta por vários dispositivos, sendo um deles o acolhimento. Este aborda a recepção do usuário no sistema de saúde, a responsabilização integral de suas necessidades e a atenção resolutiva aos seus problemas.¹

Em se tratando de saúde, a palavra “acolhimento” significa a humanização do atendimento e a garantia de acesso à saúde a todas as pessoas. Preconiza a escuta qualificada

¹ Glaicy Pinheiro Gomes, bacharel em Enfermagem e Obstetrícia - Universidade de Brasília. Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Saúde do DF. Preceptoría do PET Saúde e da Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde do DF. E-mail: glaicy@gmail.com

² Ana Luiza Silva de Moulaz, graduanda em Enfermagem - Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde - DF

³ Denise Linhares Pereira, graduanda em Medicina - Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde - DF

⁴ Gabrielle Boff de Sá, graduanda em Enfermagem - Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde - DF

⁵ Nayara Damázio Chaveiro, graduanda em Medicina - Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde - DF

⁶ Thaís Rabelo dos Santos, graduanda em Medicina - Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde - DF

Financiamento: Ministério da Saúde. Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde.

de problemas de saúde do usuário, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução efetiva de seu problema.²

Assim, o acolhimento passa a ser visto não somente como uma diretriz, mas como uma estratégia capaz de promover a reorganização do trabalho dos profissionais de saúde, abandonando o modelo centrado na pessoa do médico, convergindo para a equipe multiprofissional e estimulando uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde diante das necessidades dos usuários. A articulação dessas mudanças garante o acesso aos serviços e a humanização da relação trabalhador/ usuário, baseando-se na solidariedade e cidadania.³

Dessa maneira, o acolhimento torna-se um dispositivo capaz de propiciar o acesso à saúde, promover vínculo entre trabalhadores e usuários, modificar o processo de trabalho e promover atenção e cuidado integral aos indivíduos. Logo, para sua efetiva implantação, faz-se necessário qualificar profissionais de saúde para que saibam recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisões e orientar a população que busca o serviço de saúde.⁴

O acolhimento convida servidores e instituições a assumirem o papel de protagonistas no trabalho cotidiano para promover saúde individual e coletiva de forma acolhedora e humanizada.⁵

Embora o acolhimento seja um dispositivo que faça parte de todas as etapas da Atenção Primária à Saúde (APS), esse dispositivo apresenta-se como uma estratégia fundamental na atenção básica, ampliando a utilização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada dos indivíduos aos serviços e influenciando positivamente questões sócio-organizacionais do serviço de saúde, como a horizontalidade das relações entre profissionais e usuários, contribuindo para gerar vínculo entre profissionais de saúde e comunidade.⁶

Em suma, o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia para promover a reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Apesar das dificuldades encontradas, essa estratégia demonstra grande potencial para fortalecer a implantação do acolhimento na atenção básica, gerar vínculo entre equipes, entre serviços e usuários, e humanizar o atendimento.

O presente trabalho teve por objetivo analisar o acolhimento na atenção básica à saúde. A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II, onde atuam quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família. O acolhimento foi estudado a partir do olhar de profissionais e usuários, buscando-se detectar possíveis variáveis intervenientes em seu desenvolvimento no cotidiano das práticas de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo e analítico realizado no Centro de Saúde da Família número 04 do Riacho Fundo II. Participaram do estudo dezesseis profissionais de saúde das quatro equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo estes agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e dentista, além de usuários do Centro de Saúde.

A abordagem quantitativa foi escolhida para se avaliar a satisfação do usuário em relação ao acolhimento prestado. A análise de dados quantitativos foi utilizada para proporcionar uma visão concreta dos dados obtidos, pois “nem sempre a informação pode ser diretamente evidenciada a partir de uma massa de dados, mas se esses sofrerem algum tipo de transformação que permita uma observação de um outro ponto de vista, poderão apresentar clareza sobre o que lhe é exigido”. Desse modo, “a quantificação abrange um conjunto de procedimentos, técnicas e algoritmos destinados a auxiliar o pesquisador a extrair de seus dados subsídios para responder à(s) pergunta(s) que o mesmo estabeleceu como objetivo(s) de seu trabalho.”⁷

A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a introdução de significado e intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais.

Foi utilizado o método observacional sistemático participante para desenhar o fluxo percorrido pelo usuário das equipes de saúde da família no acolhimento.

Esta pesquisa teve, como instrumentos de coletas de dados, um roteiro observacional preenchido por cinco pesquisadoras durante quatro horas, em dias diferentes, para se desenhar o fluxograma que o usuário percorre ao ser acolhido e características relacionadas ao ambiente, profissionais e usuários.

Num segundo momento, cerca de cem usuários das equipes de Estratégia de Saúde da Família responderam a um questionário, elaborado para avaliar o acolhimento realizado no Centro de Saúde.

Por último, foi utilizada a técnica de grupos focais, realizando-se duas reuniões, em dias diferentes, com profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Foram levantados questionamentos que atendessem aos objetivos da pesquisa, e a interação entre participantes foi estimulada por meio da presença de um moderador para conduzir o debate no grupo focal. Esses encontros foram gravados, transcritos, categorizados e analisados.

A análise dos dados foi feita a partir da investigação e leitura dos roteiros observacionais, descrevendo-se o fluxo que o usuário percorre no Centro de Saúde antes e após ser acolhido e as variáveis intervenientes nesse processo. O fluxograma obtido foi apresentado e discutido

nos grupos focais.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica do discurso do sujeito coletivo. Essa técnica baseia-se na organização de dados discursivos da pesquisa qualitativa que permite resgatar o estoque de representações sobre um tema escolhido. A matéria-prima a ser trabalhada pelo discurso do sujeito coletivo é o pensar expresso no discurso de um conjunto de sujeitos sobre um determinado assunto. Os discursos foram submetidos à análise de conteúdo por meio da decomposição de discurso em temas principais ou ideias centrais.

As variáveis quantitativas obtidas na análise dos questionários foram reunidas em tabelas de frequência simples e processadas pelo SPSS, versão 15.0. O resultado dessa análise também foi apresentado aos profissionais do Centro de Saúde durante os encontros dos grupos focais.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (FEPECS) de Brasília - Distrito Federal como parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde da Família – Projeto financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria com a Escola Superior de Ciências da Saúde do Governo do Distrito Federal, de abril de 2010 a abril de 2012.

RESULTADOS

A análise sobre o acolhimento no Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II apontou que há falta de conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e seu funcionamento. Percebeu-se, também, que há inadequação de ambiente de trabalho, o que não favorece o andamento do serviço e não oferece a privacidade necessária para os usuários. Há dificuldades de se realizar trabalho em equipe e de se encontrar uma equipe multidisciplinar completa.

Esses pontos levantados pelos profissionais merecem maior atenção a fim de entendermos porque essas dificuldades existem. A partir da análise das falas obtidas nos grupos focais, fez-se uma categorização por assuntos afins, resultando em cinco categorias mais recorrentes e, coincidentemente, de maior influência na prática do acolhimento.

Equipe multiprofissional, cooperação profissional e divisão de tarefas

A equipe multiprofissional foi instituída na Estratégia Saúde da Família com a finalidade de prestar assistência integral à saúde do usuário. Com base na pesquisa realizada com os profissionais do Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II, foram identificadas as seguintes variáveis prejudiciais ao acolhimento: falta de profissionais ou o não trei-

namento adequado dos mesmos nas equipes; não colaboração entre as equipes de ESF; e a hierarquização das ações.

“Na minha situação só como equipe, nós estamos, não como equipe, porque nós só temos quatro. Com quatro e não tem médico.”

“Aí você vai atrás de outra pessoa de outra equipe e elas ficam com a cara desse tamanho [...] num quer verificar uma pressão, num quer ver uma glicemia, essas coisas. E eu não posso verificar pressão nem glicemia. Aí o complicado é isso.”

“Se ele tem competência e eu não [...] não posso aferir uma pressão e ele pode, e ele não vai [...] então ele vá fazer o acolhimento dele e dizer que não vai.”

Na opinião dos usuários, o profissional que faz o melhor acolhimento é o enfermeiro em função da sua resolução, seguido dos agentes comunitários de saúde. Para 36% dos usuários entrevistados, um bom profissional é aquele que resolve os seus problemas. E 30% dos usuários responderam que um bom profissional é aquele que trata bem as pessoas, resolve seus problemas e não atrasa, não deixa o paciente esperando.

Falta de Emergência

O usuário tem acesso ao serviço de saúde por meio dos agentes comunitários de saúde. Estes normalmente são moradores da área em que atuam e fazem o vínculo com o usuário. São a porta de entrada dos usuários no SUS.⁸⁻¹⁰

“Aí eu acho que a maior dificuldade que eu vejo aqui no posto, seria não ter emergência aqui no Riacho Fundo II.”

A demanda espontânea existe e a população continua recorrendo à Unidade Básica de Saúde em situações de sofrimento e angústias.

“Então eu acho que seria interessante se tivesse uma equipe disponível pra esses pacientes que chegam passando mal, tendo crise convulsiva, tendo princípio de AVC, coisas assim do tipo, pra poder [...] mesmo que fosse de equipe, pudesse ser direcionado pra essa sala.”

Falta de conhecimento sobre atividades, funcionamento e política do PSF, tanto pelos usuários como pelos profissionais

Mesmo diante dos vários cursos oferecidos aos pro-

fissionais, percebe-se que estes se sentem despreparados, apresentando diversas dificuldades que influenciam o exercício de suas atividades junto à população, além de comprometer o aconselhamento e orientação dos usuários em relação à procura correta do serviço de saúde.

“Se o paciente tivesse a noção que [...] não só o paciente, às vezes alguns profissionais também, noção do que é o PSF, talvez no acolhimento aqui na pesquisa de vocês seria 100%.”

“Então tem que trabalhar essa parte das Políticas e dizer o que que é o PSF.”

“[...] As pessoas não estão orientadas a esse tipo de atendimento de Estratégia Saúde da Família.”

A pesquisa mostra que, aproximadamente, 22% dos usuários entrevistados souberam responder o que o acolhimento representava para eles. E, aproximadamente, 19% dos entrevistados disseram que o acolhimento é o relacionamento embasado no sentimento interpessoal (atenção, educação, respeito, amparo ou cuidado).

Integrações da rede de assistência à saúde e o interesse do usuário

Outro tema de suma importância, levantado pelos profissionais do Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II, foi a questão da referência e contrarreferência e a dependência da ESF em relação à Atenção Secundária e Terciária para a disponibilização de exames e serviços de média e alta complexidade.

“Você é deparado com esse tipo de pergunta, néb?! ‘e aí, você viu? O meu exame tá pronto, saiu minha consulta?’ e essa resposta você não tem para dar pro paciente.”

“O que poderia melhorar era a questão das especialidades e dos exames pra melhorar a qualidade do serviço.”

“Eu acho que [...] a maior dificuldade no acolhimento que eu vejo é de coisas que não depende da gente, néb?! É tipo da própria rede de saúde.”

Os profissionais também informaram outra dificuldade para realizar o acolhimento que é a frequente mudança da população e a utilização de endereços falsos para se ter acesso aos serviços disponibilizados pelo Centro de Saúde.

“Então a população muda muito, varia muito, então difícil um pouco para fazer um acolhimento de longo prazo

melhor, que o paciente pudesse ficar mais bem atendido e mais satisfeito ainda.”

A questão da ambiência

O espaço físico faz parte do processo de trabalho, tanto na sua organização como na sua estruturação. Observou-se que o espaço físico do Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II contribuiu positivamente para a implantação efetiva do acolhimento. O espaço interno da unidade possibilita uma boa acomodação dos usuários e facilita o atendimento das equipes, possibilitando a formação de vínculo entre servidores e usuários.

Em concordância com o exposto, os servidores avaliaram de forma positiva o atendimento oferecido e a estrutura física do Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II. As falas a seguir ilustram essa afirmação:

“A estrutura aqui é tão bem feita quanto os outros postos que já existem há muito tempo. Cada equipe tem sua sala de acolhimento.” (Usuário 01)

“Acho que tem uma estrutura boa de profissional, tem uma estrutura boa com relação a equipamento e tudo [...].” (Usuário 02)

“O posto oferece uma estrutura boa é [...]. Os funcionários em geral são bastante dedicados [...].” (Usuário 03)

Durante a aplicação do roteiro observacional, verificou-se que, em frente ao Centro de Saúde 04, na área externa, há um espaço público de convivência, reservado à prática de atividade física e lazer, que atrai a atenção de todos que se dirigem ao local.

Em relação à área externa, nota-se que esta encontra-se em boas condições, organizada, limpa e bem cuidada. Possui considerável extensão e amplo estacionamento. Entretanto a área não dispõe de muitos bancos, sombras e objetos de entretenimento infantil, o que justifica o número reduzido de frequentadores, não sendo utilizada nem mesmo pelos profissionais do Centro de Saúde, com exceção dos vigilantes que ali se encontram e fazem o papel de receber e orientar os usuários.

No que se refere à área interna do Centro de Saúde, 75% dos usuários classificaram o local de espera como “bom” e apenas 3% dos entrevistados o classificaram como “péssimo”. Quarenta e três por cento dos usuários informaram que tiveram de esperar uma hora ou mais por atendimento. 75% dos entrevistados informaram que o tempo de atendimento tem duração máxima de 15 minutos. Por meio do estudo observacional, notou-se que, na

entrada do Centro de Saúde, há um balcão, normalmente ocupado por um vigilante que se encarrega de fornecer informações aos usuários que chegam à unidade. Esse arranjo facilita o fluxo e direcionamento das pessoas dentro do Centro de Saúde e evita tumulto na porta de entrada.

As paredes internas apresentam uma pintura harmônica de cores em tons pastel e estão em ótimo estado de conservação. Não há infiltrações, manchas, rachaduras ou áreas sem pintura. O piso apresenta bom estado de conservação, facilitando a limpeza e higienização do ambiente.

A análise do espaço físico do Centro de Saúde revelou que o ambiente facilita o encontro entre usuários e profissionais, fato observado durante a realização da pesquisa. Além disso, os servidores testificam a eficiência do trabalho das equipes, o que contribui para aumentar a qualidade do atendimento. Foi observado que o espaço interno da unidade, como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, possibilita uma boa acomodação dos usuários e atendimento eficiente das equipes, facilitando assim a formação de vínculo entre servidores e usuários.

DISCUSSÃO

A Estratégia Saúde da Família assume uma nova forma de estruturação dos serviços de saúde, propondo a humanização das práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio da realização de vínculo entre os profissionais e a comunidade, tendo sempre a saúde como questão de cidadania.¹¹⁻¹⁴

Segundo o Ministério da Saúde¹¹, para implantação da ESF, deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta, no mínimo, de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nesse estudo, constatou-se que nem todas as equipes do Centro de Saúde estavam completas, o que vai de encontro ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, prejudicando o atendimento integral ao usuário.

A equipe multiprofissional tem como objetivo o sucesso da ação pretendida, por meio da realização de trabalhos compartilhados. Percebeu-se que algumas condições podem prejudicar o trabalho em equipe como, por exemplo, divisão de trabalho, desigualdade no trabalho, diferentes graus de autonomia profissional, diversa legitimidade técnica e social entre os saberes e racionalidade nas práticas profissionais.¹⁵⁻¹⁹ Muitos desses pontos foram levantados no discurso dos profissionais durante os grupos focais, apontando a dificuldade em abandonar o individualismo e trabalhar coletivamente.

Os conflitos surgem entre as pessoas ao enfrentar situações difíceis, às vezes por causa de competição acirrada no ambiente de trabalho¹⁵, revelando falta de

profissionalismo quanto à continuidade das atividades, muitas vezes associada à interação insuficiente entre os membros da equipe.

De qualquer forma, a atuação da equipe multiprofissional é de grande importância para a ESF, pois permite a continuidade do acompanhamento e o maior envolvimento entre os profissionais e o usuário. Os agentes comunitários de saúde, que muitas vezes não são valorizados por outros profissionais, têm um papel fundamental de ligação entre o usuário e os demais profissionais da atenção básica. Nesse estudo, notou-se que o usuário valoriza o trabalho do agente comunitário de saúde, confirmando sua função dentro da Equipe Saúde da Família. Os próprios agentes, em seu discurso, defendem sua posição na equipe, valorizando o vínculo criado com os usuários, porém, em alguns momentos, sentem-se frustrados pelo fato de a comunidade demandar intervenções fora do seu poder de resolução.

O trabalho em equipe exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, visando consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a melhor forma de atingi-los. Entre os profissionais do estudo em questão, ainda existe uma defesa de sua função dentro do serviço, prejudicando o acolhimento e o atendimento integral e coletivo.

Os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família podem gerar conflitos entre seus membros e entre a equipe e a comunidade, porque não conseguem atender à demanda devido à falta de organização e integralidade do trabalho.^{14,16,17}

É importante organizar a equipe para que questões individuais não adquiram maiores proporções. Promover o diálogo entre as pessoas para melhorar a convivência, elevar a motivação da equipe e delinear, com todos os membros, as ações a serem implantadas e os objetivos a serem alcançados são medidas que promovem a integração da equipe e qualidade da assistência.¹⁷

Assim também, a equipe deve ser motivada para o atendimento de casos emergenciais, vez por outra presentes no dia-a-dia da equipe, como observado na pesquisa. Sabe-se que os serviços de saúde, no Brasil, a partir da segunda metade dos anos oitenta, passam por um importante período na sua reorganização e reestruturação, impulsionado pela Reforma Sanitária, cuja estratégia passou pela valorização da atenção primária. É nesse contexto que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família assume a responsabilidade de desenvolver ações de prevenção de agravos por meio da vigilância em saúde e de promoção por meio da educação em saúde e a corresponsabilização do usuário em relação ao cuidado com a sua saúde.

Dentro do contexto de falta de emergência, sabe-se que a Política Nacional de Atenção Básica tem sido concebida como a estratégia voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e à comunidade.²⁰⁻²² Todavia o esforço no incremento das ações básicas de saúde ainda não tem sido suficiente para resolver um grande contingente de problemas de saúde no nível primário de atenção. Assim, o sistema hospitalar ainda recebe a demanda por um grande número de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos de alto custo e internações.

A desarticulação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde confirma o conhecimento empírico da realidade, retratado historicamente pela supervalorização do enfoque curativo e hospitalocêntrico. Parece haver um descrédito da população em geral em relação aos serviços de atenção primária e secundária, que não estão adequadamente estruturados para atingir um grau de resolutividade desejável.²³

Nesse contexto, uma das maiores queixas da população ainda é a falta de serviço de emergência, uma opção para serem atendidas em suas necessidades de saúde como as intercorrências agudas ou as crônicas agudizadas que ocorrem fora do horário comercial no qual funcionam os consultórios e ambulatórios privados, as unidades básicas de saúde e a ESF.

Diante disso, alguns estudiosos e políticos defendem que se busque, no SUS, uma resposta efetiva e eficiente de solução para o Pronto Atendimento das demandas de saúde da população, capaz de vencer essa guerra da resposta pronta que o SUS está perdendo. Quem conseguir resolver essa questão estará fazendo uma revolução na atenção à saúde da população com impacto tão, senão maior, do que aquele advindo da implantação da ESF. Na verdade, seria a complementação do Pronto Atendimento qualificado acoplado, preferencialmente, à própria ESF. A proposta é qualificar o Pronto Atendimento que deve ser feito sempre junto à atenção básica, primária e complementarmente junto à urgência-emergência.²¹

Assim como encontrado na população abordada nesse trabalho, os cidadãos questionam, pedem e buscam os serviços de emergência por falta de alternativa de atendimento e porque são inteligentes e sabe exatamente o que procuram. Os serviços de pronto-socorro gozam do conceito de serem melhores e mais eficientes. As pessoas sabem que o atendimento pode demorar, mas, ao final, serão atendidas, receberão medicamentos de emergência, farão exames e até poderão ser internadas. Se o sistema não oferecer alternativa na atenção básica para essas necessi-

dades, as pessoas continuarão a demandar pelos serviços dos pronto-socorros, para resolver problemas que não caracterizariam urgência-emergência. Em consequência disso, nos Pronto-Socorros, acumulam-se usuários diante de um atendimento insuficiente e, muitas vezes, ineficiente. Cada vez mais o padrão se deteriora na qualidade técnica e na qualidade humana do mundo da relação.^{21,23}

É importante destacar, ainda, que outra classe de estudiosos acredita que, apesar da sobrecarga dos pronto-socorros e insatisfação da população, medidas como essas citadas seriam uma afronta à proposta de funcionamento do Programa Saúde da Família propriamente dito, pois a população não buscaria a prevenção de agravos e a promoção da saúde, mas sim a resolubilidade nas emergências. Ocorreria, assim, uma mudança nas reais propostas da ESF e UBS, mantendo e/ou retornando o pouco que se conseguiu de alteração da mentalidade pública em saúde para um modelo voltado para doença e sua resolução imediata.²⁰

No que tange à falta de conhecimento sobre as atividades, o funcionamento e a política de acolhimento da ESF, tanto pelos usuários como pelos profissionais, podemos afirmar que muito ainda deve ser feito.

A Estratégia Saúde da Família pode ser considerada como algo relativamente novo enquanto política e estratégia de saúde para o redirecionamento do fluxo da população e tem, como objetivo, proceder “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e para o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”.^{21:21}

Diante desse contexto e somado ao fato de que, por muitos anos, houve um sistema de saúde embasado na doença e não na integralidade do paciente, observa-se uma grande dificuldade dos profissionais para se adequarem nesse novo sistema e segui-lo juntamente com a população. Essa dificuldade de entender o funcionamento do PSF acaba influenciando na aplicabilidade de suas ferramentas de trabalho, algo já percebido, nesse estudo, quando se referiu ao acolhimento. Esse, por sua vez, nos serviços de saúde, tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas que deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores de atendimento.

Mesmo frente às dúvidas, muitos profissionais seguem seus trabalhos, sendo que alguns nem mesmo percebem e/ou ignoram do que se trata o PSF e suas bases de trabalho. Entretanto a grande maioria é submetida a diver-

soos cursos de atualizações, em todos os níveis de serviços, anualmente. Isso, no entanto, como se pode perceber, não lhes garante total absorção e aprendizado, muito menos segurança e aplicabilidade em seus locais de atuação, visto que se trata de uma ação conjunta com os demais profissionais de saúde, mas que só chegará ao objetivo comum quando cada parte fizer suas devidas atribuições.

Essa dificuldade também é percebida na população que, por muito tempo, foi acostumada a procurar o serviço de saúde somente em caso de emergência, não tendo a estratégia de promoção e prevenção inculcada na sua cultura e no dia a dia.

Assim, quando se associa a falta de informação das pessoas com o despreparo dos profissionais, percebe-se um efeito de mão dupla: o profissional fica angustiado por saber que não pode resolver imediatamente os problemas da sua área, enquanto a população fica insatisfeita com o atendimento por não ter sido resolutivo como se esperava.

Apesar desse despreparo dos profissionais, a literatura indica que a boa organização dos serviços de atenção primária à saúde contribui para melhora da atenção básica com impactos positivos na saúde da população e para eficiência do sistema.^{24,25} Com a Política Nacional de Atenção Básica, em vigência desde 2006, houve uma ampliação do escopo da atenção básica, reafirmando a saúde da família como principal estratégia para organização da atenção básica. Dessa forma, atualmente a estratégia saúde da família caracteriza-se como ponto de contato preferencial e a porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de abrangência universal.^{24,26}

No entanto, ainda que a ESF abranja quase totalidade dos municípios brasileiros, existe grande divergência entre os modelos assistenciais devido às disparidades intra e inter regionais e às desigualdades da sociedade brasileira.^{27,28}

Atualmente vêm sendo desenvolvidas reformas nos sistemas de saúde, com a iniciativa de fortalecer a atenção básica, tendo como foco problemas relacionados à integração do sistema e coordenação do cuidado. O desenvolvimento dessas propostas encontra justificativa no reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em um contexto de pressão por maior eficiência.²⁸

A integração da rede de serviços, na perspectiva da atenção primária à saúde, envolve a existência de um serviço que garanta acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. No entanto os profissionais do Centro de Saúde 04 do Riacho Fundo II reconhecem que a inte-

gralidade na rede de assistência ainda encontra-se defasada, devido à ineficácia da atenção secundária e terciária em atender a demanda da população.

Um ambiente de saúde humanizado exige conforto suficiente para que possa transmitir bem estar e atendimento de qualidade para todos os seus usuários, sem exceção. Para isso, esse ambiente, além de ser centrado no paciente, deve contemplar uma organização arquitetônica eficiente e mais humana, ou seja, destituída de barreiras físicas arquitetônicas que inibam o paciente e interfiram na participação da família.¹¹

No que se refere, ainda, à ambiência, nota-se que ela vê no espaço físico um espaço social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve acolher de forma humanizada e resolutiva os seus usuários. A ambiência é sustentada pelos princípios de que o espaço possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho. O espaço que visa à confortabilidade, com foco na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem, quais sejam cor, cheiro, som, iluminação, morfologia [...], e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social. O espaço, como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorece a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Esse conceito de ambiência alcança uma abordagem diferenciada e transcende a visão técnica, simples e formal dos ambientes, pois passa a considerar as situações que são construídas em determinados espaços e tempo, sendo vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

Dentro das designações de cada espaço, encontrados em nosso estudo e em revisões bibliográficas, a área externa de uma Unidade Básica possui grande importância, pois, além de porta de entrada, é um ambiente de convívio social e integração entre os indivíduos. Jardins e áreas com bancos tornam-se lugar de estar e relaxamento. Além disso, funciona como uma extensão da função do Centro de Saúde, uma vez que várias atividades em grupo são normalmente realizadas nesse local. Tanto trabalhadores como usuários desfrutam desse ambiente de interação social.¹³

Nas áreas internas e externas das unidades de assistência de saúde, existem elementos modificadores e qualificadores do ambiente físico, os quais visam transmitir uma atmosfera acolhedora e aconchegante, tanto a usuários quanto aos profissionais de saúde. Como exemplo, poderíamos citar: o conforto visual e acústico; uma boa iluminação e as cores suaves das paredes; a recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de pla-

cas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para portadores de deficiência; tratamento das áreas externas incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros. Outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição, também fazem parte da ambiência desses locais, sendo eles a luminosidade, a temperatura e até mesmo os ruídos do ambiente¹³, todos contribuindo para um acolhimento integral e completo.

Assim, pode-se concluir que a arquitetura do espaço físico dos serviços de saúde pode minimizar o desconforto do paciente e ainda produzir a saúde, a medida que oferece espaços acolhedores tanto aos profissionais quanto aos usuários.

CONCLUSÃO

O serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, teve de desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar-se, resolver e autonomizar-se. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializem em práticas relacionais como, por exemplo, acolhimento e vínculo. Esses são considerados como essenciais para o estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, alicerçados na humanização e nos direitos de cidadania, com dinâmicas interativas e complementares.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipes de saúde e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar.⁸ É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.⁹ Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

Por fim, o acolhimento constitui-se como um desafio na construção do cuidado integral e como elemento de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, MinasGerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15:345-53.
2. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Suppl 3):3569-78.
3. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(4):493-503.
4. Fagundes S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.
5. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
6. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.
7. Falcão JTR, Régnier J. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. *Rev Bras Est Pedag*. 2000; 81(198):229-43.
8. Coelho MO, Bessa MS, Araujo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(3):440-52.
9. Cubero C. *Arquitetura de centros de diagnósticos: o caso de um centro de bioimagem [monografia]*. Salvador: UFBA; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: ambiência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(N. Esp):25-30.
13. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*.

ca. 2001; 35:303-11.

14. Costa ARC, Melo MC, Oliveira MA, Dias RN. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53(N.Esp):127-30.

15. Costa MBS, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53(N.Esp):149-52.

16. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Psicol Estud.* 2003; 8:515-23.

17. Peduzzi M. Equipe multidisciplinar em saúde: a interface entre o trabalho e a interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

28. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Supl. 1):100-10.

19. Carvalho G. Qualificar o pronto atendimento às necessidades de saúde, como essência da integralidade. [Citado 2012 mar. 28]. Disponível em: <<http://www.gicesc.org/GilsonQualificarProntoAtendimento.doc>>.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

21. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. *J Pediatr.* 2005; 81(3):251-8.

22. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003; 38(3):831-65.

23. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002; 60:201-18.

24. Viana ALd'Á, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saúde Publica.* 2008; 24(Supl 1): S79-S90.

25. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am J Public Health.* 2007; 21(2/3):164-76.

26. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007.

27. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2006.

28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

Submissão: abril/2012

Aprovação: março/2013
