

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

SARISCE MARIA PACHÊCO VILELA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROBLEMA DA FILA NUMA
UNIDADE DE SAÚDE – RECIFE - PE**

RECIFE

2010

SARISECE MARIA PACHÊCO VILELA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROBLEMA DA FILA NUMA UNIDADE DE
SAÚDE – RECIFE – PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Petra Oliveira Duarte

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

V699r Vilela, Sarisce Maria Pachêco.

Relato de experiência: O problema da fila numa unidade de saúde – Recife - PE. / Sarisce Maria Pacheco Vilela. - Recife: [s.n.], 2010.

36 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Petra Oliveira Duarte.

1. Serviços de saúde. 2. Unidades de saúde. 3. Filas de espera. 4. SUS. I. Título. II. Petra Duarte.

CDU 614.39

SARISECE MARIA PACHÊCO VILELA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROBLEMA DA FILA NUMA UNIDADE DE SAÚDE
- RECIFE – PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 07 / 12 / 2010

BANCA EXAMINADORA

**Profª Drª Paulette Cavalcanti de Albuquerque
CPqAM/FIOCRUZ**

**Profª Msc. Petra Oliveira Duarte
Prefeitura Municipal do Recife**

Á Deus,
Á Minha Família,
Pela força e dedicação exclusiva, sempre comigo
neste momento, minha única, Larisce.

AGRADECIMENTO

À Professora Petra, pela sua compreensão, apoio e orientação, estímulo e paciência a qual me dedicou nossas tardes no Aggeu.

À equipe do Aggeu Magalhães sempre presente e estimulante nas nossas jornadas

À todos os professores, que passaram seus conhecimentos com dedicação e amor

À o nosso coordenador Prof. Sidney nos orientando

À todos os nossos colegas da turma Recife1 /2010, “amigos para sempre”

Aos colegas de trabalho que tanto me incentivaram

À minha querida família: meus pais, meus filhos, meus genros e meu marido pela compreensão das horas ausentes

Agradeço à Deus por tudo.

“É graça divina começar bem. Graça maior é
persistir na caminhada certa. Mas graça das graças é
não desistir nunca”
Dom Helder Câmara.

VILELA, Sarisce Maria Pachêco. Relato de experiência: O problema da fila numa unidade de saúde – Recife- PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Neste artigo procura-se discutir o desafio da categoria de acesso aos serviços de saúde através das filas enormes, inúmeras e cotidianas nas portas dos serviços de saúde mostrando a distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade de saúde no país. O problema principal é mostrar que com a implementação do Programa de Nacional de Humanização numa unidade básica do Recife consolidou a redução de filas e tempo de espera; conhecimento por parte do usuário dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informação ao usuário por parte da unidade de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. Mostrando que o acesso universal aos serviços de saúde, é uma garantia constitucional, elemento fundamental dos direitos e cidadania.

Palavras chaves: Filas – serviços de saúde. Filas – acesso. Filas no SUS

Vilela, Maria Pacheco Sarisce. Experience report: The problem of the queue at a health facility - Recife - PE. 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

In this monograph we will discuss the challenge of the category of access to health services through the long lines, and numerous daily at the doors of health services showing the distance from the proposal of SUS and humanizing health reality in the country. The main problem is to show that with the implementation of the National Program of Humanization in a basic unit of Recife consolidated to reduce queues and waiting time; knowledge by the user of the professionals who care for their health information assurance to the user by the health unit and ensuring participatory management of health facilities to its employees and users, as well as continuing education for workers. Showing that universal access to health service is a constitutional guarantee, fundamental rights and citizenship.

Keywords: Queues - health services. Queues - access. Queues in SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	A SAÚDE COMO DIREITO E SUAS IMPLICAÇÕES	10
3	A MUDANÇA DE PRÁTICAS DO HUMANIZASUS E O ACOLHIMENTO	15
3.1	A Saúde no Recife.....	17
4	O PROBLEMA DA FILA NA LITERATURA	19
4.1	Filas – Conceito	19
5	RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE SAÚDE ROMILDO GOMES..	25
5.1.	A Experiência Gerencial No Romildo Gomes e as Filas	26
5.1.1	Experiência I.....	27
5.1.2	Experiência II	28
5.1.3	Experiência III.....	28
5.1.4	Experiência IV.....	29
6	CONCLUSÃO	33
7	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O trabalho aqui apresentado tem por objetivo mostrar o problema das filas na saúde, em particular a experiência vivida na Unidade de Saúde Vereador Romildo Gomes, no município do Recife, mostrando suas variações desde a proposta humanizadora do SUS até o acesso de entrada propriamente dito nas unidades de saúde. Foi motivado pelo meu engajamento na gerência da unidade, ao longo dos últimos 20 anos, e a busca pela resolução do problema, propondo-se a relatar os caminhos trilhados para a redução de filas. A percepção e a vivência da humilhação, da fome, da miséria, da falta de justiça, da falta de acolhimento, da negligência à saúde, tudo isso são motivos que levaram ao meu relato.

2 A SAÚDE COMO DIREITO E SUAS IMPLICAÇÕES

Em 1988, foi instituído o SUS, promulgado na Constituição em Outubro, prevendo, entre outras atribuições, que o SUS, nas três esferas de governo, deve buscar dar ocorrência à idéia de sistema, inclusive com a transferência das ações de Saúde para o gerenciamento dos municípios, com redes próprias e competências definidas.

O processo de reforma do Sistema de Saúde Brasileiro tem como objetivo ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde, a participação da comunidade na gestão, além de buscar um sistema de Saúde universal. A constituição de 1988 reafirma o conceito de descentralização para a esfera municipal, com autonomia e participação da comunidade (ANDRADE et al, 2001). Quanto ao estado e à união, cabe garantir a gestão técnica e financeira em complemento às responsabilidades municipais.

Para os municípios, as barreiras para a implantação definitiva da descentralização ocorrem, sobretudo por questões financeiras e técnicas dos governos municipais, (ANDRADE et al, 2001). A Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, publicada em Dezembro de 1990, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde e para o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras, estabelecendo participação da comunidade e as formas de financiamento do setor Saúde. Estabelece ainda o planejamento ascendente, do nível local até o federal, adequando as necessidades das políticas de saúde com disponibilidade dos recursos nos três níveis de governo, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de doenças, assim como promover o acesso à promoção, proteção e recuperação da Saúde individual e coletiva da população.

Verifica-se, portanto, que as normas subsequentes do SUS tiveram por intenção o aprofundamento do processo de descentralização e de municipalização, com questões para nortear os gestores na consolidação do SUS e de seus princípios e diretrizes através da mudança de modelo assistencial.

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

O tema de qualquer de qualquer modelo de atenção à saúde faz referencia não à programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos

atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MERHY, 2000 p.2).

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para a mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos da chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível racional e trouxeram novas questões para a reflexão.

Entre estas questões, destaca-se a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a idéia predominante envolve uma imagem em pirâmide, para atenção à saúde, bem como a idéia de complexidade crescente em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde. Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre vários níveis por meio de mecanismos formais de referencia e contra-referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência).

E por que tem sido tão difícil articular os diferentes serviços do sistema de saúde? Por que não se consegue assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades? São varias as explicações. Por um lado, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela é desvalorizada. Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhando com uma base formulada pela atenção básica e o topo pelos serviços de “alta densidade tecnológica” (concentração de equipamento de recursos técnicos).

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

A maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde. Uma mudança importante será

desenvolver praticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação.

Outra mudança será visualizar os serviços básicos, os ambulatorios de especialidades e hospitais gerais ou especializados, formando um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Por fim, obviamente, é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde. No lugar formal e burocrático da pirâmide podem ser desenhados os mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços já se dispõe, de quais as características da população e quais as possibilidades de investimento e apoio, estrutura e os processos de gestão também se constituem em grandes desafios.

Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais. As instâncias formais de pactuação entre gestores (comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção.

Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar gestões participativas, que possam contribuir para a ampliação da autonomia do usuário e a garantia da integralidade na atenção à saúde. Esta última questão, a integralidade na atenção, desde os anos 80 vem sendo colocada como desafio nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário.

Primeiro, foi pensada em termos de uma articulação entre aparatos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores publico e privado na produção dos cuidados de assistência médica, ou entre os sub-setores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior do próprio setor público de serviços. Depois, foi pensada como um problema de gerência de serviços.

De qualquer modo, a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade de ação pública, isto é, as intervenções que consolidaram o Sistema Único de Saúde Brasileiro, o SUS. E, neste plano, a ação pode ser pensada em duas esferas; a ação norteadora de “projetos técnico-sociais”, e a ação que os realiza em serviços produzindo diretamente cuidados, desenhando as organizações compatíveis com o modelo

assistencial de saúde antevisto como projeto e, ao mesmo tempo, social.

As ações de saúde vêm ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. Quando se busca solução para um problema de saúde, quando se recorre a um médico a um posto de saúde, a um hospital, o resultado obtido é fruto dessa complexa e imbricada relação. Os múltiplos aspectos que interagem mutuamente concorrem, por um lado, para a disponibilidade de um determinado conjunto de ações e serviços ou, por outro lado, para o surgimento de dificuldades de acesso aos mesmos.

Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira" de luta, parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001).

Nesse contexto, a estratégia de Saúde da Família traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal, como estruturadora de um modelo que garanta a tão desejada integralidade na saúde.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como caminho para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF seja a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica – que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviço de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: Universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. .

Como consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

3 A MUDANÇA DE PRÁTICAS DO HUMANIZASUS E O ACOLHIMENTO

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi formulada. Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Fazer um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Representa a defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS que seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; a luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um, na qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento. Na prática, o resultado esperados é justamente a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e tenha uma garantia dos direitos dos usuários, com valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços (PERNAMBUCO, 2009).

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não têm local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. O acolhimento é a escuta qualificada e a postura cidadã e humanizada dada a todo o usuário que procura a Unidade de Saúde. Está relacionada tanto com a atitude individual de cada profissional de saúde, como também na reorganização do processo de trabalho do serviço, de forma a facilitar a escuta dos usuários que o procuram e a resolução de seus problemas. Nesse sentido, cada Unidade de saúde fica responsável em dar uma resposta positiva às necessidades trazidas pelos usuários.

São princípios do acolhimento:

- O acesso inteligente, em que todo usuário que procura a unidade de saúde deve ser acolhido na escuta qualificada (com construção de vínculo e reconhecimento do outro enquanto sujeito);
- A escuta e construção de vínculo, em que a unidade de saúde além de acolher, identifica outras necessidades de saúde, ampliando, inclusive, sua capacidade de fazer isso.
- A avaliação de risco e vulnerabilidade, em que algumas pessoas devem ter mais prioridade de atendimento que outras, dependendo da gravidade do caso. A resposta positiva, onde o usuário após receber a escuta qualificada, uma resposta positiva deve ser dada, que vise responder o problema do usuário. Assim, este sentirá a sensação de ter a sua necessidade acolhida, tendo segurança que seus problemas foram ou serão resolvidos (PERNAMBUCO, 2009).

O alívio de uma dor aguda, física ou psíquica, é com certeza uma atitude acolhedora do profissional e do serviço de saúde.

Também compõe o acolhimento, a multiprofissionalidade e inter disciplinaridade significando o trabalho em equipe de forma integrada: ouvir, vincular-se e responsabilizar-se, fundamentos do trabalho em saúde e práticas integrais, efetivando de fato a atuação em equipe.

O acolhimento tem características próprias como é fundamental perceber a diferença entre acolhimento e triagem. Nessa última, a pergunta central feita é “o usuário tem o perfil do serviço? É para entrar?”, no acolhimento, a pergunta central é “qual a melhor oferta para o usuário?”, como o serviço e a rede SUS como um todo se responsabilizam em garantir a efetivação desta oferta. Espera-se que as unidades de saúde preste à população atenção integral de modo oportuno e qualificado, num modelo que prevê a descrição de clientela, responsabilização, vinculação e atendimento integral para possibilitar a entrada e o atendimento dos usuários da demanda espontânea, sobretudo aqueles com casos eventuais e agudos (PERNAMBUCO, 2009).

O acolhimento é também um momento para marcar consultas. A regulação do acesso às consultas agendadas é feita pelo critério de” quem chega primeiro”. O acolhimento é um momento de postura para identificar as necessidades de saúde, além das demandas saúde. A forma como o usuário se apresenta na unidade de saúde ou na consulta é através do pedido de algum procedimento, que por trás destas demandas existem necessidades de saúde que devem ser analisadas pelo profissional de saúde com vistas a decidir sobre a melhor oferta da rede para aquele usuário. O acolhimento deve ser uma ação de inclusão inteligente dos usuários no SUS. As práticas clínicas devem ser guiadas pela escuta, construção de vínculo e protocolos clínicos, de forma a resolver o problema do usuário.

No caso de usuários que não são da área de abrangência de uma unidade de saúde, entende-se que devam ser acolhidos pela equipe, sempre analisando se aquele caso merece uma intervenção imediata ou não.

Independente de o caso ser urgente ou não, deve-se tentar vincular o usuário à unidade de referência, garantindo sempre que possível, um encaminhamento seguro, em coresponsabilidade com o Distrito Sanitário.

Na Secretaria de Saúde do Recife, com a finalidade de apoiar as Unidades Básicas de Saúde na reformulação de seus processos de trabalho, no sentido de produzir práticas acolhedoras, foi idealizada uma Cartilha de Acolhimento – Recife em Defesa da Vida. Esta cartilha objetiva servir como mais um apoio neste sentido. É uma ferramenta para o trabalho que poderia e poderá ser formulada à medida que é utilizada no dia-a-dia, complementarmente às capacitações e avaliações coletivas.

3.1 A Saúde no Recife

Recife, capital do estado de Pernambuco, possui uma composição territorial diversificada, estando dividida em 94 bairros, agregados em 06 regiões político-administrativas, que correspondem aos Distritos Sanitários gerenciados pela Secretaria de Saúde.

O município apresenta áreas de desigualdade social, com áreas altamente valorizadas e áreas com infra-estrutura precária e população pobre.

A prefeitura do Recife tem investido fortemente na Saúde, garantindo o financiamento de acordo com a emenda constitucional 29. Esse esforço se expressa na ampliação dos gastos com saúde em 7,3 vezes no período entre 2000 e 2008 (29,6 milhões em 2000 e 216 milhões em 2008), segundo dados do SIOPS.

Como fruto desse esforço, a secretaria de saúde teve seu escopo de atuação ampliado, realizou concurso público para todas as categorias, incluindo o PACS e PSF; criou a mesa de negociação permanente, Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV, e desenvolveu várias estratégias de capacitação dos servidores, incluindo cursos de especialização, como o de Saúde da Família. Além disso, no período entre 2001 e 2009, ampliou 9 vezes o número de equipes de saúde da família, introduzindo as equipes de saúde bucal, antes inexistentes. Desta forma, ampliou a cobertura de sua principal porta de entrada no sistema de saúde: a atenção básica, composta por Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais

(PERNAMBUCO, 2010).

Além disso, o município desenvolveu uma estratégia de consolidação do Modelo de Atenção à Saúde vinculado à idéia de Cidades Saudáveis, o que está descrito nos Planos Municipais de 2002-2005 e 2006-2009, investindo na consolidação da vigilância em saúde, incluindo a criação de um inovador programa de saúde ambiental, e no fortalecimento de ações de intervenção sobre os principais agravos à saúde, como a filariose e a mortalidade infantil (PERNAMBUCO, 2002, 2006).

Na atual gestão, seguindo o debate nacional de qualificação da atenção básica, o município tem buscado investir na garantia de acesso às ações e serviços de saúde, segundo a cartilha “Recife em defesa da vida”, e no acolhimento, que valoriza os cuidados com as pessoas como proposta de modo de funcionar a rede de saúde, sem esquecer a finalidade que são os trabalhadores da rede, s usuários e o próprio fortalecimento do SUS. É importante, apesar de ser uma citação longa, citar o que a mesma cartilha coloca como um compromisso ético-político da saúde na defesa da vida:

Qualificar o sistema de co-gestão;

- Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção;
- Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- Fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade;
- Considerar nossa diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia;
- Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais;
- Implantar as diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada;
- Melhorar a interação entre as equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção (PERNAMBUCO, 2009).

Percebe-se, portanto, a proposta de redirecionar o “olhar” da rede para o usuário e suas singularidades, como mais importante que o “diagnóstico epidemiológico”, embora este não seja abandonado. Neste contexto, o acolhimento assume um papel relevante, pois pode qualificar e redirecionar a relação entre serviços e usuários.

4 O PROBLEMA DA FILA NA LITERATURA

O problema da fila é muito citado e muito pouco analisado em profundidade em trabalhos acadêmicos, sempre aparece nos trabalhos agregado a algum tema, como sintoma de problemas organizacionais e estruturais do sistema de saúde.

Num levantamento inicial no Google, buscou-se pelas palavras chaves “Problemas de Filas no SUS”, e o resultado apresentado constou de 9.710.000 resultados. Analisando os vinte primeiros resultados, quinze consistiam em matérias jornalísticas, e cinco de comentários em blogs. É, portanto, um problema que está na agenda da população. As manchetes encontradas, nos 20 primeiros resultados, descrevem filas para marcação de diversas etiologias, como por exemplo: exames, consultas médicas, cirurgias, transplantes, etc. Relatam mortes nas filas, além de reclamações solidárias, revoltas, descaso pelo fato de que saúde não pode esperar, promessas em acabar com as filas através de programas (Programa – Fila Zero), tele consultas, construção de novas unidades de saúde, mutirões, relatos que o tribunal de contas de um município fez auditoria nas filas e que a conclusão é um descaso, etc.

O levantamento realizado em biblioteca não resultou em nenhum trabalho acadêmico especificamente direcionado ao problema da fila, embora uma grande diversidade cite o problema e trate de assuntos correlatos e estratégias de organização da rede.

No SCIELO, a palavra-chave “filas”, apresentou 54 resultados, alguns foram direcionados para a questão na saúde, sendo que 52 tratavam das filas para transplantes e cirurgias, que são “filas digitais”, e dois tratavam de filas presenciais em unidades de saúde. Estes últimos, da área de psicologia, ambos dos autores Fabio Iglesias e Hartmut Günther abordam a questão da fila, à luz da psicologia social, como um sistema social, descrevendo suas características e funções na sociedade. Os demais textos utilizados como suporte teórico a este relato, não lidam diretamente com a questão da fila: Os temas abordados evidenciam os aspectos relacionados, avaliação do atendimento, desigualdades sócio-econômicas, queixas no atendimento médico e demora no atendimento.

4.1 Filas – Conceitos

Na psicologia social, o tema fila de espera é um sistema social, um fenômeno ubíquo, e, que pode ser tanto tema quanto palco de estudos da psicologia:

A fila de espera assume inúmeras funções na alocação de recursos na vida urbana como espaço, tempo, serviços e produtos. Suas configurações variam desde a típica fila presencial, aquelas em que as pessoas aguardam em pé uma atrás das outras, até formas implícitas de organização da espera, como aquelas geradas por tecnologias de comunicação remota providas pelo telefone e pela internet (IGLESIAS et al, 2007).

Portanto, a fila de espera constitui uma etapa inevitável em inúmeras situações da vida urbana, cumprindo a função de alocar serviços, produtos, espaço e organizar interações. No entanto, a fila de espera pode ser considerada, também, um sistema social específico (IGLESIAS et al, 2007). A fila expõe os usuários a comportamentos diversos. Como também em outras diversas funções que se estendem a temas políticos, econômicos, sociológicos e antropológicos. A natureza da fila, entretanto, é uma questão social.

Filas organizam o acesso baseado num princípio igualitário quando não há como atender ao mesmo tempo certo número de pessoas, protegendo assim a prioridade dos que chegam antes (IGLESIAS et al, 2007).

As filas podem ser classificadas em presenciais ou não- presenciais, e ainda, em filas únicas ou filas múltiplas. Filas presenciais são aquelas que os usuários permanecem em pé, atrás do que chegam antes, mas podem ser incluídas nessa primeira classificação, as filas organizadas por agendamento prévio ou por sistema de senhas (fichas). Embora presenciais para o atendimento, elas liberam o usuário de permanecer em determinada posição com garantia de prioridade. Já as filas não presenciais dispensam a presença física do usuário, que muitas vezes sequer tem a informação sobre o processo de atendimento, o tempo previsto de espera ou o número de pessoas à frente.

A fila única é aquela em que os usuários formam uma única seqüência, posicionando- se uns atrás dos outros conforme a ordem de chegada, podendo haver mais de um guichê de atendimento, mas o acesso a qualquer um deles é definido de maneira quase randômica, dependendo do momento em que o usuário chega ao início da fila. Já as filas múltiplas são aquelas que se formam individualmente para cada guichê de atendimento, que podem não garantir a prioridade por ordem de chegada, mas podem ser importantes para que os usuários escolham onde e por quem desejam ser atendidos.

A fila de um modo geral é muito pouco investigada, estudada. A fila de espera os usuários se comportam de maneira social.

Normas sociais descritivas e normas sociais injuntivas. As descritivas expressam aquilo que está sendo feito. As injuntivas são aquelas que expressam aquilo que é comumente aprovado ou desaprovado, antecipando recompensas e punições em função do comportamento exercido (IGLESIAS et al, 2007).

É comum a presença de intrusões, com a figura do popular “fura fila”. Intrusões rompem com normas socialmente compartilhadas quanto à prioridade de atendimento, geralmente baseada na ordem de chegada ao local. Segundo Iglesias et al. (2007) contrapuseram dois tipos de explicação para as reações quando ocorre intrusões em filas: representam perdas individuais, na forma de mais tempo de espera ou até não encontrar mais o produto ou serviço desejado. Intrusões representam ultrajes morais, sendo a fila um sistema social, no qual os usuários reagem em termos de representações sociais sobre os eventos envolvidos. Os autores apontam, ainda, que sentimentos de injustiça podem ocorrer mesmo quando as normas rompidas não prejudicam realmente aquele que observa o evento, por exemplo, ao presenciar uma intrusão na fila ao lado, algo que não interfere no andamento de sua própria fila. Iglesias e Günther (2005a) investigaram o incômodo de usuários com situações de intrusão em um ambiente onde as normas sociais descritivas e injuntivas eram bastante discrepantes. Nas filas estudadas verificou-se uma frequência muito alta de intrusões, sugerindo uma norma descritiva de que se pode “furar filas”, mas ao mesmo tempo é quase um consenso o fato de que intrusões devem ser censuradas (norma injuntiva), tendo em vista que rompem com a ordem de chegada definida pela posição na fila. A própria configuração espacial da fila favorece esse padrão, visto que cada usuário é quase que obrigado a focar nas costas daquele à sua frente, sem muitas oportunidades de interação. Por outro lado, estar em grupo na fila ou numa situação de espera em que se encontram pessoas conhecidas já transforma as normas sociais que operam em relação a comportamentos como guardar lugar na fila, garantir território ou reagir a intrusos. Abandonar a posição na fila, para valer-se de outro serviço enquanto espera pelo primeiro é algo que ocorre muito mais frequentemente em grupo, já que não há perigo de se perder a posição quando a fila é grande.

Algumas perguntas não resolvidas. Está em aberto: se pode guardar lugar na fila para usuários que ainda não chegaram ao local ou que marcaram sua posição e se ausentaram para outras atividades. Existe um tempo máximo de tolerância ou uma posição limite na fila em que se permite a guarda do lugar? Certamente, não há estudos profundos para tal, até hoje, Há casos em que usuários em filas contestam o privilégio de certas pessoas, principalmente quando a condição que os torna privilegiados no acesso não está relacionada diretamente com desconforto de se permanecer em fila, gerando sentimentos de injustiça na em situações de espera em fila. Para o cidadão em fila, o marasmo de certos sistemas de atendimento representa descaso, humilhação e engano, pela impotência diante de processos que muitas vezes desloca a responsabilidade da situação para fatores

ocultos, como a greve de funcionários, a falta de pessoal ou de verbas e as falhas no sistema operacional. Nessas circunstâncias, Dubé-Rioux, Schmitt e Le-clerc, citados por Iglesias e Günther (2007) investigaram o efeito de diferentes causas da demora e da posição na fila sobre a insatisfação de usuários e sobre sua propensão a reagir. Usando cenários e escalas, verificaram que a demora gerada pela ação de um intruso na fila gera maiores reações do que um atraso comum por lerdeza ou qualquer outro motivo relacionado aos próprios usuários atendidos. Segundo esses autores, trata-se de uma questão de atribuição de causalidade atrelada ao significado da demora, uma vez que um atraso é mais uma questão de educação e boas maneiras do que a violação de normas sociais, como no caso da intrusão (IGLESIAS; GÜNTHER, 2007).

É de fundamental importância para o gestor assegurar que a responsabilidade pela organização da fila não seja deixada para os próprios usuários, mas para o serviço de atendimento (IGLESIAS; GÜNTHER, 2007).

Embora haja grandes avanços tecnológicos e estratégias que buscam eliminar progressivamente a necessidade de filas presenciais, estas continuam a construir um grave problema em áreas como saúde, serviços bancários, transporte público e previdência social, entre outros. É gritante a saúde entrar na fila presencial, virtual, única ou múltipla, enfim uma fila em busca de SUS e VIDA.

Um momento de avanço e conquistas sociais, uma política baseada nos princípios do SUS, um sistema de saúde, um modelo de atenção à saúde, em que todos acreditem, e façam valer seus propósitos, é o que vem se buscando, dia a dia, na construção do sistema de saúde de Recife.

O problema das filas nas unidades de saúde vem se arrastando durante anos, já que fila é um problema que está na agenda da população. As limitações para o acesso evidenciam filas e insatisfações, em que parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades, expondo o usuário a riscos, ocasionando sentimento de medo e constrangimento.

A fila na saúde tem implicações na visão do usuário em relação ao sistema, pois é considerada a porta de entrada, de acesso aos serviços de saúde onde milhões de brasileiros caminham em busca de um atendimento digno e resolutividade no atendimento “porta de entrada”.

Para Coelho et al, (2007) “O acesso, acolhimento e o vínculo visam uma mudança quanto as dificuldades enfrentadas pelas pessoas para chegarem ao local de atendimento, receberem uma informação adequada por parte do serviço de saúde, conseguirem uma consulta e, mediante agendamento garantirem seu retorno. Com isso evitaremos determinados aborrecimentos como o fato de

dormirem nas filas ou deixarem de ser atendidos”. “A entrada para os serviços de saúde é justamente a união do acesso, acolhimento e o vínculo certamente geram mudanças e o simples fato de darmos boas vindas faz com que o usuário relate confiança de resolver suas reais necessidades no acesso”. Devemos ter consciência do outro em sua individualidade, como ser singular (COELHO et al, 2007).

Muitas vezes o respeito e o diálogo é um processo de construção na saúde, onde a porta de entrada é a fila, através de diálogo entre o trabalhador de saúde e o usuário poderá estar a solução de diminuição das filas.

Segundo Souza et al, (2008) “Na unidade básica de saúde acessibilidade foi percebida pelos profissionais como de responsabilidade dissociada e externa ao cuidado, com ênfase nas normas institucionais e necessidade de ampliação do número de especialistas, centrada no atendimento médico e na co-participação dos demais profissionais da equipe de inserção “obrigatório” do usuário na fila de espera”.

Daí, a grande demanda no acesso à unidade básica de saúde, predominantemente espontânea, expressando sofrimento para os usuários e profissionais. Segue o trabalho de Souza et al. (2008), diz que “as limitações para o acesso evidenciam filas e insatisfações...”, comprovando, assim, a dificuldade ao acesso às consultas implicando cada vez mais o aumento das filas e o “dormir na fila” nas madrugadas. A ampliação da rede básica contribuiu acessibilidade geográfica, evidenciou-se assim uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. O conflito se acentua quando há demanda reprimida, tendendo a crescer com a maior acessibilidade aos serviços de saúde proporcionada pelos postos de Saúde da Família e pelos centros de saúde tradicionais, sem discriminação de clientela. Segundo Ayres (2005) “nas unidades básicas de saúde, o dispositivo do acolhimento e desconhecido[...]”.

Um dado bastante expressivo na acessibilidade dos serviços de saúde são as dificuldades no nível da atenção básica, os “estrangulamentos assistenciais”. “Longos tempos de espera, filas (também virtuais), demora no recebimento de exames, são grandes desafios, na busca da integralidade da atenção [...]” (ROCHA, et al, 2008). Muitos abandonos ou desassistências ao se chamar os usuários de saúde mental da fila de espera (COSTA-ROSA et al, 2004).

No ingresso nas unidades de saúde existem variações quanto à conduta adquirida em cada unidade, dificuldades onde a expansão de cobertura da estratégia ainda é restrita, e, com grandes áreas descobertas, prevalecendo o trabalho em saúde com moldes tradicionais centrados na consulta médica por meio de filas com distribuição para demanda aberta. Isso gerado pela desproporção entre, oferta, capacidade de atendimento e demanda, causando descontinuidade na atenção e no acesso aos encaminhamentos.

A fila de primeiro acesso as unidades deixou de ser problema central, mas outras filas foram construídas à medida que novas demandas tem se acumulado, devido ao aumento da demanda e aumento da oferta de serviços, associado à postura do usuário. Hoje encontramos um usuário mais participativo. As informatizações no agendamento trouxeram as “filas virtuais”.

As filas além de causar transtornos aos usuários por se posicionarem um atrás do outro, espera ao relento onde lançam trazeres colchões “espumas”, cobertores, caixas de papelão aberta, comidas, cigarros e similares, bebidas, copos, sacos plásticos, etc. Muitas vezes trazendo consigo menores, idosos e deficientes. Deixando para trás o lixo na frente das unidades. Ao abrir a unidade no horário previsto, outro tumulto, acesso complicado por parte dos usuários x trabalhadores, muitas vezes terem que fazer parceria com a guarda municipal ou polícia militar a fim de manter a ordem.

5 RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE SAÚDE ROMILDO GOMES

A unidade de Saúde Vereador Romildo Gomes (RG) é uma unidade de saúde tradicional, caminhando para se tornar Policlínica de Especialidades, da Secretária de Saúde do município da Cidade do Recife. Localizada no bairro da Imbiribeira, pertencente ao Distrito Sanitário 6, microrregião 6.1. A Unidade tem em sua área de abrangência os bairros: da Imbiribeira, com uma população de 46.471 hab. e 655,6 hect de área, Ipsep com 25.714 hab. de população e 179,5 hect. de área, às quais se agregam as áreas descobertas: Residencial Boa Viagem, Residencial Via Mangue (IBGE, 2000). É referência de todo o Distrito Sanitário 6 (DS-6) no “Plano de Atenção Básica – 2009”, e atende todo território do DS-6 nas especialidades. O Romildo Gomes se expande nessa demanda aos atendimentos dos 06 Postos de Saúde da Família, 01 CAPS 24hs – Espaço David Capistrano, 01 CAPS AD Professor José Lucena, 01 Casa do meio do Cominho Antonio Nery Filho, 01 Residencia Terapêutica – Projeto Rehabitar, 02 Academia da Cidade (Pólo Lagoa do Araçá e Pólo Ipsep). A média total de atendimento é de 7.500 atendimentos/mês, e por profissionais 77/mês (Recife, 2010).

Depois de um longo período de luta comunitária, o prédio da unidade foi construído em terreno próprio da Prefeitura da Cidade do Recife, por se tratar de uma unidade tradicional a estrutura física ficou assim determinada: 01 recepção/SAME, 05 banheiros, 02 salas administração, 09 consultórios médicos, 01 sala laboratório, 01 sala de vacina, 01 sala de curativo, 01 sala de prevenção, 01 CME, 01 almoxarifado, 01 cozinha, 01 área de serviço, 02 salas de odontologia (CEO), 01 farmácia, estacionamento para 10 carros, 01 poço artesiano do Geraldão mais a Compesa que abastece de água na unidade, sistema de iluminação dentro e fora da unidade apropriada para o local, sistema de vigilância diário: noturno (empresa TRANSVAL) e diurno (Guarda Municipal).

A unidade dispõe de um corpo de profissionais qualificados: 02 clínicos, 03 ginecologistas, 04 pediatras, 01 gastroenterologista, 03 dermatologistas, 01 geriatra, 01 psiquiatra, 01 cardiologista, 01 acupunturista, 01 nutricionista, 01 terapeuta ocupacional, 01 enfermeira, 04 dentistas (01- clínico 01 odontopediatra, 01 periodontista, 01 endodontista), 02 ACD, 03 psicólogos, 01 farmacêutica, 01 técnica de farmácia (contrato), 06 técnicos de enfermagem, 04 agentes administrativos, 01 recepcionista (empresa LIBER), 02 auxiliares de limpeza (empresa LIBER), 01 administradora, 01 gerente.

Atualmente a unidade, com o passar das chuvas, passará por pequenos reparos no teto e paredes, onde deverá iniciar os futuros espaços de acolhimento e o término do fumódromo. Além disso, se for consolidada a estratégia de tornar-se Policlínica, a unidade necessitará de uma ampliação na sua estrutura, inclusive devido ao aumento diário da demanda, conseqüente ao aumento de profissionais.

5.1 A Experiência Gerencial no Romildo Gomes e as Filas

Este texto trata da experiência desenvolvida à frente da gerência da Unidade de Saúde Romildo Gomes – RG ao longo dos últimos 20 anos. A unidade, situada por não ser diferente das outras unidades, tinha, nos anos 1990 sérios problemas quanto ao acesso dos usuários a seus serviços de saúde, evidenciados na existência de longas filas e insatisfações por parte da população. Inicialmente, a unidade estava situada dentro das dependências do Ginásio de Esportes Geraldo Magalhães, o popular Geraldão, onde todas as dificuldades geravam uma mudança de comportamento do gestor e do usuário.

Foram feitas várias tentativas de atender bem o usuário nas filas, que se formavam na busca dos usuários por uma equipe médica para resolver seus problemas de saúde. Na época, não havia distritos sanitários, nem tão pouca territorialização do atendimento, e a demanda era espontânea de todas as regiões do Recife. Em função disto, quem direcionava as filas em todos os aspectos (hora, tipo, etc.) era a gerência do Geraldão, que, por se tratar de uma autarquia da Prefeitura do Recife, assumia maior peso na relação com o serviço de saúde.

Alegava-se que se tratava de um ginásio de esportes, frequentado por pessoas saudáveis e que, em contrapartida, a unidade de saúde atraía “doentes” para o mesmo ambiente, trazendo riscos de adoecimento aos desportistas. Cabia, portanto, aos usuários a ocupação de espaços reservados e limitados.

Gerenciar tal situação, em que a fila também tinha um complicador no espaço a ser ocupado, era complicado, uma vez que o SUS é universal. Contudo, por parte da outra Secretaria não havia sensibilidade para a idéia de acolhimento. As filas se comportavam de forma “especial”, dentro da cúpula do ginásio, em fila única e, posteriormente, os usuários eram levados aos guichês. Outras vezes, era possível formar fila múltipla nos guichês, e às vezes, quando havia competições esportivas, não era possível o atendimento.

Em 1995, surge a implantação do Distrito Sanitário 6, com suas equipes, definição de bairros e micro-regiões. São criados os departamentos de atenção à saúde, vigilância à saúde e articulação comunitária, dentro da gerência distrital. Esses departamentos iniciam o debate em relação a soluções para a fila no CSRG, definido pela construção da atual sede da unidade, fora das instalações do Geraldão. No mesmo período, foram inauguradas 3 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF Dancing Days, PSF Sítio Grande e PSF Ilha de Deus), na mesma micro-região em que está situado o Romildo Gomes.

Em 17 de julho de 1998 foi inaugurada a nova sede do RG. Nas novas instalações, com nova estrutura física, aparelhagem e equipamentos, mais recursos humanos, houve possibilidade de atender melhor o usuário. Surge uma nova era das filas. Agora com algumas especialidades inseridas na unidade, e com a área de abrangência definida, as filas do RG dobraram de tamanho, uma vez que os PSFs da área ainda passavam por capacitações e treinamentos para o atendimento ao usuário.

As filas iniciaram por especialidades médicas, filas múltiplas, sem referência. O tumulto crescia, uma vez que existiam usuários que buscavam agendamento em mais de uma especialidade, o que demandava o enfrentamento de duas ou mais filas, gerando cada vez mais insatisfações e comércio do local da fila: os vendedores de “vagas” ou de fichas.

A unidade RG passou a receber as especialidades médicas onde não só eram reguladas pela Central de Marcação do Distrito Sanitário 6, como também existia a demanda espontânea à procura no acesso de entrada da unidade, gerando outro tipo de fila. Muitas vezes, serviços como o de odontologia, para o qual a demanda da área descoberta é muito maior que o número de profissionais existentes, gera uma fila na qual, muitas vezes, necessitou-se de segurança para conter o tumulto gerado pelo número de fichas reduzido e coibir a prática da venda de fichas.

Durante o período de 20 anos de vivência da gerência do RG, várias tentativas de reduzir, ou mesmo acabar com as filas foram tentadas. Sempre como fruto da parceria da Secretaria de Saúde do Recife, da equipe do Distrito Sanitário 6, Lideranças Comunitárias e a Gerência do RG.

5.1.1 Experiência I

Ao iniciar novas instalações do RG, os usuários das demandas espontâneas se dirigiam à unidade pela madrugada em busca de um atendimento médico. A abertura do RG é as 7 horas impreterivelmente, filas múltiplas por especialidades médicas. Foram

colocadas placas de identificação com os nomes das especialidades oferecidas (fora da unidade). Cada usuário ficava na fila de sua especialidade pretendida. Ao abrir a unidade, eram conduzidos aos guichês específicos.

Tentativa falha: ocasionalmente ocorreram falhas devido a falta de prioridades, tumulto pelo fato do usuário querer marcar uma especialidade (clínico) e não poder marcar para seu filho (pediatria) e muitas vezes tiveram que fazer a escolha. As filas múltiplas tornaram-se mais organizadas, diminuídas, em compensação sem muita decisão para o usuário. Muitas queixas feitas pelos usuários quando se encerrava a marcação, pois eles não eram informados da quantidade das fichas existentes.

5.1.2 Experiência II

Foram feitas todas as fichas por especialidades. A fila única com prioridades, do lado direito fila única de prioridades, do lado esquerdo fila única normal. As fichas pré marcadas por especialidades eram distribuídas na entrada da abertura do posto, na seguinte seqüência: uma ficha para fila de prioridades intercalando com uma ficha para fila normal (um idoso e um não idoso). De posse da sua ficha segue o usuário para o guichê de marcação.

Tentativa falha: o usuário questionava que ficava na fila por várias horas e não eram informados do número de fichas das especialidades e muitas vezes voltavam sem respostas. Outro tumulto, quando estavam de posse de sua ficha, seguia para os guichês de forma irracional, atropelando idosos e crianças, na esperança de ser o número 1 da marcação.

5.1.3 Experiência III

Fila única com prioridades, conforme a Experiência II, porém com fichas numeradas por especialidades. Um cartaz de identificação colado na frente do posto (no vidro da porta de entrada) onde continham todas as especialidades médicas e número de fichas. “Exemplo: Dr Paulo Rangel (clínico) – 40 fichas”. Isso na tentativa de informar ao usuário com um dia de antecedência a colocação das fichas do posto, e para a organização do usuário.

Tentativa falha: Melhorou no sentido da informação prévia, mas o tumulto de chegada ao guichê de marcação continuou o mesmo. Mesmo sendo avisados que cada

ficha tem uma numeração de atendimento. No acolhimento foi informado todo o processo que o usuário era beneficiado, mas não adiantou.

5.1.4 Experiência IV

Continuaram com a Experiência III, porém com acréscimo dos dias de marcação, os usuários serem separados por prioridades, da seguinte forma:

2^a - feira – TODOS

4^a- feira – PEDIATRIA

6^a-feira – IDOSOS, GESTANTES E DEFICIENTES

Esta é a tentativa que mais se adequou ao sistema de marcação do RG. A qualidade de vida das filas, tornaram-se melhor. Hoje, nos dias de 6^a-feira há encontro de idosos com temas abordados pelos mesmos: a identificação, a conversa, os trabalhos manuais, o incentivo, a Fé, foram alguns desses temas adquiridos com o passar do tempo. Esta é uma fila personalizada com marca registrada do idoso. Na 4^a-feira as mães satisfeitas em ver uma fila única só de crianças, observarem crianças brincando pelos olhares de seus pais é um verdadeiro “parque de diversão”. Facilitando as palestras, distribuição de folders, escova e pasta de dentes, etc.

Os deficientes se sentiram valorizados com o acolhimento dado pela unidade de saúde, tratando-os de maneira igualitária e justa, estimulando-os a por em dia suas carteiras de identificação. Nessa satisfação de ter orgulho de ser deficiente. Na 2^a-feira ficou mais fácil de se trabalhar com essa fila, uma vez que com o acolhimento o usuário sente-se mais satisfeito pela forma como foi ouvido e resolvido seu problema.

Em todas as experiências tentou-se alterar a abertura do atendimento do RG, para 9:00, 12:00 e 15:00 hs, mas a abstenção foi grande, devido ao fato dos mesmos trabalharem neste horário. Contudo, mesmo permanecendo no horário de 7:00 hs, não houve relato de “dormir na fila”, segundo o vigilante do RG e da própria comunidade. O que ainda permanece são os “fura filas” (aquele que guarda o lugar na fila para outro, ou, o que sai da fila por qualquer motivo e volta para o mesmo local), mesmo com o acolhimento é esgotado e explicado todas as possibilidades de como não burlar as leis da fila única. Inclusive a lei de Isaac Newton: “dois corpos não ocupam o mesmo lugar no espaço”, o usuário tem entendido e valorizado seu próprio espaço. Tem-se conseguido de maneira sutil resolver estes problemas com sucesso.

A marca registrada dessas experiências é a presença cotidiana, contínua e constante, na abertura da unidade, da gerente que entrega as fichas aos usuários, dar as boas vindas e o bom dia característico (fala do assunto em manchete daquele dia, se houver falecimentos um minuto de silêncio, etc.), acompanhado do guarda municipal mais o vigilante que acompanha a fila desde o seu início. O “trio humanizado” organiza a porta de entrada da unidade direcionado as filas. Os guichês de marcação com a equipe de agente administrativos, datando as fichas e preenchendo os Boletins de Atendimentos Diário (BDA), se dirigindo ao usuário explicando o dia, a hora, o médico e a especialidade que esta marcado.

A implantação da Regulação Assistencial no município também foi um fator de redução das filas e de melhoria do acesso ao agendamento. Com a implantação do SISREG III acelerou-se inclusive a marcação de cirurgias). Além da organização das cotas por especialidade, a regulação garantiu o agendamento automático das consultas indicadas para o usuário atendido. Desta forma, ao sair do consultório o usuário entrega ao funcionário responsável a ficha de especialidade e recebe a informação de data e hora, posteriormente, por telefone. A volta não precisa passar pela regulação (solicita-se que volte uma semana antes para o agendamento).

Embora haja escassez de profissionais especialistas, mais em umas áreas, como a de otorrinolaringologia, que em outras, a existência da regulação potencializou as especialidades existentes, garantindo o atendimento quase imediato. Só não é imediato porque tem a definição de dias específicos para o agendamento pela regulação. Pretende-se que a interligação da rede, através de conexão com a internet, garanta que isso se torne imediato.

O maior problema atualmente é a fila de psiquiatria, em função do ainda despreparo da unidade para o acolhimento dos usuários que necessitam de uma abordagem especial, além da demanda reprimida. Além disso, a baixa resolutividade de algumas equipes de PSF geram a demanda paralela por atendimento básico no RG.

No período de 2000 até hoje, a gestão democrático popular do prefeito João Paulo e do prefeito João da Costa, já com a infra-estrutura dos CAPS, PSF, Academia da Cidade e Farmácia da Família, dentre outros serviços, houve ampliação da facilidade de acesso do usuário à unidade de saúde RG. As filas se modernizaram-se “com o acesso no acolhimento dos usuários e resolutividade dos problemas de saúde trazidos por ele”.

Ainda permanece em fase de processo de adequação o novo modelo “Recife em defesa pela Vida”.

Na Unidade de Saúde Vereador Romildo Gomes, por não ser diferente das outras tiveram sérios problemas no acesso, evidenciando grandes filas e insatisfações. Resolveu-se organizar o processo de trabalho, oferta e cobertura de serviços da atenção básica, há retaguarda especializada e há regulação de fluxos assistenciais. Diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, resolveu utilizar e tentar colocar em prática a Cartilha da Política de Humanização (HUMANIZASUS), Acolhimento (Recife em Defesa da Vida). Começaram a nortear princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores do posto médico.

A humanização do atendimento implica em transformações políticas, Administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário: de objeto passivo à sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança prestado por trabalhadores responsáveis (ASSIS et al, 1998).

Todos os profissionais da unidade vêm sendo qualificado no acesso inteligente, usuário-acolhido, na escuta qualificada, fazendo parte da agenda diária. As filas foram diminuindo com o passar do tempo, resolvendo o problema daquele que chega primeiro para aquele que precisa mais. Os dias de atendimento, de marcação para consulta, ficaram divididos: fila única para idosos, gestantes e deficientes nos dias de sexta-feira, pediatria nos dias de quarta-feira, e segunda-feira para a população em geral. Com atitudes de escuta, atenção, respeito, gentileza e paciência. Não se conseguiu eliminar totalmente as filas, mas conseguiu-se diminuir em tamanho e tempo de espera. Muitos usuários passaram a ter mais credibilidade na equipe de saúde, e, mesmo que não resolvam seus problemas naquele dia, saem da unidade com a satisfação e a certeza de que voltarão com a garantia de que foram ouvidos e que providencias cabíveis serão tomadas. “O usuário, qualquer que ele seja espera que a relação trabalhador de saúde e usuário seja capaz de gerar Acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema” (MERHY, 1997, p. 122).

O processo encontra-se em construção, mas já estamos com vínculos ampliados e melhora na compreensão dos usuários. A relação serviços – usuário das “filas virtuais”, após tornar o usuário informado do sistema como funciona, definindo os papéis de cada um, reorganizou o serviço de marcação para especialistas, valendo a compreensão e conformidade do usuário.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário

por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Melhoria também nas estruturas físicas da unidade, novo mobiliário, limpeza, ambientes adequados “salas”, sempre atento as paredes, chão e teto, bebedouros, maquinarias, aparelhagens, e a recepção para receber positivamente o usuário. Personalizar o usuário, o fato de dar boas vindas, ele se sentirá mais a vontade em relatar sua real estória. O que o usuário precisa é da informação certa, conseguir resolver o seu problema ou garantir o seu retorno. Isso tudo podemos conseguir com um olhar popular, a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico, para fazer valer os princípios do SUS. O respeito é um processo de construção da saúde, poder trabalhar com o conhecimento popular da comunidade que faz parte da cultura do paciente, onde deverá ser respeitado e jamais rejeitado. “Os profissionais esmeram das capacitações, salários, incentivos, espaço de escuta pela gestão, autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador” (RAMOS: LIMA, 1998).

E porque não acolher?

Acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõe à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é objetivo no futuro (FRANCO, 1997, p. 18).

6 CONCLUSÃO

A experiência de vinte anos à frente da gerência do Centro de Saúde Romildo Gomes – RG vêm mostrando, neste relato, a coragem, a força e a dedicação de se trabalhar com o usuário na resolução dos seus problemas de saúde. Tanto o desenvolvimento da prática de **Acolhimento** como a implantação da **Regulação Assistencial** foram benéficos e primordiais na melhoria de acesso e maior conforto ao usuário, na redução das filas. Os dois caminham paralelamente em busca de uma fila harmônica, tornando-os assim elementos essenciais para o alcance desse resultado. Nos últimos anos, o avanço da Regulação Assistencial na Prefeitura da Cidade do Recife teve uma evolução considerável, visto que o seu sistema foi atualizado ajudando na marcação de consultas, dando assim, uma resposta favorável às filas. O relato deste artigo é expressão das estratégias, tentativas, percepção, e observação dos grupos de pessoas alienadas ao atendimento, que antes se amontoavam na frente do RG, e que hoje se organizam de forma adequada valorizando seu espaço na fila nos seus horários devidos, na certeza de que ali terão a resolução de seus problemas de uma maneira em que serão devidamente ouvidos e acolhidos.

Conclui-se com este relato e com a experiência acumulada, que a fila existe, persiste e resiste. Não como processo de exclusão e sofrimento do usuário, mas como o mecanismo mais democrático de organizar o acesso do usuário ao atendimento, podendo, inclusive ser potencializada como momento de acesso ao usuário, de diálogo e de encontro. O **Acolhimento** é a peça que faltava para dar início ao processo de engrenagem a uma nova era das filas.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M; MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR, C. E. A. (Org). In. Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2005.

ARONSON, E; WILSON, T. D; AKERT, R. M. Psicologia Social. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

ASSIS, M. M. A. As Formas de Produção dos Serviços de Saúde: o público e o privado. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção da Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretária de Atenção á Saúde. Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.105-111, jan./fev.2005.

CAMPOS, G. W. S. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, p. 345- 353, 1999.

FLEURY, S. O. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

IGLESIAS, F; GÜNTHER, H. Comportamento em Filas de Espera: cinco estudos empíricos (resumo). In: Sociedade Brasileira de Psicologia (org). XXXV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Curitiba: autor, 2005.

IGLESIAS, F., GÜNTHER, H. Normas, justiça, atribuição e poder: uma revisão e agenda de pesquisa sobre filas de espera. Estud. Psicol. (Natal), Natal, v. 12, n.1, jan/apr, 2007

MERHY E. E. et AL. O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

PERMANBUCO. Prefeitura Municipal. Atenção Básica à Saúde, Recife em Defesa da Vida. Recife: Editora do Recife, 2009.

REIS, AOA; MARAZINA, I. V; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. Saúde Socied. São Paulo, v. 13, n.3, p. 36-43, set./ dez. 2004.

RIZZOTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, v 55, n.2, p. 196-9, mar./abr. 2002.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.585-597, jul./set. 2005.