

Práticas Comunitárias Participativas e Rearranjos de Trabalho: Acolhimento Coletivo do Idoso

Participatory Community Practices and Work Rearrangements: Collective Reception of the Elderly

Lara Monteiro Schuck^I

Marta Marcantonio^{II}

Laura Garcia de Freitas^{III}

Resumo

O presente relato de experiência aborda um processo de mudança de fluxo para marcação de consultas do idoso numa Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre (RS), dispostivo-o como mecanismo de participação comunitária, fortalecimento e apropriação coletiva do processo saúde-adoecimento, bem como da política do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do relato desta experimentação, erigida em discussões na equipe e no Conselho Local de Saúde, buscamos visibilizar e discutir potências e entraves na proposição de espaços coletivos de emancipação na atenção básica, a partir de necessidades em saúde.

Palavras chave: Participação comunitária; Saúde Coletiva; Atenção básica; Acolhimento; Atenção integral ao idoso.

Abstract

The present experience report addresses a process of change of workflow for marking consultations of the elderly in a Basic Health Unit of the city of Porto Alegre (RS), arranging it as a mechanism for community participation, strengthening and collective appropriation of the health-disease process, as well as the policy of the Unified Health System (SUS). Based on the report of this experimentation, built on team discussions and at the Local Health Council, we seek to make visible and discuss potentials and obstacles in the proposal of collective spaces for emancipation in basic care, based on health needs.

Keywords: Community participation; Collective health; Primary health care; Health care reception; Comprehensive care for the elderly.

^IPsicóloga graduada pela UFCSPA. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Especialização em andamento em Gestão de Organização Pública em Saúde pela UFSM.

^{II}Psicóloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde Pública. Unidade Básica de Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.

^{III}Nutricionista, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Prefeitura de São Leopoldo.

O presente relato de experiência aborda um processo de mudança de fluxo para marcação de consultas do idoso numa Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre (RS), dispostivo-o como mecanismo de participação comunitária, fortalecimento e apropriação coletiva do processo saúde-adoecimento, bem como da política do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta experiência foi forjada no cotidiano de trabalhadores e usuários da atenção básica, que se encontram e se atravessam de inúmeras formas e em relações de cuidado, seja no espaço físico da UBS, seja no território, seja no campo das ideias. Portanto, habita no campo das experimentações e invenções possíveis para propor novas institucionalidades. A partir do relato desta experimentação, erigida em discussões na equipe e no Conselho Local de Saúde, buscamos visibilizar e discutir potências e entraves na proposição de espaços coletivos de emancipação na atenção básica, a partir de necessidades em saúde. É um relato escrito por três trabalhadoras da equipe, implicadas com a experiência em todo seu desenvolvimento, e que levam até

hoje as inquietações aqui esboçadas em seus processos de trabalho.

Partiremos de um olhar especial a um elemento fundamental da Atenção Básica: o território. O território deste relato, em específico, tem muitas identidades – localiza-se na cidade de Porto Alegre/RS, na zona norte, em um bairro periférico, o qual se urbanizou de forma vertical. Os prédios foram construídos em condomínios, e praticamente todos têm a mesma estrutura, com apartamentos pequenos, prédios que lembram quadrados ou retângulos, alguns sendo verdadeiros labirintos uma vez que se os adentra. Existem poucos equipamentos sociais e recursos comunitários na região, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) local de demandas que extrapolam o setor saúde (demandas habitacionais, de saneamento básico, de benefícios da Política de Assistência Social, de lazer, de cultura).

Esta UBS é composta por uma equipe ampliada: além da equipe mínima, composta de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários

de Saúde e Equipe de Saúde Bucal, ainda conta com Auxiliares Administrativos, profissionais de Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Farmácia. Além disso, é campo de estágio destas formações, além de campo de Residência Multiprofissional e Médica, o que permite diversidade de entendimentos em relação às situações que se apresentam.

Sobre seus moradores, pode-se dizer que compõem um mosaico diverso de idades, situações socioeconômicas, arranjos familiares. Um grupo se destaca: os idosos do bairro. São a maioria da população abrangida pela UBS, incluindo idosos que frequentam bastante o posto de saúde, e pessoas cujas histórias e rotinas não se conhece muito bem. Adicionalmente a isto, muitos moram sozinhos, num bairro que convida à solidão, seja pelos arranjos arquitetônicos das moradias, seja pela distância do centro da cidade e, conseqüentemente, dos equipamentos sociais. Somam-se a isso a condição socioeconômica precária e os próprios processos de vida das pessoas, que levam a afastamentos de amigos e família. A equipe da UBS via essa solidão traduzida constantemente em adoecimentos, que eram a maneira de chegar ao posto.

Na sociedade em que nos inserimos, pessoas em processo de envelhecimento podem experimentar sentimentos de afastamento dos círculos sociais, desinteresse por questões de ordem coletiva, baixo envolvimento em atividades, além de mal estar físico de maneira geral, podendo caracterizar sinais de depressão clínica (Batistoni & Neri, 2007). Este mesmo estudo aponta que a vulnerabilidade em termos de classe social potencializa essas questões, tanto subjetivamente quanto pela própria escassez de condições materiais de existência e contribuição social. Esta dimensão deve ser levada em consideração, principalmente em se tratando do território que contextualiza o relato.

Na UBS em questão, existia, até 2014, um dia específico, semanal, para agendamento de consultas para idosos, por telefone. Foi uma medida tomada visando garantir a equidade em saúde, evitar deslocamentos desnecessários, que desembocassem em filas demoradas. Não obstante, o dia de agendamento era bastante caótico pelo alto volume de ligações e pelas grandes demandas de consultas, adicionalmente às outras demandas que a equipe dava conta. Além disso, muitos idosos requisitavam atendimento médico semanalmente, embora em seus prontuários constasse a falta de necessidade clínica de qualquer acompanhamento em tão curto interstício, ou com tanta frequência.

Não raro, ocorriam discussões e ações violentas entre usuários e trabalhadores e até entre trabalhadores, gerando um sentimento de incompreensão e de angústia

frente a este cenário. Nesse sentido, afloravam na equipe raiva e sensação de perda de controle, por conta da alta demanda por atendimentos; suscitava também compaixão naqueles trabalhadores que estabeleciam contato mais íntimo com a população idosa, e que percebiam desejos de outras ordens traduzidos em demandas de consultas médicas. O que se percebia no cotidiano era que sempre os mesmos idosos agendavam consultas semanais e muitos idosos simplesmente não eram vistos em lugar nenhum. Então, que equidade estava se efetivando?

Estas questões remetem a um conceito de Franco e Merhy (2005), a “produção imaginária da demanda”. Os autores provocam-nos a refletir sobre as relações que se estabelecem entre o que os profissionais de saúde ofertam e o que demandam os usuários, os quais muitas vezes traduzem o desejo de cuidado em solicitações de procedimentos, exames, consultas etc. A demanda em saúde é produzida por relações que implicam a percepção do usuário sobre os sentidos das práticas de saúde e sua implicação com a produção de saúde (Franco & Merhy, 2005). Os usuários da UBS, ao entrarem em contato com esse serviço, se conectam através de fluxos por onde se atravessam ofertas, demandas, desejos, expectativas, e é a partir disso que se estabelece a relação de cuidado ou de não cuidado. Assim, o usuário busca o que imagina que o serviço oferece (Franco & Merhy, 2005).

Este entendimento pode dar pistas sobre o excesso de solicitações por consultas médicas a cada semana nos agendamentos. Apesar de a equipe oferecer um leque variado de opções, acabava potencializando uma ferramenta (consultas médicas) que, concomitantemente, era a mais solicitada pelos idosos. É plausível questionar sobre o que se produz num agendamento de consultas. Que relação/paradigma se estabelece ao se oferecer consultas médicas individuais como a única possibilidade, sem problematizar aquela demanda? Foi neste cenário, caótico e potente, que a equipe se viu num dilema: o que fazer com esta população, que tem vulnerabilidades, que precisa ter seu acesso garantido e a qualidade do cuidado, mas que desorganiza tanto a equipe?

Potencializando Espaços Comunitários como Trilhas de Direcionamento

Depois de discussões dentro da própria equipe sobre a temática, sem conseguir elaborar proposições concretas, eis que surge a ideia de levar a questão crítica da marcação de consultas dos idosos para o Conselho Local de Saúde da UBS. Foi um movimento inovador, visto que o Conselho Local estava bastante esvaziado e raramente era utilizado para refletir sobre processos de

trabalho em geral. Entretanto, se olharmos a literatura (Ceccim & Feuwerker, 2004; Brasil, 2013a; Alvarenga et al, 2017), veremos que este é o papel dos Conselhos de Saúde, os quais são constitucionais, deliberativos e permanentes, sendo compostos por representantes paritários de todos os atores sociais em saúde.

Um dos papéis fundamentais deste espaço deliberativo, a nível local, é estreitar relações entre equipe e comunidade, e compreendendo-as como protagonistas dos sentidos de saúde daquele território. Os Conselhos Locais de Saúde são espaços muito ricos para a comunidade e para os serviços, pois os aproximam das demais organizações do bairro (Brasil, 2013a). Com base nisso, pensamos, como equipe, que uma decisão sobre atendimento à população referendada pela própria teria muito mais chance de adesão e de apoio, visto que mudar não é nada fácil, mesmo quando é para (supostamente) melhor. É importante ressaltar que o Conselho Local da UBS, apesar de respeitar a paridade de participantes, tendo pelo menos o dobro de usuários em relação aos trabalhadores nas reuniões, estava esvaziado, ocupado por figuras relacionadas a partidos políticos, que utilizavam o espaço para disputas neste sentido. Entretanto, a discussão sobre o agendamento de consultas do idoso os tocou de outra maneira, tendo em vista que todos ali presentes eram idosos e agendavam consultas com frequência na UBS.

Nas reuniões do Conselho Local de Saúde, então, a inquietação se transforma em experimentação, rumando de marcações exaustivas ao telefone para o que nomeamos “Acolhimento Coletivo do Idoso”. A ideia partiu justamente da hipótese de que a solidão dos idosos no bairro teria algo a ver tanto com o excesso de demandas por atendimentos sem necessidade clínica, quanto com a agressividade contida nas relações entre equipe e usuários. Ainda, a construção que levou a essa proposta partiu da própria porta de entrada principal da UBS, a partir do Acolhimento, prática consistente em receber os usuários e suas demandas, realizar escuta e articulações, pensando possíveis encaminhamentos, dentro e fora da atenção básica. Nesse sentido, buscou-se expandir esta prática/postura, apostando na coletividade.

Os participantes do Conselho Local exerceram um papel fundamental de divulgação das mudanças, percorrendo o bairro e chamando as pessoas a participarem das reuniões e a conhecerem a nova modalidade. Neste sentido, abrimos um caminho que uniria “o útil ao agradável”, transformando o dia de marcar consultas em um acolhimento coletivo, em grupo, onde pudéssemos provocar o estabelecimento de novas redes entre

vizinhos. Adicionalmente, a própria equipe poderia conhecer melhor quem eram aquelas vozes ao telefone, que desejos teriam, que possibilidades poderiam ser exploradas, que novos acordos, para além da consulta médica, poderiam ser feitos.

Existem várias definições para o termo Acolhimento. Essa multiplicidade de conceitos aponta para uma imensidade de sentidos e significados. Isso quer dizer que independente da definição, o importante é a clareza e ação adotada ou assumida com sua respectiva intenção. Na literatura, o acolhimento é visto como essencial para o trabalho na Atenção Básica (Machado, Colomé, da Silva, Sangoi & Freitas, 2016), principalmente para o estabelecimento de vínculo, devendo atravessar todos os momentos de encontro entre equipe e usuário (Machado et al, 2016).

O acolhimento é uma postura presente em todas as relações de cuidado, nos encontros diários entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento se revela nas práticas reais e não na teoria, e pode ser inventado e reinventado (Brasil, 2013b). Pensando na Atenção Básica como articuladora do cuidado num território que é único, está colocada a importância de processos coletivos constituírem-se como espaços válidos e potentes do fazer em saúde, especialmente em momentos como o atual, em que os territórios periféricos têm estado mais fragilizados em termos de políticas públicas. Com isso, fortalecer a autonomia dos sujeitos, democratizar conhecimentos sobre o processo saúde-doença, reforçar a saúde como direito de cidadania (Machado et al, 2016).

Justamente por ser a porta de entrada, a atenção básica tem papel de auxiliar os usuários a compreenderem como funciona o sistema. Ações coletivas de cuidado e de educação em saúde contribuem para agregar e possibilitar processos de libertação, provocando os sujeitos a pensarem criticamente os significados de saúde, compartilhando-os entre trabalhadores, militantes e usuários (Oliveira, 2016). Embasada nestas reflexões e a partir da possibilidade que se abria, a equipe, de posse do que foi deliberado em conselho local, começa a delinear o que seria esta invenção – como trazer o usuário idoso para perto (lembrando que, antes, era “só” levantar o telefone do gancho), como elaborar as ações, como “encaixar” este novo processo no fazer profissional e no cotidiano da equipe, como avaliar, principalmente, quem, na equipe “bancaria” a efetivação cotidiana desta experimentação.

À Ação! – Primeiras Experimentações

Buscando responder a esta última pergunta, procuramos ao máximo aliar desejo com função. Deveriam estar envolvidos aqueles que, em uma medida ou outra, eram imprescindíveis, como os agentes administrativos, responsáveis pela organização das planilhas de consultas e pelo agendamento, juntamente com pessoas que tinham o desejo de facilitar o processo de grupo que se formaria, pensando nele como um espaço de fortalecimento de redes comunitárias. Ainda, a equipe entendeu que técnicos de enfermagem e enfermeiros seriam importantes como profissionais de retaguarda, para avaliar com o usuário a real demanda, a necessidade de consulta médica, lançando mão de outros possíveis, para dentro e para fora da UBS. Assim, fomos desbravar esse novo caminho que ninguém ainda havia trilhado.

Definimos algumas diretrizes; o acolhimento coletivo seria semanal, às tardes, com duração de uma hora para que as pessoas chegassem (os desdobramentos de cada demanda seguiriam até o horário necessário para resolvê-los), e quem chegasse depois do horário seria convidado a retornar na semana seguinte. Em caso de urgência, seriam direcionados ao acolhimento da UBS, que é “porta aberta”, conforme descrito no decreto 7508/2011. A equipe que estaria envolvida nesse processo seria fixa, com tarefas definidas.

Transformamos a chegada dos idosos à UBS em uma porta de entrada, que levaria ao acolhimento coletivo, feito por uma parte da equipe, enquanto outra parte revisaria os prontuários de cada um que chegasse. Posteriormente, um a um, os idosos participantes do acolhimento coletivo seriam chamados individualmente para conversar sobre a demanda que os levou até ali e dar encaminhamentos. Por fim, ficou decidido que faríamos um mês de teste, com respectiva avaliação. Esta avaliação partiria de percepções da equipe e de preenchimento de uma pequena ficha, entregue a cada um que participasse de alguma forma do processo.

Ficamos divididos assim: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), elo fundamental entre equipe e comunidade (Brasil, 2009; Bender et al, 2016), realizariam a primeira recepção aos usuários no dia do Acolhimento Coletivo e a organização da espera. Distribuiriam fichas correspondentes à capacidade da sala de grupos e do número de consultas disponíveis para agendamento naquela semana, além de fazer a busca dos prontuários dos idosos que haviam comparecido no dia, entregando para a análise dos acolhedores.

A Psicóloga da UBS, em conjunto com os Residentes Multiprofissionais, e outros profissionais e

estagiários que foram compondo a equipe de trabalho, ficariam responsáveis pelo Acolhimento Coletivo propriamente dito, que se constituiu num grupo, ora com temática aberta, ora com temáticas previamente planejadas, sendo a condução sempre aberta. Inicialmente, o principal objetivo deste espaço de grupo seria explicar e discutir com a população as rotinas do posto de saúde e os motivos pelos quais a marcação de consultas modificou seu formato. Ao longo do tempo, foi-se percebendo aquele espaço como potente pra fomentar algumas discussões sobre saúde, política, território etc, conforme será explicitado ao longo do relato.

Finalizando, equipe de enfermagem e assistentes administrativos se ocupariam de agendar as consultas de acordo com as necessidades, tendo o cuidado de manter a longitudinalidade do acompanhamento com o mesmo profissional, a partir da revisão do prontuário. Identificariam demandas excessivas/ desnecessárias clinicamente, com liberdade de poder olhar exames trazidos pelos usuários e definir, em conjunto com eles, possíveis encaminhamentos. Os médicos não participaram de nenhum aspecto, mas pactuou-se que poderiam ser requisitados caso fosse necessário tomar alguma decisão mais urgente ou encaminhar pedidos de exames. Ainda, por ser uma UBS com equipe ampliada, foi possível abrir um leque de possibilidades desconhecidas/pouco usadas tanto pelos usuários quanto pela própria equipe: visitas domiciliares, grupos, discussões de caso, fluxos para outros profissionais, fluxos para outros setores sociais, como a Política de Assistência Social etc.

O “Coletivo” do Acolhimento

Para este relato de experiência, escolhemos realizar um recorte do processo, priorizando o Acolhimento Coletivo em si, espaço que possibilitou aflorarem metodologias participativas e fortalecimento comunitário. O acolhimento se dava na sala de grupos da UBS, a qual comportava de quinze a vinte pessoas por vez; portanto, dividíamos os idosos (e eventuais familiares/ acompanhantes) em pequenos grupos, e sua configuração ia se modificando conforme os participantes eram chamados para o momento individual, e novos iam entrando. Pode-se depreender daí que este foi um espaço pensado, inicialmente, como um intermediário, uma maneira de tornar a espera mais agradável, com uma conversa sobre as rotinas do posto.

Inicialmente, o espaço de grupo foi continente de muitos sentimentos contraditórios: anseios, dúvidas, mágoas, alegrias e esperanças relacionadas ao novo espaço, ao trabalho da equipe de saúde e às suas próprias

dores e experiências de vida. Como já dito, os primeiros encontros serviram para explicar a mudança de fluxo, tendo em vista que muitos idosos sentiram-se prejudicados por terem que se deslocar até à UBS. Ao longo das explicações e reclamações, surgiram inúmeros relatos de idosos que nunca haviam conseguido marcar consultas, e que suas rotinas da quarta-feira (dia dedicado ao agendamento telefônico) eram ficar ao lado do telefone discando o número do posto. A partir destas falas, os idosos que sempre conseguiam agendar suas consultas deram-se conta de que o processo não estava sendo equitativo, e a discussão sobre a mudança no agendamento foi sendo qualificada pela compreensão dos usuários sobre as situações de cada um presente na sala. Cabe ressaltar que idosos acamados e/ou impossibilitados de se deslocarem podiam agendar via terceiros ou ter agendamento domiciliar.

Passado esse primeiro momento, muitas histórias foram contadas, sobre perdas de pessoas queridas, doenças e itinerários terapêuticos, envelhecimento, dificuldades no acesso aos serviços do posto, desconhecimento e reivindicação de direitos. De início, os olhos e a atenção se voltavam aos trabalhadores, para que dessem respostas ou provocassem novos assuntos; aos poucos, os próprios participantes iam preenchendo as lacunas com divergências, ensinamentos, trocas de telefones, trocas de experiências. Deste “gancho”, os facilitadores do espaço perceberam que outros questionamentos eram possíveis: Que histórias de vida circulam naquele espaço? Que necessidades / desejos de saúde o compõem? Que demandas além-doença trazem aqueles sujeitos? As respostas permitiram extrapolar aquele espaço, pouco a pouco, e nos deram as primeiras pistas de que havia desejos de entrelaçamento afetivo entre as pessoas do grupo.

Buscando realmente explorar a palavra “acolhimento” nas suas diversas potências, toda semana preparávamos um chá para ser servido ao grupo, com alguma comida (frutas, bolachinhas, bolos caseiros). Um dos indicadores afetivos de que o grupo estava rumando para uma apropriação coletiva foi quando os próprios usuários começaram a trazer saquinhos de chá ou alimentos para compartilhar no dia em que marcavam suas consultas. Participantes traziam receitas para trocar e ensinar aos presentes, recebendo, em posterior encontro, retorno daqueles que tentaram desenvolvê-las em casa.

O propósito do espaço foi se modificando, então. O acolhimento coletivo mostrou potência de fortalecimento comunitário e de novos entrelaçamentos (resgatando um dos motivos de modificar a marcação de consultas, o de que havia muitos idosos solitários no bairro, fazendo uso de medicações psicotrópicas e com

diversas questões de saúde). Este movimento ganhou vida no reconhecimento mútuo de desejo entre trabalhadores e usuários. Ocorriam conversas sobre a situação política do país – e nosso papel nela –, sobre saberes comunitários, como chás para diversos “males” físicos e existenciais, ou dicas de equipamentos sociais frequentados pelas pessoas. Para cada semana, elegíamos um tema norteador, entendendo que somos circundados e atravessados não só por determinantes sociais, mas também econômicos e políticos (Oliveira, 2016). Estes temas nos guiavam mais como trilhas do que como trilhos, auxiliando-nos a enxergar por onde poderíamos disparar sentimentos de coletividade e de conhecimento de si.

Transformações Possíveis

Alguns temas que floresceram no grupo permitiram aos usuários questionarem práticas realizadas dentro da UBS, gerando demandas de que profissionais fossem ao espaço explicar seu trabalho e ser confrontados sobre fluxos de atendimento. Permitiram, também, que as pessoas compreendessem e discutissem a política do SUS com mais propriedade. Um exemplo emblemático foi a constante demanda por postos de saúde que funcionassem 24h, no que nos sentimos provocados a explicar o papel da atenção básica e dos outros níveis de atenção, gerando uma discussão interessante e acalorada. Possibilitou revisar uma demanda cristalizada no senso comum, tão repetida por candidatos a governo. Identificamos pessoas que desejam ser cuidadas e entendem que o funcionamento ininterrupto do posto, com aumento de consultas médicas, daria conta disso. Sem levar verdades, apenas o que acreditávamos somado ao que a política preconizava, conseguimos problematizar a questão de maneira qualificada.

Oliveira (2016) aponta, em seu estudo, achados semelhantes: relatos de impressões gerais dos usuários sobre o funcionamento do SUS, dissociação do preconizado com o realizado, bem como sentimento de exclusão do processo político como um todo, seja por descrença, ou por não se enxergar como parte. Um dos direcionamentos da autora com vistas a problematizar essas temáticas foi na mesma linha da nossa experiência: trazer à tona o papel das mídias hegemônicas na degradação de serviços públicos e direitos de cidadania em detrimento dos sistemas privados de saúde.

O fortalecimento comunitário também se deu de maneiras muito afetivas: durante aquelas tardes, além dos já referidos chás, foram trazidos, pelos idosos, poemas e canções que acalentaram histórias sofridas partilhadas naquele espaço. Viagens para vários cantos do

Brasil e do mundo foram contadas ali, e nós, como profissionais da UBS, também pudemos conhecer e habitar, momentaneamente, um universo desconhecido que cada usuário trazia e que, no cotidiano das queixas, das preconceções, da rotina e do cansaço, da visão sobre a doença e o sintoma, passavam despercebidos.

Coletivamente, ainda pudemos presenciar ensaios de movimentos emancipatórios potentes, como no encontro em que discutimos sobre direito à saúde, abordando a lei do SUS; ou no encontro em que debatemos segurança alimentar e direito à alimentação saudável. Destes dois últimos assuntos, resultou uma mobilização para construir uma horta comunitária no bairro, agregando pessoas que tinham saberes sobre como cultivar e organizar hortas, trazidos de muitos lugares do interior do Rio Grande do Sul, de onde vieram para morar no bairro atual. Esta mobilização partiu de um descontentamento geral sobre a disposição dos apartamentos no território, que não permitiam sequer ter hortas verticais, pois eram pequenos e mal iluminados, somado a um desejo de repensar o consumo de vegetais e frutas a partir de uma perspectiva sem agrotóxicos, de colaboração mútua, de apropriação de espaços do bairro.

Dos Movimentos do que é Vivo – Avaliações, Nós Críticos, Potências

A experiência do Acolhimento Coletivo do Idoso ocorreu durante o ano de 2014, e durou cerca de oito meses, desde as primeiras inquietações na equipe até a decisão de finalizá-lo. Esta decisão ocorreu durante a reconfiguração de organização do trabalho da equipe como um todo, que julgou não encontrar mais sentido no Acolhimento Coletivo. Cabe ressaltar que, ao contrário do movimento que o disparou, a decisão de encerrá-lo foi tomada sem a participação do Conselho Local de Saúde. Após o primeiro mês da realização semanal do Acolhimento Coletivo do Idoso, obtivemos 96% de aprovação, em pesquisa respondida por 169 usuários, dentre idosos e acompanhantes. Incluem-se aí pessoas que se opuseram ao novo formato quando do momento coletivo e que, ao receber escuta sensível e após passar por todas as etapas, avaliaram de maneira positiva. Inclusive, houve idosos que iam à UBS para participar somente do momento coletivo, não necessitando de consultas médicas.

A equipe se deu conta do desconhecimento da história de muitos usuários, tendo em vista que sua configuração não permitia saber o que se passava com cada família do território. Neste sentido, concomitante ao Acolhimento Coletivo do Idoso, a equipe iniciou

discussões que culminariam, no ano seguinte, à reconfiguração da sua organização de trabalho, transformando-se em miniequipes que atuariam por áreas de vigilância, visando garantir a longitudinalidade e a relação próxima com as pessoas.

Pode-se depreender que toda experimentação é válida, mesmo que tenha chegado ao fim, pois dispara sempre algum movimento nas equipes de saúde; e movimento é vivacidade. A avaliação que organizamos nos deu outros indícios além da satisfação dos usuários; evidenciou para a equipe quais eram as necessidades dos idosos, traduzidas pela demanda imaginária (Franco & Merhy, 2005), mas também quais eram as produções imaginárias de oferta que a equipe realizava, ao apostar fortemente nas consultas médicas individuais e ao compreender, anteriormente ao Acolhimento Coletivo, que era isso e nada mais que as pessoas demandavam.

Este movimento rumou para duas vertentes: a primeira, na possibilidade de colocar diferentes lentes sobre o trabalho, pensar sobre diferentes entendimentos e ampliação do que seria “acolhimento”; a segunda, na evidência da separação dos processos de trabalho da equipe, em especial no que se refere a trabalho individual e trabalho coletivo. Isso se deu tanto no próprio Acolhimento Coletivo, a partir dos relatos de sobrecarga por parte da equipe de enfermagem, quanto na dissociação da experiência por parte de diversos profissionais (envolvidos ou não com o Acolhimento Coletivo) que não reconheceram, até o final, a legitimidade do que ocorria semanalmente.

Ainda, ficou claro o incômodo dos trabalhadores com os efeitos suscitados no sentimento de autonomia que foi provocado nos usuários, idosos especificamente, que passaram a questionar fluxos, decisões, posturas. Os usuários, segundo membros da equipe, estavam ficando “politizados demais”, e isso não era bom. Avaliamos que, no lugar de desacomodar os profissionais da equipe, de estabelecer uma provocação, esta nova postura incomodou, levando a ações que minassem esse fenômeno. Neste sentido, é importante ressaltar que esta modalidade de atendimento à demanda de agendamento de consultas foi inédita, enfrentando resistências institucionais, de instâncias gestoras da atenção básica, no sentido de “enquadrar” a ação, colocá-la dentro de um viés de saúde procedimento-centrada, baseada em procedimentos, consultas e produtividade. É sempre uma resistência árdua a ser feita enquanto equipe, principalmente quando as formações profissionais tendem a caminhar nesta lógica.

Certa semana, a sala de grupos havia ficado inviabilizada, e era dia de acolhimento coletivo. Os

facilitadores do grupo prontamente se ofereceram para fazer o acolhimento na sala de espera da UBS, a qual não era muito convidativa a estruturas de roda. Os trabalhadores que circulavam pela sala de espera, envolvidos em atendimentos individuais, aparentaram em suas feições o incômodo com o que ocorria no local, que se tornava barulhento, agitado, constantemente em movimento, em meio a uma rotina que não abria espaços para a coletividade. As reações ao fato de o processo sair de uma sala fechada e circular por outros espaços mostrou que os desejos não eram uníssonos na equipe. Mesmo para quem facilitava o espaço “desterritorializado”, também existia um sentimento de deslocamento, de desconforto, estranhamento. Este acontecimento forneceu indícios de que, talvez, por diversos motivos, o Acolhimento Coletivo do Idoso ainda era um “elefante branco”, literalmente, no meio da sala.

Passados os primeiros meses, ainda remando na contracorrente dos processos hegemônicos daquela equipe em particular e da saúde como instituição, foi preciso lutar contra o cansaço, as incertezas, a necessidade semanal de encontrar parcerias na equipe (pois seguimos apostando no desejo de estar no espaço), bem como a dificuldade de instituir processos avaliativos e de reflexão mais contínuos. Este último ponto é chave para manter experiências oxigenadas e os atores alinhados, pois permite repactuar acordos, rever pontos críticos, e manter o sentido das práticas.

Foram feitas mudanças pontuais ao longo do processo para dinamizar o acolhimento. Vimo-nos tentando dar conta de um ritmo produtivista imposto ao cuidado e à saúde pública em geral, que respinga cotidianamente na atenção básica (de Medeiros & Rocha, 2004; dos Reis, Fortuna, Oliveira & Durante, 2007; Lara, 2011), e que chegava, a passos largos, ao Acolhimento Coletivo do Idoso. Outras tentativas para aproximar toda a equipe desta experiência também foram feitas, mas cada vez mais se notava o esvaziamento de sentido daquele processo.

Contrariando o paradigma hegemônico biomédico e produtivista, o momento coletivo do Acolhimento era defendido pela sua potência própria, como forma de reduzir a medicalização da vida, de provocar movimentos reflexivos, de fortalecimento de si e da comunidade, tão fragilizada pela distância do centro da cidade e defasada dos equipamentos sociais de cultura e lazer. O espaço estava potencializando movimentos já existentes entre os usuários, os quais se fortaleceram a partir do processo do grupo. Neste sentido, existiu, em determinado momento, desejo de desagregar o espaço coletivo do agendamento de consultas, passando a existir como espaço próprio.

Entretanto, a ideia não ganhou força diante de outras discussões sobre organização do trabalho que tomaram a equipe. Diversas outras pessoas da equipe compreendiam o momento coletivo como uma sala de espera ampliada, onde aguardavam para o momento real, que era o da avaliação individualizada da demanda e o agendamento. Inevitavelmente (neste paradigma), o olhar foi rumando (ou retornando?) mais para o momento individual do agendamento e da disponibilidade das consultas. O espaço coletivo foi sendo fragilizado pela equipe que via de fora. Quando começou-se a abordar o término do processo coletivo, é interessante analisar que não houve resistência organizada pelo Conselho Local de Saúde, nem pelas instâncias gestoras da atenção básica, à exceção de usuários que vinham, individualmente, solicitar manutenção daquele vínculo.

Evidenciou-se também relação direta, estabelecida pela equipe como um todo, entre oferta de cuidado e oferta de consultas; os profissionais ficavam ansiosos quando notavam que tinham poucas consultas para oferecer naquela semana, devido à redução no número de profissionais por adoecimento, férias etc, ou quando viam um número grande de idosos aguardando. A equipe não conseguia utilizar isso como um analisador dos próprios entendimentos sobre oferta de cuidados, embora fossem feitos tensionamentos. Neste sentido, houve surpresa com a grande quantidade de situações cujo encaminhamento era outro que não o das consultas médicas, dado que também obtivemos ao avaliar as demandas que chegavam e seus encaminhamentos, com o objetivo de redimensionar o número de consultas médicas na organização semanal.

Finalmente, embora a equipe diretamente responsável pelo Acolhimento Coletivo tenha iniciado processo de autoconscientização das questões apontadas acima, mesmo que de maneira incipiente e lutando contra diversos entraves (inclusive de condições de trabalho e número de pessoal), a equipe geral não revisou profundamente os sentidos do fazer saúde naquele contexto e para si, o que pode ter contribuído para, em determinado momento, o Acolhimento Coletivo ter se tornado uma “bolha” dentro do processo de trabalho da equipe.

Para efetivar mudanças com os usuários, precisa-se construir a noção de acolhimento como dispositivo de integralidade na equipe, problematizando também as soluções e o cuidado em saúde pensado pelos trabalhadores (Medeiros, Iung & Comunello, 2007). Isso implica uma profunda transformação no próprio sistema (Lopes, Rodrigues & Barros, 2012), resgatando o que Franco e Merhy (2005) trazem ao apontar que a demanda também é produzida pelo

que é oferecido pela equipe. Notamos que, apesar das constantes reclamações sobre a demanda excessiva dos idosos por consulta médica “para qualquer coisa”, a equipe não conseguia sair do lugar de quem também aposta nesta tecnologia como a mais eficaz. Portanto, em algum nível, produções de oferta e de demanda eram consonantes entre si.

Como efetivar o acolhimento como porta de entrada, com acesso aberto, sem sobrecarregar os trabalhadores de saúde, ampliando seu conceito? É fundamental compreender acolhimento menos como procedimento e mais como postura, utilizando qualitativamente o espaço com o usuário (Franco & Merhy, 1999; Medeiros, Iung & Comunello, 2007; Coelho & Jorge, 2009; Oliveira, Floresta, de Oliveira, de Souza, & Freira, 2017). Esse, fundamentalmente, foi um dos norteadores da mudança neste processo de trabalho específico, compreendendo que um dispêndio maior de tempo analisando cada situação e subjetividade geraria economia de procedimentos e diminuição de consultas desnecessárias, ofertando à pessoa escuta efetiva e compreensão do seu sofrimento.

A potência de tirar das mãos do profissional a determinação do que se oferta e o que se demanda, abrindo pistas e caminhos para que os usuários se enxerguem neste processo e disputem estes entendimentos foi um dos ganhos no sentido de problematizar o paradigma vigente na saúde e na atenção básica (paradigma biomédico centrado em relações produtivistas), típico do sistema capitalista em que nos inserimos. O cenário atual que se coloca exige mais do que esforços individuais para se conquistar algo semelhante a um sentimento de certeza e segurança – a própria configuração que se delineia nos dias atuais é a precondição para uma vivência marcada pelo desamparo (Tavares, 2010). A não ser que lutemos coletivamente.

A configuração atual de tempo e espaço não permite cristalizar um passado histórico, existindo sempre um presente contínuo e fugaz. O espaço forjado no grupo permitiu resgatar histórias, constituir passados. A configuração do acolhimento coletivo permitiu reverter, momentaneamente, o relógio desenfreado do agendamento de consultas. Apreciar a conversa com um chá, afinal, isso também não é saúde? Reverter a lógica da marcação procedimental da consulta por um bom “olho no olho” (ou “olho no prontuário”) é desafiar o tempo colocado na contemporaneidade. Provocar o (s) possível (eis) destas experimentações foi, também, objetivo do presente relato de experiência, até porque, apesar de todos estes pontos críticos, o Acolhimento Coletivo do Idoso, em suas diferentes dimensões, disparou reflexões

que reverberaram em horizontalizações graduais entre trabalhadores e usuários em outros processos de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M. L., Rodrigues, J. L. R., Soares, M., Dalat, R., Magalhães, R., & de Medeiros, T. L. (2017). Participação social através da criação de um conselho de saúde: relato de experiência. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*, 7(1), 102-102.
- Batistoni, S.S.T. & Neri, A.L. (2007) Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. *Psicologia em Pesquisa UFJF*, 1(2), 3-10.
- Bender, K.G., dos Santos, A.C., Dutra, B.D., Alves, L.M.S., Assunção, A.N., & Krug, S.B.F. (2016) Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Jovens Pesquisadores*, 6(2), 45-59.
- Brasil (2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013a) Ministério da saúde. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS (2ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013b) Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea (1ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65.
- Coelho, M. O., & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1), 1523-1531.
- dos Reis, M. A. S. D., Fortuna, C. M., Oliveira, C. T., & Durante, M. C. (2007). A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 655-666.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 181-193). Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco.
- Lara, R. (2011). Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. *Revista Katálysis*, 14(1), 78-85.

- Lei nº 7508, de 28 de junho de 2011 (2011). Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado em 02.06.2017 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
- Lopes, D. D., Rodrigues, F.D. & Barros, N.D.V.M. (2012) Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde. *Psicologia em Pesquisa UFJF*, 6(1), 68-73.
- Machado, L. M., Colomé, J. S., Silva, R. M. D., Sangoi, T. P., & Freitas, N. Q. (2016). Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*(Online), 4026-4035. Recuperado em 22.05.2017 em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3384/pdf_1830.
- Medeiros, S. M. D., & Rocha, S. M. M. (2004). Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 399-409.
- Medeiros, R.H.A., Iung, A.M.B. & Comunello, L.N. (2007) A Espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população. *Psico*, 38(1), 17-24.
- Oliveira, R.A. (2016) Intervenção de estágio na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Campos Sales: Fomentando a capacidade crítica, política, e democrática dos usuários da Unidade. Trabalho de Conclusão de Curso, Recuperado em 18.04.2017, em <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/10339>.
- Oliveira, K. A. S., de Godoi Floresta, A. C., de Oliveira, M. C., de Souza, V. S., & de Vasconcelos Freira, P. (2017). Acolhendo as necessidades de saúde: um relato de experiência. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care*, 7(1), 95-95.
- Tavares, L.A.T. (2010) A depressão como “mal estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Cultura Acadêmica.

Endereço para correspondência:

Lara Monteiro Schuck
 Universidade Federal de Santa Maria
 Av. Roraima nº 1000 - Cidade Universitária
 CEP: 97105-900 – Santa Maria/RS
 E-mail: s.mlara@hotmail.com

Recebido em 08/06/2017

Aceito em 15/09/2017