



**MESTRADO MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

***“O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO  
DE TRABALHO: UMA ANÁLISE EM DUAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA  
EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO COM MODELOS DISTINTOS  
DE ATENÇÃO”***

*por*

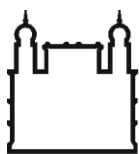
**TARCISO FEIJÓ**

**Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em  
Atenção Primária com ênfase em saúde da família.**

**Orientador Principal: Prof<sup>o</sup>. Dr. Willer Marcondes**

**Segundo Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Valéria Romano**

**Rio de Janeiro  
Outubro, 2013**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

**MESTRADO MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Esta dissertação, intitulada**

***“O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO  
DE TRABALHO: UMA ANÁLISE EM DUAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA  
EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO COM MODELOS DISTINTOS  
DE ATENÇÃO”***

***apresentada por***

**TARCISO FEIJÓ**

**foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:**

**Prof. Dr. Carlos Otávio Fiuza**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline Ferreira**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Cavalcante de Barros**

**Prof. Dr. Luiz Felipe Pinto**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Romano – Segundo orientador**

Dedico esta dissertação ao profissional Agente Comunitário de Saúde. Em especial aos meus eternos ACS do CMS Enfermeira Edma Valadão e CMS Alice Toledo Tibiriçá.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais João Inácio e Maria Rosângela, irmãos e amigos que contribuíram emocionalmente e intelectualmente nesse percurso.

À minha mãe Maria Rosângela, uma pessoa querida, especial, amiga e minha maior incentivadora e admiradora.

Ao meu pai, homem humilde, íntegro e honesto. A minha admiração por você é imensurável.

Aos meus amados irmãos Andréia, Anderson e Josinei pela amizade, generosidade e carinho de sempre.

Aos amigos Fábio e Cristina. Agradeço a Deus todos os dias por ter colocado pessoas como vocês no meu caminho.

Aos amigos Douglas Rodrigues e Francisco Edson pelo apoio recebido e incentivo no período em que convivemos juntos.

Aos Prof. Dr. Willer Marcondes e Valéria Romano, pelo incentivo e pelas contribuições. Vocês foram essências, neste momento, tão importante da minha vida.

Aos profissionais das unidades investigadas, que muito contribuíram e foram essenciais para que este estudo fosse concluído.

A todos os amigos e professores, do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família. Cada encontro foi único e o convívio com vocês foi maravilhoso.

Um agradecimento especial à Deus. Nada se compara ao que tem feito por mim. Sou um homem de sorte por ter suas mãos me amparando e me conduzindo. Obrigado por mais esta conquista.

“Todo ser é potência e a potencialidade de  
cada um se desenvolve na relação.”  
Spinoza

## RESUMO

A temática acolhimento vem sendo objeto de estudo crescente na Atenção Primária em Saúde. O acolhimento tende a ser analisado como política que pressupõe escuta qualificada e classificação de risco de acordo com as necessidades e vulnerabilidades dos usuários, indicando uma carência de discussão teórico-conceitual na literatura que contemple o acolhimento enquanto estratégia para organização do processo de trabalho neste ponto da atenção. Tecemos uma reconstrução teórico metodológica do acolhimento a partir do entendimento da necessidade de coordenação do cuidado a partir do primeiro contato estabelecido no momento acolhimento. O presente estudo tem como objetivo geral analisar o acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho em duas unidades de Atenção Primária em Saúde, sendo uma Módulo A (composta apenas por equipes da Estratégia de Saúde da Família) e outra Módulo B (composta por equipes da Estratégia de Saúde da Família associada ao Posto de Saúde tradicional), no Município do Rio de Janeiro. A pesquisa de natureza qualitativa foi realizada com os profissionais que atuam nas duas unidades de saúde mencionadas. Identificou-se através da análise a importância do acolhimento enquanto tecnologia para ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. Os resultados também revelaram fragilidades no acolhimento relacionadas à postura, envolvimento e comprometimento dos profissionais em responder de forma significativa às demandas dos usuários e permitiu mapear os serviços disponíveis nas unidades e entender a inserção do NASF enquanto dispositivo de apoio para aumento da resolutividade. A necessidade da utilização plena dos serviços disponíveis nas unidades, do apoio gerencial e do desenvolvimento de competências foram vistos como elementos essenciais para organização do processo de trabalho a partir do acolhimento e corroboraram para propor reflexões que reorientem a prática dos profissionais que atuam nas unidades.

**Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde, acolhimento, processo de trabalho, coordenação do cuidado e resolutividade.

## ABSTRACT

The theme receiving has been increasing object of study in primer health attention. The receiving tends to be analyzed such as political that presupposes qualified listening and risk rates according to the needs and vulnerabilities from the users showing a need of theoretical – conceptual discussion on the literature that wants the receiving meanwhile a strategy to the organization of the process of the work at this point of attention. We make a theoretical reconstruction methodological of the receiving following the understanding of the need of coordination from the care coming from the first contact established in the receiving moment. This study has a general analyse the receiving as a tool to the organization of the process of work in two unities such as Primer Health Attention being one of them Mode A (composed just by teams from Family Health Strategy) and other Mode B (composed by teams from Family Health Strategy associated to the traditional Health Care Station) in the county of Rio de Janeiro. The research of the qualitative nature was accomplished with the professionals that act at both unities of health mentioned. It was identified through the analysis of the importancy of receiving as technology to amplify the listening and the diminishing of the fragmentation of care. The results also revealed fragilities in the neatening related to the position, involvement and engagement of the professionals in answering in a meaningful way to the demands of the users and allowed to see the services available at the unities and understand the inception of the NASF meanwhile the device of support to the raise of resolutions. The need of the full use of the competences were seem as basic elements to the organization of the process of work from the receiving and agreed to proposed reflexions that rearrange the practice of the professionals that act at the unities.

**Key – Words:** Primer Attention in Health, Receiving, Process of work, Coordination of care and solving.

## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
<b>Introdução</b>	11
<b>Capítulo I</b>	16
1. Considerações Iniciais	16
1.1 Justificativa/Relevância do estudo	18
1.2 Objeto	18
1.3 Questão norteadora	19
1.4 Objetivo geral	19
1.5 Objetivos específicos	19
1.6 Contribuições do estudo	19
<b>Capítulo II</b>	21
2. Contexto histórico do Sistema Único de Saúde no Brasil	21
2.1 Da criação do Sistema Único de Saúde ao Programa de Saúde da Família	23
2.2 A Estratégia de Saúde da Família	25
<b>Capítulo III</b>	31
3. O acolhimento na Estratégia da Saúde da Família	31
3.1 O acolhimento na prática de uma unidade de Saúde da Família	36
3.2 O gerente e o processo de trabalho comunicativo e de educação permanente	44
3.3 Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família	47
3.4 Comunicação na Estratégia de Saúde da Família	49
<b>Capítulo IV</b>	52
4. Metodologia	52
4.1 Tipo de estudo	52
4.2 Cenário	54
4.3 Sujeitos da pesquisa	55
4.4 Aspectos éticos	56
4.5 Materiais e método	57
4.6 Análise dos dados	58
<b>Capítulo V</b>	61
Resultados e discussão	61
5. O acolhimento na Atenção Primária em Saúde	61
5.1 Entrando no campo: Considerações gerais sobre as unidades de saúde estudadas	62
5.1.1 A unidade módulo A	66
5.1.2 A unidade módulo B	69



5.2	Acolhimento prescrito e acolhimento real na Atenção Primária em duas unidades com modelos distintos de atenção	72
5.3	A utilização plena do acolhimento enquanto ferramenta gerencial: As tecnologias em saúde e o apoio do NASF	77
5.4	As fragilidades percebidas no acolhimento das unidades e sua relação com o processo de trabalho	82
	<b>Considerações finais</b>	88
	<b>Referências</b>	92
	Apêndice 01: Matriz de problemas	102
	Apêndice 02: Roteiro para observação sistemática	106
	Apêndice 03: Roteiro para entrevista	107
	Apêndice 04: Consentimento livre e esclarecido	108
	Apêndice 05: Tabelas temáticas para análise de conteúdo	110
	Apêndice 06: Fluxograma de acolhimento da unidade módulo A	116
	Apêndice 07: Fluxograma de acolhimento da unidade módulo B	117
	Apêndice 08: Mapa de abrangência da unidade módulo A	118
	Apêndice 09: Mapa de abrangência da unidade módulo B	119

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APS- Atenção Primária em Saúde  
ACS- Agente Comunitário de Saúde  
AVS- Agente de Vigilância em Saúde  
CAPS- Caixa de aposentadoria e pensão  
CF- Clínica da Família  
CMS- Centro Municipal de Saúde  
CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
ESF- Estratégia de Saúde da Família  
IAPS- Instituto de Aposentadoria e Pensão  
IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social  
LOPS- Lei Orgânica da Previdência Social  
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PACS- Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PAEG- Plano de Ação Econômico do Governo  
PIB- Produto Interno Bruto  
PND- Plano Nacional de Desenvolvimento  
PNH- Política Nacional de Humanização  
PSF- Programa Saúde da Família  
SIAB: Sistema Nacional de Atenção Básica  
SMSDC/RJ- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro  
SUDS- Sistema Descentralizado Unificado de Saúde  
SUS- Sistema Único de Saúde  
USF- Unidade de Saúde da Família

## INTRODUÇÃO

Valorizar o acolhimento é essencial para organização do processo de trabalho, vez que o mesmo está presente nas relações que são estabelecidas no trabalho em saúde na Atenção Primária em Saúde (APS). Acolhimento, neste estudo quando atrelado ao processo de trabalho deve ser pensado de forma mais abrangente, não delimitando o termo a um mero e simples contato com o usuário que necessita de um atendimento pontual em saúde, outrossim, como uma forma de junto ao usuário encontrar novas possibilidades de satisfação de suas demandas de atenção, que serão necessariamente respondidas face aos serviços que a unidade possui e que por vez o usuário ainda não foi apresentado. O processo de trabalho em saúde é determinado pelas motivações que se estabelecem em serviço, influenciando o envolvimento dos profissionais com a produção de saúde individual e coletiva. Esta produção, por sua vez depende do trabalho desenvolvido por cada profissional, por cada categoria, do envolvimento e do entendimento de que a prática em saúde, especificamente na Atenção Primária é conformada pelas relações que cada um desenvolve, entre eles mesmos e com os usuários do serviço de saúde. Estas relações, uma vez estabelecidas, contribuem para entender a procura pelos serviços de saúde e podem ser fundamentais para o planejamento e para o desenvolvimento de ações voltadas para os usuários. A percepção de como o processo de trabalho vem sendo desenvolvido pode ser traduzida na demanda por atendimento e na satisfação do usuário.

O acolhimento, dentro deste contexto, pode contribuir de forma significativa para organizar e reorientar o processo de trabalho, desde que visto como instrumento capaz de potencializar as relações, possibilitando através do contato entre usuário e o profissional, oportunizar a demanda fazendo-a conhecedora dos dispositivos, serviços, procedimentos e responsabilidades da APS.

Pensando, nestas questões, a finalidade última desta pesquisa é analisar as contribuições do acolhimento para organização das ações e do processo de trabalho em duas unidades de Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Uma unidade Módulo A (apenas equipes de estratégia de saúde da família), situada no Bairro de Anchieta, denominada Clínica da Família Maria de Azevedo Rodrigues Pereira, na área programática 3.3, outra unidade Módulo B (equipes de

estratégia de saúde da família, somando-se aos serviços oferecidos pelo Posto de Saúde Convencional), situada no Bairro de Pavuna, denominada CMS Nascimento Gurgel, na área programática 3.3. Esta análise, por sua vez, considerou as peculiaridades das unidades e foi realizada à luz das referências encontradas sobre acolhimento, processo de trabalho, Atenção Primária em Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro.

Determinante para organização, planejamento e gerenciamento dos serviços oferecidos pela Atenção Primária, o acolhimento nestas duas unidades possui características distintas que acabam por se refletir na organização do processo de trabalho e no atendimento, assim como nas ações e no planejamento de ambas as unidades. Entender o funcionamento destas unidades perpassa pelo momento acolhimento, vez que este abre um canal de comunicação com usuário, como elucida Takemoto e Silva, 2007:

“Quando o serviço abre um canal de escuta com o usuário, abre uma possibilidade para que as pessoas tragam, para dentro do centro de saúde, as suas queixas, os seus problemas e as suas necessidades. Nem sempre é fácil ouvir. É mais fácil trabalhar com uma “queixa clínica”, uma parte do corpo que dói, uma doença que precisa de medicamento. Quando abrimos um espaço para o diálogo com o usuário, por mais reduzido que ele seja, abrimos uma porta para que a “vida lá fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade” (TAKEMOTO e SILVA, 2007, p. 337).

Organizar o processo de trabalho de forma a atender as necessidades de determinada população/comunidade ou até mesmo de determinado usuário é sem dúvida um dos principais desafios encontrados na saúde atualmente. Os diversos pontos de atenção a saúde existentes utilizam-se do acolhimento apenas como direcionador de algumas ações, visando equidade do atendimento e garantia de acesso do usuário aos serviços de saúde que são disponibilizados. Para, Takemoto e Silva (2007) abrir espaço de diálogo no serviço de saúde necessariamente implica estar preparado para os desafios que surgirão a partir das demandas que os mesmos porventura trarão.

Na Atenção Primária em Saúde, especificamente nas unidades que serão utilizadas para investigação, o acolhimento vem se caracterizando como reorientador de práticas em saúde, vez que vem sendo realizado de forma articulada com os serviços disponibilizados pela unidade e em equipe multidisciplinar. As unidades possuem características distintas que acabam por implicar na forma como

o processo de trabalho vem sendo desenvolvido, sendo necessário realizar estudo que permita melhor entendimento no que concerne ao funcionamento das unidades e aponte possíveis potencialidades e dificuldades relacionadas ao acolhimento. Acolher com responsabilidade pressupõe direcionar dentro do sistema único de saúde de forma tal que o usuário consiga transitar no mesmo, conhecendo os serviços que são ofertados, assim como aqueles que não são disponibilizados pela Atenção Primária, mas que outrora podem ser encontrados em outros pontos de atenção. Implica em coordenar o cuidado em saúde que porventura o usuário necessite desde seu ingresso na Atenção Primária, sendo necessário, portanto, conhecer as demandas de atendimento e os dispositivos e ferramentas disponíveis para atender estas demandas. A utilização eficiente destes dispositivos e ferramentas envolve conhecimento, trabalho em equipe, capacidade de se relacionar e fundamentalmente entendimento da organização e da função da APS dentro da rede de atenção em saúde.

Enquanto enfermeiro de uma das equipes de uma unidade módulo B, com 06 equipes de Saúde da Família em atuação, pude observar durante o atendimento as demandas, determinados fatores que apontaram para a motivação deste estudo: fatores de ordem política, social e gerencial, assim como outros relacionados a formação e a postura mediante as demandas observadas, além do envolvimento, responsabilização e entendimento da necessidade de coordenar o cuidado.

Diante destas questões e de acordo com referências bibliográficas que discorrem sobre o assunto foi possível elaborar um quadro de análise com as principais tendências observadas no debate, bem como cotejá-lo à luz de minhas experiências profissionais diretas no serviço, possibilitando uma ampla discussão sobre o tema, neste estudo.

O quadro a seguir, cuja versão na íntegra encontra-se no apêndice 01, visou sistematizar as leituras e apontar caminhos para o itinerário metodológico. Permitiu, ainda, a longo prazo, determinar de que forma tem se dado a organização dos serviços, bem como de que forma o cenário de estudo tem respondido as principais demandas de atendimento sob a ótica do acolhimento. Resgata as principais responsabilidades da APS em geral e contribui para evidenciar fatores que poderiam ser considerados para organização do processo de trabalho.

**QUADRO 01**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>DIFICULDADES LEVANTADAS</b>
Organização do fluxo de atendimento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldade para adesão aos protocolos de atendimento estabelecidos</li> <li>2. Dificuldade de responsabilização pela ESF pelo acolhimento dos usuários da sua área adscrita</li> <li>3. Dificuldade de organização do fluxo de acordo com perfil epidemiológico da área adscrita pela ESF</li> <li>4. Comunicação entre profissionais não é uniforme</li> <li>5. Estabelecimento de fluxo de atendimento/acolhimento ao usuário com participação coletiva de todos os profissionais</li> <li>6. Avaliação periódica do fluxo estabelecido deficiente</li> <li>7. Atuação deficiente do ACS no território informando aos usuários acerca dos serviços ofertados pela unidade, assim como resgatando junto aos mesmos as necessidades de saúde pelas quais a unidade responde.</li> </ol>
Relativos as próprias demandas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento as demandas com classificação de risco x profissionais pouco qualificados para entender/classificar estas demandas</li> <li>2. Dificuldade de adequação da agenda médica e de enfermagem de forma tal que as demandas classificadas sem risco possam ser absorvidas em momento oportuno pela ESF</li> <li>3. Dificuldade de entendimento/aceitação por parte dos usuários no que diz respeito ao acolhimento voltado para classificação de risco</li> <li>4. Grande dificuldade de agendar retorno para os usuários da ESF e para os usuários que não possuem ESF de referência</li> <li>5. Organização do processo de trabalho/agenda prejudicado pelo aumento considerado do escopo de ações pelas quais a ESF é responsável</li> <li>6. Dinâmica de atendimento diferenciado as demandas pelas ESF que atuam na unidade</li> <li>7. Grupos de atendimento a portadores de doenças crônicas, gestantes e outros deficientes ou com baixa adesão.</li> </ol>
Suporte técnico e gerencial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recursos humanos insuficientes para atendimento as demandas que emergem da área sem cobertura pela ESF</li> <li>2. NASF ainda em processo de implantação</li> <li>3. Ausência de apoio matricial</li> <li>4. Dificuldade das ESF em estabelecer parcerias no território devido ao aumento das demandas de atendimento devido insuficiência de recursos humanos</li> <li>5. Reuniões periódicas prejudicadas devido a diversidade de cargas horárias dos profissionais que atuam na unidade, prejudicando a comunicação e circulação de informações profissionais/usuários</li> </ol>
Relativos a ordenação do cuidado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldade de integração entre APS e outros pontos de atenção</li> <li>2. Dificuldade para referenciamento a especialistas (morosidade nas marcações), assim como contra-referência adequada para continuidade do cuidado</li> <li>3. Dificuldade de entendimento pela unidade de que a mesma deve ser a porta de entrada preferencial do usuário para o sistema de saúde</li> <li>4. Deficiência na alimentação do sistema de informação da atenção básica</li> </ol>

Considerando as questões aqui apontadas, a pesquisa procurou analisar o acolhimento nas unidades de estudo, identificando este como dispositivo que contribui para o processo de trabalho, na medida que possibilita organização da porta de entrada, regulação de fluxos e estabelecimento de prioridades no atendimento face a necessidade do usuário. Isto, por sua vez contribui para a construção de um SUS cada vez mais humanizado e qualificado.

## **CAPÍTULO I**

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Na perspectiva da integralidade do cuidado, o acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde. O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem trazendo a expansão e estruturação da oferta dos serviços, os municípios têm assumido desta forma, a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes, sobretudo, na rede de Atenção Primária. Com isto, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas.

É importante destacar que, a despeito da Atenção Primária a Saúde (APS) não ser capaz de oferecer atenção integral isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias. Para isto, a APS precisa ter ou construir disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente.

Fazendo parte dessa política, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde como a Universalidade, Integralidade e Equidade, uma vez que, a partir de uma escuta qualificada o serviço de saúde possibilita identificação das necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário.

As diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro (COSTA; CARBONE 2004). Dentro, desse contexto e considerando o processo de trabalho em saúde, a comunicação assume diferentes papéis e pode ser utilizada como um dos principais instrumentos reorientadores das práticas em saúde. As relações estabelecidas através do processo comunicativo na APS, são capazes de reformular novas idéias e objetivos, permitir o trânsito dessas novas idéias e objetivos, conjugar esforços e alterar a forma de pensar e o agir dos envolvidos no processo.

Araújo (2002), por sua vez pontua que a comunicação em saúde, nos moldes em que tem sido praticada, é um potente veículo de disseminação de uma



lógica mecanicista e fragmentária, que oculta as razões estruturais dos problemas coletivos de saúde e tende a culpabilizar a população pelos seus sofrimentos. Essa noção de comunicação, necessita ser repensada pelos profissionais que atuam na APS, considerando os princípios de responsabilização, ordenação e coordenação do cuidado.

Em relação ao processo de comunicação, Araújo (2002) elucida ainda que:

“A dificuldade dos modelos hegemônicos em darem conta da realidade comunicativa está na sua natureza linear e unidirecional. A comunicação é entendida como um processo de repasse de mensagens de um polo a outro, cuja maior preocupação, além de utilizar códigos reconhecíveis, é eliminar os chamados “ruídos”, as interferências que possam prejudicar a decodificação dessas mensagens” (ARAUJO, 2002, p. 287).

Os modelos assistenciais precisam ser repensados sob a lógica da comunicação visando mudança da práxis no trabalho em saúde. Este, por sua vez, modifica-se, conforme os processos produtivos, e participa das transformações do mundo do trabalho.

Os elementos do processo de trabalho dizem respeito ao que se toma por objeto de trabalho, que podem ser o corpo biológico, a família, o homem em sua condição de existência, entre outros. A depender do que se toma por objeto das ações do trabalho, desenvolve-se uma determinada prática e esta conforma o objeto.

No processo de trabalho podemos também identificar determinados instrumentos e saberes que possibilitam aumentar a capacidade resolutiva dos serviços contribuindo para atendimento das demandas encontradas. A Atenção Primária em Saúde, por exemplo, exige determinados saberes e instrumentos específicos capazes de responder as necessidades de atenção deste ponto da rede.

Produzir saúde considerando as famílias em suas condições concretas de vida requer que tomemos saberes, como os da cultura popular e da educação, produzidos por meio do diálogo, saberes que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização, entre outros (FRANCO e MERHY, 2003). Estes saberes, por sua vez quando identificados de forma oportuna podem ser utilizados como instrumentos fundamentais para a produção da saúde. A comunicação, neste contexto é elemento essencial e permitirá a longo prazo observar que ações ou serviços podem contribuir de forma mais significativa para atender e priorizar as demandas .

## **1.1 – Justificativa/Relevância do Estudo**

As diretrizes do SUS apontam para um cuidado a saúde hierarquizado, descentralizado, com equidade e integralidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), hoje em franca expansão, no Município do Rio de Janeiro apresenta características distintas das demais regiões do País, o que tem contribuído para implantação de uma rede de Atenção Primária em Saúde diversificada nas diversas áreas programáticas do município. A diferença não está na forma como a rede está sendo estruturada fisicamente, uma vez que na prática percebe-se a mesma dinâmica de implantação, mas sim na maneira como têm sido discutidos e caracterizados os diversos serviços oferecidos, face às necessidades encontradas, nos diferentes territórios, aonde a ESF já vem atuando.

Há consenso em que a APS responde por pelo menos 80% dos casos que porventura demandem atendimento. Sabe-se também que para que estas respostas sejam positivas, haja uma necessidade de planejamento e organização dos serviços, visando resolubilidade, ordenação e coordenação do cuidado.

As diversas estratégias de ação encontradas pela Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro visam responder as demandas de atendimento e organizar a atenção dispensada aos usuários dos serviços oferecidos pela APS; no entanto, percebe-se a necessidade de uma análise criteriosa visando observar e identificar de que forma o acolhimento nas unidades que possuem Estratégia de Saúde da Família vem sendo desenvolvido, considerando sua importância para organização do processo de trabalho das unidades.

## **1.2 - Objeto**

O objeto deste estudo é o acolhimento, considerando-o no contexto de duas unidades de Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, sendo uma Módulo A (composta apenas por equipes da Estratégia de Saúde da Família) e outra Módulo B (composta por equipes da Estratégia de Saúde da Família, somando-se aos serviços do posto de saúde convencional).

### **1.3 - Questão norteadora**

De que forma o acolhimento pode contribuir para organização do processo de trabalho na Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro em unidades com modelos distintos de atenção?

### **1.4 - Objetivo Geral**

Analisar o acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho em duas unidades de Atenção Primária em Saúde, sendo uma Módulo A (composta apenas por equipes da Estratégia de Saúde da Família) e outra Módulo B (composta por equipes da Estratégia de Saúde da Família associada ao Posto de Saúde tradicional), no Município do Rio de Janeiro.

### **1.5 – Objetivos Específicos:**

- Identificar as principais fragilidades encontradas no acolhimento nas duas unidades a partir do envolvimento e do entendimento da necessidade de coordenação do cuidado, considerando o primeiro contato do usuário como norteador.
- Mapear através de observação sistemática características específicas do acolhimento e do processo de trabalho nas duas unidades.
- Propor reflexões para a prática profissional visando melhorias para o processo de trabalho.

### **1.6 - Contribuições do Estudo**

Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir no campo da prática, norteadando os profissionais e gestores da Atenção Primária estudada sobre questões relacionadas ao acolhimento na organização do processo de trabalho. Em especial, os resultados poderão contribuir para o aprimoramento e otimização do processo de trabalho, uma vez que será possível identificar possíveis potencialidades e

dificuldades no acolhimento, que poderão ser traduzidas e apresentadas aos trabalhadores e usuários, como desdobramento a favor de uma gestão participativa.

Quanto à população, o estudo poderá contribuir para a melhoria do acolhimento que será traduzida no atendimento, assim como para a compreensão da sua aplicabilidade para organização do trabalho. Permitirá como possibilidade observação pelos profissionais sobre a dinâmica de funcionamento das unidades, contribuindo para responsabilização dos problemas encontrados, o que poderá ser revertido em melhor assistência à população.

Para o ensino e para a pesquisa em saúde, especificamente para o campo da APS, espera-se que o estudo contribua para fomentar debates relacionados à temática do processo de trabalho, valorizando o acolhimento como determinante para organização deste processo nos diferentes cenários de prática onde tem ocorrido uma integração ensino serviço.

## CAPÍTULO II

### 2- Contexto histórico do SUS no Brasil

Na década de 20, pelo processo de industrialização, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década de 30, e unificados para criar o Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) na década de 60 (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000).

Segundo Brasil (2009), o modelo dos IAPs representou uma expansão de cobertura, no sentido de procurar vincular aos Institutos boa parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos. No entanto, alguns segmentos do próprio mercado formal de trabalho não estavam cobertos - sem contar o setor informal, os trabalhadores rurais e outras categorias. Nesse sentido, a vinculação da totalidade dos trabalhadores aos Institutos era somente virtual. Estima-se que apenas 30% da força de trabalho do País, no final dos anos 50, estavam protegidos por algum Instituto.

Em meados de 1960, o Brasil passou por uma queda do Produto Interno Bruto (PIB), aumento da inflação e elevada concentração de renda. Em 1964, a ditadura militar, alinhada a um projeto desenvolvimentista que priorizou o crescimento econômico em detrimento do desenvolvimento social, criou o PAEG (Plano de Ação Econômica do Governo) e conseguiu reduzir a taxa de inflação de 90% para 30% por meio das reformas bancária e tributária e na centralização do poder político e econômico (REGO; MARQUES, 2002).

Foram implementadas ações buscando controlar as contas públicas, aumentando as receitas e reduzindo as despesas, com controle da emissão monetária e de crédito e uma dura política de contenção de salários, o que levou a derrota política dos trabalhadores e assalariados, arrocho salarial, falências e desemprego (REGO; MARQUES, 2002).

Neste período, a Saúde Pública estava orientada pela perspectiva do “sanitarismo campanhista”, que configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias que visou sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960, aprovou-se um regulamento para a criação de um esquema geral de funcionamento e financiamento único para os IAPs existentes (BRASIL, 2008). Para este autor, a LOPS representou, na prática, a cobertura de todos os trabalhadores urbanos.

O Decreto-Lei 72/1966 extinguiu os IAPs, fundindo-os no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que deu início a uma nova fase, caracterizada pela expansão da cobertura dos serviços a categorias ainda não cobertas, como a dos trabalhadores rurais (BRASIL, 2008).

Conforme Mendes (2011), isso justifica, em parte, as ações de inspiração militarista de combate a doenças de massa, mediante a interposição de barreiras que quebrem a relação agente/hospedeiro. Como o INPS caracterizava-se pela prática curativa, individual, assistencialista e especializada, o Brasil passou por altos índices de infecções comuns e desnutrição, bem como enfermidades crônicas e lesões, até o ressurgimento de algumas patologias que se acreditavam superadas.

Mesmo com um intenso crescimento do PIB e da produção industrial, que se beneficiou da presença de capital estrangeiro, na forma de empréstimos, o período de 1968 a 1973 foi marcado pelo agravamento das questões sociais, aumento da concentração de renda e deterioração de alguns indicadores sociais (REGO; MARQUES, 2002).

A agricultura, voltada à exportação, desenvolveu-se, enquanto que a produção de alimentos básicos caiu em relação ao crescimento da população. Consequentemente, não houve mudança qualitativa das condições de vida do povo; os grandes benefícios eram voltados para as classes de maior renda e o salário mínimo havia diminuído em seu valor real de compra.

As consequências dessa política de exclusão social foram o aumento dos acidentes de trabalho, pelas horas extras e grande intensidade de serviço; aumento de pessoas empregadas por família, com a diminuição do salário do chefe de família; agravamento das condições de saúde; agravamento de todo o quadro social, incompatível com o aumento da riqueza nacional (REGO; MARQUES, 2002).

Entre 1975 e 1979 foi criado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Embora fosse a resposta do governo militar à crise conjuntural da economia brasileira, também tinha o objetivo de superar o próprio subdesenvolvimento do

País, eliminando os estrangulamentos estruturais econômicos (REGO; MARQUES, 2002).

A Lei 6.229, elaborada em 1975, organizou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000). Segundo esses autores, essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo.

Para Mendes (2011), isso significou institucionalizar o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, o símbolo do modelo médico, o INAMPS, composto de três subsistemas: “aquele representado pelo governo, simplificado e destinado aos pobres, o subsistema privado e o convênio-empresa” (MENDES, 2011).

Na década de 80, principalmente a partir de 1985, no processo de redemocratização do País, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos chamado Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000). Esses autores ressaltam que o grande marco histórico desse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. Na ocasião, houve consenso de que, para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988.

Em 1990, o INPS passou a ser chamado de Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), passando a ter como atribuições básicas a arrecadação, a administração e o pagamento de benefícios da Previdência Social (BRASIL, 2009).

## **2.1 - Da criação do Sistema Único de Saúde a Estratégia Saúde da Família**

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde representou o instrumento que teve influência em dois processos: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS (1987) e a elaboração da nova Constituição Federal. A partir da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços

de saúde deveriam ser providos por um Sistema Único de Saúde. Estava criado, constitucionalmente, o SUS (Sistema Único de Saúde), regulamentado pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (MENDES, 2011).

Segundo Merhy e Queiroz (1993) houve um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do governo federal, permitindo uma efetiva descentralização.

Foram definidas as seguintes diretrizes: universalidade para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato de organização para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização.

Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; DAL POZ, 1998).

A elaboração do SUS se deu num contexto de instabilidade e crise estrutural que se expressaram por meio da deterioração da situação cambial, da aceleração inflacionária, da recessão e, principalmente, da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais (BRAGA, 1989).

Se antes, cada problema de saúde era definido como tendo uma ou algumas causas, para resolvê-lo, bastava achar a causa e eliminá-la ou corrigí-la por meio de uma intervenção médica. Mas quando a noção de Vigilância à Saúde entra em cena, as estratégias de intervenção passam a incluir a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes, além da atenção curativa (MENDES, 2011).

Segundo Brasil (2001):

“A abordagem da Vigilância à Saúde está se remetendo a uma forma de atuação que tem em vista a cotidianidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais. A atuação, neste caso, não se reduz à espera de sinais de alarme (...), mas da detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde (...), que ganham uma nova dimensão, pois deixam de ser fatores e passam a integrar processos de vida.” (pág. 05)

Em outra publicação Brasil (2001) afirma que a Vigilância à Saúde descreve o que entende-se hoje por perfis epidemiológicos, ou seja, o resultado dos perfis de reprodução social e dos perfis de fortalecimento e desgaste, sendo que os primeiros determinam o processo saúde-doença, enquanto que os segundos já são os resultados do processo instalado.



Recentemente, foi introduzida nesta equação a Educação em Saúde e lançado mão de uma “nova prática sanitária da vigilância da saúde”, para a qual são necessários “o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade” (MENDES, 2011), bases para a instalação da Estratégia de Saúde da Família – ESF. (BRASIL, 2011).

## **2.2- Estratégia de Saúde da Família – ESF**

Campos (1989) aponta que o mercado não poderia ser o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas o planejamento, realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas mas de suas necessidades de saúde. O atendimento seria universal – todos poderiam utilizar o sistema - gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

Em 1991, o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo.

Porém, esta mudança alterou significativamente a demanda por serviços de saúde em relação à oferta, e exigiu – e exige – a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. Oliveira e Colvero (2001) pontuam que, na ESF, sendo a família eleita em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde, para dar conta desse objeto de atenção, cabe à equipe de saúde perceber a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social. Dentro deste cenário, o indivíduo começa a ser visto dentro de um contexto, que envolve a família, o ambiente, assim como outros fatores, que são determinantes para o processo saúde-doença.

A escolha da família como espaço estratégico de atuação é defendida por Franco, Bueno e Merhy (1999), Vasconcellos (1998) e Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), contrapondo-se com Salum (2000), Hareven (1986), Saraceno (1990) e Monteiro (1991). Estes questionam a possibilidade de uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família, que se repercute no plano das políticas públicas e em um contexto onde se privilegiam alguns enquanto outros são abandonados.

Em 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil com o propósito de colaborar decisivamente na organização do SUS, na municipalização, integralidade e participação da comunidade. A previsão era de atender prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde. (Vasconcelos, 1998)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) define que a implantação da ESF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce das doenças, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

A operacionalização da ESF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia (BRASIL, 1997). É dessa forma que a ESF constitui-se em uma estratégia que prioriza ações de saúde do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Com a nova política de atenção básica editada em 2011 percebe-se a importância da ESF no contexto da atenção básica, vez que a mesma:

“É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.” (BRASIL, 2011, p.19)

No mesmo documento ficou determinado que as equipes multiprofissionais sejam compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2011)

Com relação a esse assunto, Franco e Merhy (1999) expõem que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não há garantias de que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada. A estratégia estrutura a mudança centrada no serviço, mas não opera de modo amplo nos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, "é o que define o perfil da assistência".

Tanto é, que, um estudo realizado em 2005 (GUISARDI; FRACOLLI, 2005), demonstra que, ao contrário do preconizado, as equipes da ESF referem (bem como a literatura sobre o assunto), sobrecarga de trabalho da equipe, escuta realizada pelo auxiliar de enfermagem com pouca qualificação para tomada de decisões, alta demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, manutenção do modelo médico-centrado, resolutividade inferior à esperada.

Outra interessante polêmica para nosso debate versa sobre a territorialização e o cadastramento da clientela, também pontuados como princípios da ESF. Referente a isto, Monken e Barcellos (2005) afirmam que:

"O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Essa proposta, contida no novo modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida e considera a delimitação do território apenas uma forma administrativa para a gestão física dos serviços, ou seja, uma forma de negligenciar o conceito de territorialização ao contrário da verdadeira identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção." (Pág. 899)

Por outro lado, o território pode ser utilizado na identificação de novos equipamentos que podem contribuir para aumento dos recursos disponíveis para produção da saúde, tais como: educação, lazer, trabalho, cultura, saneamento básico, dentre outros. (BRASIL, 2001)

Assim, conhecer a realidade das famílias pelas quais a equipe de saúde é responsável, por meio do cadastramento destas e pelo diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde-doença; prestar assistência integral,

respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família (USF), na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, tudo são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde, através do documento BRASIL (1997), no que diz respeito aos princípios do SUS e considerando o que foi exposto acima, desde a implantação da ESF já enfatizava que:

“A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial.” (pág.34)

Dessa forma, a Atenção Primária é caracterizada hoje como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011). É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011). Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011). Devendo ainda, se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. (BRASIL, 2011)

É importante, destacar, dentro deste cenário da saúde da família a importância do termo diagnóstico situacional. O Ministério da Saúde define como atribuição comum de todos os membros da ESF: manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2011).

O diagnóstico situacional de uma unidade de saúde da família nem sempre é realizada pelos gestores. Falta a estes, na maioria das vezes, o conhecimento e o uso de ferramentas gerenciais para o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação oriundos de uma boa percepção de realidade, a qual envolve não apenas a unidade de saúde da família, mas a equipe multiprofissional, os usuários, os moradores daquele território e, eventualmente aqueles que venham a precisar dos serviços de saúde desta unidade. Envolve também a relação entre todas essas pessoas e as demais instâncias de governo, bem como com outros profissionais pertinentes ao processo (especialistas médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, etc.), secretários da saúde, da educação, dos transportes, do meio ambiente e seus respectivos assessores e diretores. O diagnóstico situacional atrelado ao conhecimento pleno do território permite realizar planejamento de ações que podem culminar na organização do processo de trabalho e na realização de intervenções que podem contribuir de forma significativa para a saúde das pessoas. Considerando a necessidade de organização do processo de trabalho, BRASIL (2011) por sua vez, afirma que:

“O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.” (p.20)

Assumir a responsabilidade pela saúde de determinada população, visando atender os principais problemas de saúde de forma resolutiva, mantendo relação de

vínculo e coordenando o cuidado, tem sido um dos principais desafios da APS. Como estratégia, dentro deste contexto surge o acolhimento, que será discutido na sequência e que neste trabalho deve ser considerado como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2010).

## CAPÍTULO III

### 3- O acolhimento na Estratégia de Saúde da Família

O acolhimento é compreendido de forma diferente por diversos autores. Nem sempre as colocações são divergentes, mas por vezes complementares. Neste estudo, o acolhimento será visto não apenas como uma forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas em um recurso para garantia do acesso aos serviços disponíveis pela APS para a população.

Através das demandas de atendimento é possível direcionar algumas ações e orientar determinados serviços de saúde, possibilitando melhor direcionamento dos usuários. Não obstante é necessário pensar acolhimento como um processo fundamental para organização e efetivação da integralidade.

Segundo Poli e Norman (2006) o acolhimento é um instrumento fundamental para operacionalizar a acessibilidade, o que faz com que sejam maiores as razões para que sejam compreendidas as dinâmicas que o envolvem e, conseqüentemente a utilização que se faz dele no processo de trabalho na APS.

Em relação à gestão da agenda na Saúde da Família, esta se organiza a partir da demanda programada, quando são previamente agendadas consultas e da demanda espontânea, que pressupõe uma busca espontânea do usuário pelo serviço. Assim, a demanda programada se diferencia da demanda espontânea, principalmente porque esta última representa a necessidade auto-percebida pelo cliente, geralmente, de resolução imediata. Por sua vez, na prática diária dos profissionais, a demanda programada se configura em um atendimento agendado, seja pelo intuito do próprio usuário ou pela concretização da busca ativa.

A busca ativa, enquanto um movimento dos profissionais em direção ao território pressupõe um prévio diagnóstico individual (ou coletivo) referente a um problema de saúde que precisa ser evitado ou tratado. Por essa razão, a demanda programada, via de regra, advém de um rastreamento epidemiológico, por meio do qual, identificam-se os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que interferem no perfil de morbimortalidade da região, devendo, pois, serem acompanhados.

Pode-se inferir, portanto, o quanto é importante que haja uma integração entre as demandas programada e espontânea para que as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser elaboradas e realizadas. A necessidade de articulação entre uma e outra é necessária para que a demanda espontânea seja aproveitada na aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco e ou vulnerabilidade à saúde, assim como para o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Contudo, autores como Rivera e Artmann (1999) destacam a existência de uma tensão permanente entre demanda programada e espontânea, no contexto da qual deve-se procurar uma hegemonia relativa da primeira, considerando a importância desta para a Vigilância em Saúde. Brasil (2001) refere que a abordagem da Vigilância à Saúde remete-se a uma “forma de atuação que tem em vista a continuidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos populacionais”, ao contrário de intervenções pouco efetivas que se orientam em “fatores mais importantes” selecionados pelos profissionais.

Neste âmbito, o acolhimento é considerado pelas autoras supracitadas como um instrumento que compõe o processo de trabalho em saúde, significa uma forma de se exercer a visão da determinação social sobre o processo saúde-doença, ainda que na dimensão individual.

Souza e Rodrigues (2006), por compreenderem que “o PSF vem como uma proposta de fortalecer a produção de autonomia dos indivíduos, superando a submissão, a dicotomia e a fragmentação das ações em saúde”, acreditam que o acolhimento tenha potencial para ser um dos primeiros momentos que viabilizem as estratégias do PSF, ainda que o observem como a tradução de mero atendimento à demanda espontânea, vulgo “pronto atendimento”.

Silva, Fracolli e Zoboli (2005) também o definem como estratégia para a organização do atendimento à demanda espontânea, apontando o acolhimento como uma prática centrada na queixa clínica, o que leva a uma consulta nos modelos tradicionais.

Campinas e Almeida (2003) não percebem o acolhimento apenas como acesso à demanda espontânea, mas no sentido de aceitação do doente como sujeito de direitos, desejos para os quais se tornam necessários uma boa comunicação e relacionamento profissional-paciente, a fim de estabelecer uma relação de compromisso e de confiança mútua.



Sobre a integralidade prevista no SUS, Gomes e Pinheiro (2005, p.289), pontuam ser esta uma “resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos”. Menciona a proposta de que a integralidade deva estar presente no encontro, na conversa, na atitude do médico (e outros profissionais) para que além do reconhecimento das demandas explícitas, as necessidades implícitas dos cidadãos também possam ser contempladas.

Por se tratar de uma ação complexa, que exige do profissional a clareza no estabelecimento de prioridades, uma vez que o que está em questão é atender a todos com equidade, Doria e Polidoro (2004) percebem que a prática do acolhimento não pode ser atribuição de um só membro da equipe. Estas autoras ressaltam a necessidade da união de todos, independentemente de seus vínculos profissionais, além da participação efetiva do gerente, conselho gestor e da comunidade.

Guisardi e Fracolli (2005) reservam ao acolhimento a função de servir de instrumento para mudar o processo de trabalho em saúde, por meio da qualificação da escuta e do comprometimento com a resolutividade dos problemas da população. O comprometimento esperado por sua vez, não vai de encontro (ou “não recai sobre”) um único profissional, tornando-se necessário que haja engajamento no cuidado produzido a partir do acolhimento e que irá se refletir diretamente no processo de trabalho da unidade. Pinheiro (2001) também reconhece a potencialidade do acolhimento para reorganizar os serviços de saúde, uma vez que o sujeito passa ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Conforme Ribeiro *et al* (2006), acolher “não significa atender a demanda espontânea em detrimento das ações para prevenção de agravos e promoção da saúde”. Seu objetivo é “orientar o fluxo de demanda, sem risco de descrédito frente à comunidade, devido a atendimentos negligenciados”. O acolhimento é capaz de processar atitudes e comportamentos inadequados da clientela em relação ao serviço de saúde, na medida em que transforma a conduta e a responde ao seu emissor de forma organizada, atenuada e clara; na medida em que troca uma postura de indiferença por uma atitude de solidariedade (DORIA; POLIDORO, 2004). Contudo, ainda que ele consista numa tecnologia para mudar o processo de trabalho em saúde, procurando qualificar a escuta e comprometer-se com a resolutividade dos problemas da população, algumas dificuldades na sua operacionalização têm sido apontadas na literatura, tais como: falta de recursos humanos para

operacionalizá-lo, excesso de demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, sobrecarga do trabalho do enfermeiro, manutenção do modelo médico-centrado e resolutividade inferior à esperada (PEREIRA; FRACOLLI, 2005).

A matriz de problemas utilizado na apresentação deste estudo corrobora com o que foi apontado por Pereira e Fracolli, vez que ela enumera algumas dificuldades observadas através da minha experiência que vão de encontro a fala dos autores. Dentre, estas dificuldades, podemos citar a deficiência de apoio matricial, a dificuldade para adesão aos protocolos existentes que orientam os fluxos, a falta de envolvimento dos profissionais com o processo de trabalho, a dificuldade de construção de vínculos duradouros com os usuários que possibilitem uma clínica ampliada e estabelecimento de projetos terapêuticos, a dificuldade de manejo nas agendas conforme perfil da população e utilização de outros dispositivos para atender as necessidades dos usuários.

Enquanto esses problemas persistirem, dificilmente o acolhimento alcançará todo seu potencial para promover transformações nos processos de trabalho estabelecidos nas unidades de saúde, mesmo que elas sejam estruturadas conforme as orientações da estratégia saúde da família.

Cada ponto mencionado deve ser estudado com profundidade, mas, considerando-se que grande parte dos profissionais da saúde estão habituados a desenvolver suas ações isoladamente, tendo como parâmetro o modelo médico de resolutividade imediata, é esperado que todo o tipo de qualificação profissional seja oferecida ao corpo de recursos humanos de uma instituição. Ênfase deve ser dada aos aspectos multiprofissionais e humanizados de se desenvolver assistência, porém, tão relevante quanto, é reforçar a prática e teoricamente todos os conceitos e as relações causais que envolvem a necessidade de se reorganizar a Atenção Primária à Saúde, pois, dificilmente, ensina-se a uma pessoa como se comprometer com algo que não pertence ao seu rol de valores ou entendimento.

Os processos de recrutamento e seleção de instituições privadas tendem a inserir no corpo de recursos humanos de uma organização profissionais que demonstram maior afinidade com a missão e os valores da empresa, bem como os mais aptos a desenvolverem funções que se relacionam diretamente com o público alvo do setor. Ao contrário, nem sempre o processo seletivo de uma instituição pública é favorável nesse sentido. Em determinados municípios, por exemplo, o

corpo de funcionários que trabalham nas unidades de saúde da família são concursados, ou seja, uma prova é aplicada para avaliação do conhecimento teórico sobre a função que será exercida. Habilidades e atitudes não são previstas, falta interesse e motivação. Os profissionais tendem a iniciar suas atividades sem preparação e formação prévia que os sensibilize para o trabalho e para a missão que desempenham na APS. Portanto, a inexistência ou a pouca preocupação de certos serviços com a educação permanente dos recursos humanos precisa ser repensada, não apenas pelas razões apresentadas, mas porque é almejado que ocorra um processo de transformação com o trabalho e no trabalho em saúde. Isto tem valor no campo individual, pensando-se em cada profissional de saúde, compreendendo que o comprometimento vem com o tempo e com o despertar do profissional em atividade, assim como no campo organizacional, vez que afeta diretamente o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido.

Em relação aos outros problemas que interferem no acolhimento, Siqueira (2006) identifica “tanto deficiências na qualidade da informação trazida pelo agente, bem como nas falhas da equipe de saúde no atendimento das demandas”. O autor acrescenta ainda que “a quantidade de demanda também pode refletir as deficiências de infra-estrutura, como, por exemplo, falta de recursos humanos”. Sobre isso, há de se comentar a orientação da composição da equipe recomendada pelo Ministério da Saúde, qual seja: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários para o total de quatro mil habitantes cadastrados por equipe. Determinados serviços de saúde possuem características sócio-demográficas, culturais, epidemiológicas e referentes às próprias demandas que culminam na necessidade de repensar esta configuração proposta pelo Ministério da Saúde. Do ponto de vista de que a estruturação do serviço e o planejamento de ações de saúde se dão pelo diagnóstico situacional do território, por meio da identificação das condições sócio-político-econômica local, bem como do perfil de morbimortalidade regional, não há lógica em se manter o mesmo número de profissionais de saúde para todas as unidades, indiscriminadamente. Se parte do pressuposto de que cada comunidade é única em seus modos de viver e trabalhar e, por isso, apresenta condicionantes e determinantes do processo saúde-doença diferentes uma das outras. Assim, por exemplo, não há porque manter dois auxiliares de enfermagem num local em que somente um seria o suficiente, ao

contrário de serviços que necessitam de três desses profissionais. O mesmo vale para as demais categorias de trabalhadores.

Na mesma lógica, a demanda por serviços de saúde, em alguns lugares será muito maior do que em outros. Hossmann e Lourenço (2006) pontuam que “a elevada demanda de pacientes põe em risco a realização da prevenção em Atenção Primária à Saúde”. Como Victorino *et al* (2006) percebem que ainda é alto o número de pacientes que procuram o atendimento eventual com queixas que demandam seguimento, medidas devem ser adotadas nas unidades de saúde para que “o serviço de atendimento geral e eventual possa ser mais bem organizado”, o que pode incluir a reestruturação do corpo de profissionais que trabalham nesta ou naquela USF. Conforme esses autores, o acolhimento é uma estratégia para modificar o acesso aos serviços de saúde que vem sendo utilizada, heterogeneamente, na Atenção Primária à Saúde em todo o Brasil. Consiste basicamente no encontro do usuário, que não possui consulta previamente agendada, com os trabalhadores da saúde, em um espaço reservado onde se dá a escuta da demanda desse usuário. O acolhimento está assentado em um direito constitucional dos indivíduos, que é o do acesso aos serviços de saúde e, como a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada desse sistema, existe necessidade de organizar esta que é a principal porta de entrada visando atender as necessidades dos usuários. O acolhimento neste sentido é visto como de suma importância para estabelecimento de fluxos de atendimento ao usuário, direcionamentos dentro da unidade e prováveis encaminhamentos para outros pontos de atenção na rede de saúde.

### **3.1- O acolhimento na prática de uma unidade saúde da família**

Não é demais reiterar a importância de se considerar o cuidado como princípio do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde. Boff (1999) já dizia que:

“o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (BOFF,1999, p.33)

O modelo biomédico que considera a queixa do usuário não permite de certo modo a aproximação necessária entre profissional-usuário impedindo que o cuidado em ato seja de fato praticado. Para a produção do cuidado por sua vez, existe a necessidade de orientação do processo de trabalho pelas relações que são estabelecidas entre profissionais e usuários no momento do encontro. Este encontro será potencializado se mediado por uma escuta qualificada que permita uma observação das necessidades do usuário, vínculo e responsabilização. O acolhimento dentro deste contexto é fundamental e é comum a todos os profissionais envolvidos no processo de trabalhona saúde da família. Franco, Bueno e Merhy (1999) nos convidam a olhar o momento acolhimento:

Olhando esses momentos – pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde – são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. (p.01)

O cuidado na Atenção Primária em Saúde perpassa por este encontro e é mediado pelo construção do vínculo entre profissional e usuário. A referência como porta de entrada e a capacidade resolutiva da APS por sua vez estão diretamente relacionadas ao acolhimento realizado e as implicações dos profissionais com este acolhimento. O usuário precisa sentir-se acolhido e inserido dentro da rede de serviços de saúde para fazer bom uso dos serviços que a mesma disponibiliza. A postura e o envolvimento dos profissionais neste processo são fundamentais, vez que cada encontro acontece de forma singular e é traduzido através do acolhimento que é dispensado aos usuários.

O acolhimento, assim, é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas (Fracolli, 2003) oportunizando a produção do cuidado. Este permite o conhecimento da demanda, contribui para estabelecimento de fluxos orientando os usuários dentro da unidade de saúde, possibilita atuação face as linhas de cuidado existentes, assim como estabelecimento de novas linhas de cuidado favorecendo com isso a organização do processo de trabalho. No entanto,

para se tornar um instrumento que contribua com o processo de trabalho o acolhimento precisa ser utilizado como ferramenta por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores de atendimento da unidade, visando organização dos fluxos, orientação das demandas de atendimento e estabelecimento de critérios para inserção de usuários em grupos e ações de promoção da saúde. O acolhimento, portanto, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual e coletivo, e a sua transformação em objetos de ações em saúde. (FRACOLLI, 2003).

O acolhimento pensado desta forma permite entender a dinâmica de funcionamento da unidade de Atenção Primária, contribui para regulação dos fluxos e das linhas de cuidado, ajuda a realizar o diagnóstico e levantamento das principais demandas de atendimento e ainda permite direcionamento do usuário pela rede de atenção em saúde, visando integralidade do cuidado. Nos últimos tempos têm sido discutidos diversos modos de se organizar os serviços de saúde, assim como de operar o cuidado em saúde. Diversas normativas de práticas de produção do cuidado em saúde são projetadas com objetivo de atender as demandas por saúde. No entanto, o que percebemos é a prevalência da singularidade de cada um, vez que na prática os problemas de saúde por mais que semelhantes tendem a ter diferentes repercussões considerando os modos de viver, de agir e as condições sócio-econômicas de cada usuário.

A APS como porta de entrada precisa desenvolver mecanismos de escuta diferenciada, pautada em critérios de vulnerabilidade e necessidade, buscando atender ao princípio do SUS de equidade. Partindo deste princípio o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004, esta por sua vez estabeleceu parâmetros para cada ponto da rede de atenção em saúde, visando atender as necessidades dos usuários nas suas diferentes dimensões. Como parâmetro para APS a PNH (BRASIL, 2004) definiu:

Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das

filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas. (p.06)

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2000), por sua vez, pontua que o acolhimento tem a capacidade de medir as expectativas dos cidadãos em relação à forma como gostariam de ser tratados pelos sistemas de serviços de saúde. O acolhimento pode ser avaliado por: o respeito pela dignidade das pessoas; a confidencialidade, ou seja, o direito de decidir quem pode ter acesso às informações sobre o seu estado de saúde; a autonomia para participar de escolhas relativas à sua própria saúde; o direito a uma atenção pronta; o direito a serviços de saúde adequados; a liberdade de escolha do prestador dos serviços de saúde; o direito a receber serviços de saúde providos de forma segura, de modo a evitar procedimentos médicos impróprios; e o acesso a redes de proteção social, como amigos e famílias, pelas pessoas que estão sendo acolhidas pelo sistema de serviços de saúde.

Com essa grandeza, faz-se necessário procurar entender as dinâmicas que envolvem o acolhimento e, conseqüentemente, a demanda espontânea. O acolhimento é um recurso para se reorganizar o processo de trabalho vigente, desde que contribua para reorientar o modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico para ações multidisciplinares, usuário-centradas e focadas na prevenção de doenças e promoção de saúde.

Os autores Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005) partem do princípio de que para o acolhimento se dar na ótica usuário-centrado deve seguir os seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento - que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Na prática, o

gerente e sua equipe precisariam encontrar estratégias para gerenciar a escassez de vagas para consulta médica. Garantir a acessibilidade universal não é tarefa tão simples, uma vez que o processo de construção do atendimento ao ser humano é complexo, é o que comentam Franco, Bueno e Merhy (1999 *apud* GOMES E PINHEIRO, 2005).

Em outras palavras, tem-se como meta a garantia de acesso para todas as pessoas que procuram o serviço de saúde. Contudo, geralmente, a demanda é maior que a oferta, o que, em parte, leva o enfermeiro a parear com o médico o atendimento à população. Dessa forma, o modelo de assistência, caracterizado como “produtor de procedimentos” (FRANCO; MERHY, 1999) é reiterado, o que nos faz perceber que o modelo outrora médico-centrado, tem se tornado procedimento-centrado, vez que na prática os outros profissionais têm reproduzido um modelo queixa conduta ou queixa procedimento. A publicação *Acolhimento à Demanda Espontânea* lançado em 2012 pelo Ministério da Saúde apresentou critérios específicos para o manejo das queixas mais comuns na Atenção Básica visando contribuir para organização da porta de entrada e direcionamento do atendimento aos usuários. As demandas de acordo com esta publicação seguiam classificação específica de acordo com a necessidade de atendimento, conforme explicita Brasil (2012):

a. Situação não aguda:

- Azul:

Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.

Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).

Agendamento/programação de intervenções. Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

b. Situação aguda ou crônica agudizada:

- Verde:



Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação;

- Amarela:

Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

- Vermelha:

Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.

A classificação apresentada pelo documento contribui na medida que possibilita atendimento pontual dos casos agudos e permite conhecimento da demanda possibilitando planejamento de ações estratégicas. Dentre as ações relevantes estão à gestão das agendas visando atendimento da demanda programada e espontânea e a utilização plena de todos os serviços que a unidade disponibiliza.

Transformar o momento acolhimento, dentro dessa nova lógica apresentada, numa consulta, pode acarretar em alguns problemas, segundo Brasil (2001), pois

“...ao proceder a consulta do indivíduo, esmera-se em realizar um exame físico rigoroso, e em fazer uma anamnese que investigue atentamente as causas biológicas da dor, afere-se pressão, verifica-se a temperatura e o

peso, realizando ainda outras 'avaliações' físicas que possam subsidiar o seu diagnóstico de saúde". (BRASIL, 2001, p.06)

A quantidade de demanda espontânea e o tempo disponível para atendimento podem contribuir para que informações importantes deixem de ser coletadas, acarretando em diagnósticos errados e condutas inadequadas. No entanto, é importante ressaltar que se a demanda for biológica a conduta correta é o exame físico, vez que este é um dos recursos mais importantes para os profissionais da saúde e deve ser utilizado como instrumento de trabalho e recurso diagnóstico. Não há mal em utilizá-lo, mas em utilizá-lo com exclusividade em detrimento de uma escuta ampliada que pode reduzir o atendimento à queixa, dificultando a criação de vínculo e o conhecimento de outros fatores que levaram o usuário ao adoecimento e que precisam ser identificados para planejamento de ações de promoção da saúde voltadas para este usuário e família.

A demanda programada, dentro desse contexto, via de regra, deve ser ofertada como dispositivo para atendimento aos usuários com diagnóstico de doenças ou situações específicas que dependam de acompanhamento contínuo como hipertensão, diabetes, puericultura e pré-natal. A Atenção Primária quando adota um modelo de clínica pautado nesses valores toma para si o desafio de incorporar, nas consultas individuais, a lógica da determinação social do processo saúde-doença (BRASIL, 2001). O acolhimento não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde. A partir do acolhimento é possível otimizar a realização de grupos, sala de espera e acionamento de outros mecanismos e do apoio do NASF que é essencial para reformulação de novas estratégias capazes de delinear novos fluxos que orientem o processo de trabalho na Atenção Primária.

Nas unidades de saúde, tornou-se comum fragmentar o processo de trabalho. Muitos profissionais, compreendendo que trabalhar multiprofissionalmente era interpor outras categorias nesse fluxo, passaram a conduzir o usuário da recepção com o agente comunitário, para o auxiliar de enfermagem, deste para o enfermeiro e daí para o médico. Esse modo de produção de assistência não valoriza

os saberes próprios de cada profissão, causam entraves nos serviços de saúde, dificultam o acesso, contribuem para a formação de filas de atendimento levando a falta de organização e aumento das reclamações por parte dos usuários.

O enfermeiro tem condições de legitimar esses critérios e precisa estar envolvido na organização do fluxo de acolhimento ao usuário uma vez que sua formação percorre as áreas biológicas, sociais, psicológicas e gerenciais, mas deve fazê-lo sem enrijecimento do processo, ou seja, não deve tornar inflexível o fluxo de atendimento ao cliente, mais que isso, deve atentar para não perder o foco no usuário e nas suas necessidades.

Quando o acolhimento é bem implantado e faz parte da prática diária de todos os profissionais de saúde, é possível racionalizar o fluxo, reduzir o atendimento ambulatorial, diminuir o número de pessoas circulando desorientadas na unidade, aumentando não apenas a satisfação da clientela, mas a harmonia no ambiente de trabalho (DORIA; POLIDORO, 2004). Doria e Polidoro (2004) receberam prêmio pela “Implantação do Acolhimento Resolutivo na Unidade Básica de Saúde da Família e Pronto-atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo” na II Mostra Nacional de produção em Saúde da Família em 2004, com um modelo de acolhimento entendido como um processo extremamente delicado, que não deve ser pensando só por um membro da equipe, mas que necessita da união de todos, independentemente de seus vínculos profissionais.

O acolhimento proposto pelos autores permitiu maior identificação de grupos de risco como hipertensos e diabéticos, identificação imediata dos clientes que costumam faltar às consultas agendadas, criação de um canal de comunicação entre a comunidade e o serviço, redução do nível de tensão dentro da unidade e melhorias organizacionais com o estabelecimento de um cronograma para atividades extras sem prejuízo das atividades normais, além da valorização do trabalho de todos os profissionais, que passaram a se integrar mais harmonicamente na elaboração, decisão e execução das atividades do serviço. Para alcance destes objetivos os autores constituíram uma equipe para coordenar o projeto e buscaram através de discussões em pequenos grupos compreenderem os principais problemas da unidade estudada, envolvendo neste processo todos os profissionais. Em seguida, foi feita uma análise de todos os problemas encontrados, identificando para cada problema os instrumentos necessários para alcance dos resultados. (BRASIL, 2006) O Estudo possibilitou criar espaços coletivos para a troca de

saberes, reflexão, análise e avaliação dos referenciais que orientavam as práticas dos profissionais e contribuiu para implementação de um modelo de acolhimento mais resolutivo.

Dentro desse contexto duas questões precisam ser discutidas e valorizadas: O trabalho em equipe e a formação em saúde - elementos essenciais para reconstrução de práticas em saúde não fragmentadas. O trabalho em equipe permite a observação de todos os fatores que por vezes podem causar impacto no processo saúde-doença, ainda permite que a prática de um profissional se reconstrua na prática de outro profissional. A visão acerca dos problemas de saúde da população com o trabalho em equipe permite responsabilização de todos os profissionais e isso possibilita envolvimento com o acolhimento. O usuário neste processo tende a ampliar o seu olhar e é reorientado no novo espaço que se cria com o trabalho em equipe. Este mesmo usuário seja pelo acolhimento, seja pelo vínculo, seja pela novidade no cuidar que se cria, seja pela forma como o cuidado vem sendo produzido, acaba por envolver-se neste processo facilitando por si só a integração entre os profissionais, que neste movimento permitem-se viver esta nova experiência. Este cenário, no entanto, precisa ser utilizado para formação de novos profissionais e para isso é necessário uma relação estreita entre a academia e o campo de prática. A Atenção Primária enquanto campo de prática, por sua vez, possui diversos instrumentos que contribui para a formação dos profissionais. O acolhimento enquanto instrumento deve ser utilizado pelos profissionais para prática de educação permanente e deve ser a principal tecnologia para desenvolvimento de habilidades nos estudantes durante o processo de formação.

### **3.2- O gerente e o processo de trabalho comunicativo e de educação permanente**

Já abordamos aqui a importância dos serviços de saúde em oferecer respostas sociais organizadas para “responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em determinado tempo” (MENDES, 2002). Conforme Passos e Ciosak (2006), as necessidades sociais são influenciadas pelas relações decorrentes do processo de trabalho e na construção e execução deste, um profissional de saúde tem, na organização do serviço na Saúde da Família, um papel fundamental: a gerência da unidade.

O gerente, frequentemente um Enfermeiro, possui uma complexa missão, que é a de adequar os mecanismos próprios de seu serviço ao desenvolvimento da prática gerencial, visando a garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde, a satisfação da clientela e a qualidade no atendimento (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Portanto, o trabalho gerencial não se resume apenas a controlar e executar tarefas para alcançar o produto e o impacto esperado, ele é determinante no processo de organização dos serviços de saúde, fundamental na efetivação de políticas sociais e no atendimento das necessidades básicas de saúde da clientela (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Consoante a isto, na Estratégia de Saúde da Família, a gerência pode ser um instrumento do processo de trabalho capaz de contribuir para a transformação do modelo de atenção (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007) onde a família é privilegiada enquanto objeto de atuação da equipe (BRASIL, 2012). Certamente seu trabalho não possui o peso de solucionar as complexas questões deste processo de trabalho, mas evoca para uma formação que mobilize conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psico-sociais (JUNQUEIRA; INOJOSA; 2000).

Dussault (1992) pontua que uma dimensão importante do estilo gerencial é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os recursos humanos para satisfazer às necessidades da população. O autor destaca que esse tipo de gestão supera a obediência de ordens pelos funcionários, valorizando a responsabilidade de todos, uma vez que possibilita reconhecer o papel central dos profissionais, utilizando mecanismos para evitar os efeitos não desejados do corporativismo.

De acordo com Vanderlei e Almeida (2007), o grande desafio da gerência, enquanto ferramenta para a transformação do processo de trabalho constitui-se em romper com a hegemonia gerencial, a favor da distribuição de poder de forma mais igualitária, trabalhando-se com a noção de gestão participativa, a qual prevê o coletivo, a união de gestores, funcionários e população em um trabalho voltado para a integralidade e para um agir cotidiano com força de mudança. Reforçam essa idéia Matumoto et al (2006) quando citam alguns pontos que precisam ser superados pelos gerentes:

(...) romper com as próprias matrizes de produção de procedimentos mais que de cuidados; de lidar com a divisão técnica e social do trabalho em saúde, buscando um trabalho mais democrático, participativo e de respeito às diferenças; de lidar com a questão dos preconceitos e com as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários e com a desconstrução da relação poder/saber; de apoiar a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, do estabelecimento de vínculo e responsabilização que se mantém escondido atrás do trabalho técnico. (pág. 09)

O que foi apontado pelo autor pode ser observado na prática profissional e está exposto na matriz de problemas anexa a este estudo. Por vezes, percebemos dificuldade por parte dos profissionais em aderir aos protocolos de atendimento preconizados, assim como em direcionar suas ações face aos fluxos pré-estabelecidos. A gerência dentro desse contexto tem papel fundamental e precisa desenvolver estratégias capazes de romper com a lógica de atendimento individual. Para isto, ele deve incentivar a utilização plena de todos os dispositivos da unidade, criar mecanismos que possibilitem comunicação adequada entre os profissionais e manejar os conflitos possibilitando o diálogo entre os envolvidos.

Assim, a atividade da gerência não pode ser burocrática, rotineira, pré-determinada, com poucas chances de criação, intensa padronização e inflexibilidade frente às normas colocadas (MISHIMA, 1995). É esperado que a eficiência gerencial seja verificada pela capacidade de possuir uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais e “lateralidade de pensamento para se compreender a realidade” (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 445). Contudo, na prática, esses autores ressaltam que os gerentes carecem de autonomia para tomar decisões no gerenciamento da ESF, o que legitima as situações dadas, ao invés de promover mudanças. Corroboram com os autores supracitados o fato de alguns gerentes terem pouca participação nas decisões frente à administração central (por esta ser centralizadora), além de baixa capacidade de planejar, organizar e controlar os resultados das atividades exercidas (BARBIERI; HORTALI, 2005 e FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006).

Segundo Vanderlei e Almeida (2007), a gestão compartilhada é alternativa para que haja perspectiva de mudança no gerenciamento da Saúde da Família. Para eles, o cotidiano do trabalho deve ser instituído de encontros entre gestores, gerentes, trabalhadores de saúde, equipes da ESF e usuários, de modo que esses encontros se constituam em espaços de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas. Para otimizar esses encontros o gerente pode utilizar

espaços já instituídos no território, tais como associação de moradores, reuniões gerais em escolas e comércios ou contribuir para que novos espaços sejam criados. O colegiado gestor dentro desse contexto aparece como importante ferramenta de gestão possibilitando um espaço de reconhecimento e enfrentamento coletivo dos problemas identificados. Reuniões periódicas com as equipes e reuniões gerais com os profissionais são outros dispositivos que contribuem para diagnóstico de situações específicas, permitindo gestão compartilhada dos problemas encontrados. A gestão compartilhada, por sua vez, possibilita elaboração de um planejamento estratégico face aos problemas mais prevalentes apontados pelo gerente, profissionais e usuários do serviço.

### **3.3- Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família**

A organização do processo de trabalho das equipes da ESF apesar da existência de um discurso teórico contrário prevalece, em sua essência e produção, funcionando a partir de uma intensa divisão do trabalho. Seja devido ao paradigma biomédico, matriz da formação em saúde, seja porque pouco se exercita um trabalho em equipe integrado. Alguns autores apontam como fator de divisão do trabalho na Saúde da Família a convivência entre o modelo da integralidade e os programas verticais do Ministério da Saúde (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006). De qualquer maneira um processo produtivo fragmentado e isolado tem sido a tônica, tirando força de escuta sobre as demandas da comunidade; o que acaba por construir espaços de conflito onde estão em disputas as propostas de atenção e a vontade dos usuários. O grande agravante é que esse cenário pode acarretar na “alienação do trabalhador diante do produto final” (MALIK *et al*, 1998), na manutenção da execução de tarefas repetitivas e desconectadas, e na crença de que não há outra forma de se trabalhar em saúde. O resultado disto é o consenso de que ambos, usuários e profissionais saem desta relação insatisfeitos.

A estrutura tradicional de serviços de saúde reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação do processo de trabalho. Esta estrutura mantém a inquestionável hegemonia do paradigma biomédico e a tendência atual do profissional em se responsabilizar pelos procedimentos característicos específicos do seu núcleo de conhecimento restringindo o trabalhador de pensar e agir sobre a história de vida das pessoas (CAMPOS, 1999).

Friedrich e Pierantoni (2006) consideram que existe uma ausência de políticas programáticas efetivas e de acordo com a realidade das áreas de abrangência de cada equipe. As ações de saúde são pré-estabelecidas e idênticas na maioria das equipes e a sua coordenação e supervisão acontece de forma hierárquica entre os gestores e trabalhadores de nível superior e médio.

Por essas razões, Campos (1998) denomina a tomada de decisão sobre o diagnóstico ou intervenções terapêuticas como solitária, raramente realizada em grupo. O autor sugere que a gestão e o planejamento em saúde passem a incorporar saberes e técnicas que valorizem a inter-relação entre equipes e população, tornando-os um instrumento que interfira nas condições de vida, de saúde e de adoecer das pessoas e comunidades.

Campos (1999) advoga que a “reordenação do trabalho em saúde por meio do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde”. Somam-se a isso as “diretrizes da gestão colegiada e da transdisciplinaridade das práticas e dos saberes”, as quais possibilitariam a superação dos aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico e ampliariam o compromisso dos profissionais com a produção de saúde (CAMPOS, 1999).

Por sua vez, Merhy (1997) sugere a utilização de instrumentos gerenciais que propiciem a “auto-análise” e a “auto-gestão” dos trabalhadores de saúde para a reorientação da atenção básica pela ESF. Mais do que questionar o que ocorre nos serviços, Merhy (1997) compreende que se deva desenvolver a capacidade de “criar interrogações” sobre o que está ocorrendo, abrindo com isso possibilidades para o “trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas”. Neste contexto, Merhy (1998) inclui o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado nas tecnologias leves, relacionais as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, diferente da organização atual dos serviços de saúde, centradas nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e nas leve duras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica e de enfermagem. Segundo o mesmo autor, a partir do acolhimento podem surgir ações de responsabilização, resolução e autonomização do usuário que implicarão diretamente na forma como os mesmos fazem uso dos serviços oferecidos.



Na observação da prática profissional na Saúde da Família percebemos que embora haja gerentes de unidades de saúde com formação médica, de enfermagem e odontológica, é comum, como citado anteriormente, que os enfermeiros assumam a responsabilidade pela coordenação e supervisão. Sobre isto, Brasil (2001) pontua que, a “predominância de enfermeiros não é capaz de romper com as lógicas institucionais que tradicionalmente vem conformando o trabalho em saúde”. Não se consegue transformar o “espaço potencial” em “espaço real”, e continua-se a reiterar o modelo do paradigma biomédico.

Corre-se o risco, portanto, de que, influenciados pelo processo de trabalho, baseado na alta demanda e na necessidade emergente de resolutividade rápida, além da própria cobrança da população por um pronto atendimento, enfermeiros deixem de se preocupar com estratégias de prevenção e promoção de saúde, já que a forma como a pessoa vive e trabalha não é considerada como sendo desencadeante ou condicionante do processo saúde-doença (BRASIL, 2001).

### **3.4- Comunicação na Estratégia de Saúde da Família**

Silva (1996) menciona que, na área da saúde, em que a base de trabalho está nas relações humanas, não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta o processo comunicativo. Para a autora, a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas. Por ser fundamental no processo de trabalho, Flores (1989) ressalta que o modo como uma idéia é transferida de uma fonte a um receptor interfere no comportamento do mesmo. Considerando, isto, Fracoli e Maeda (2000) entendem que a inadequação do processo de comunicação compromete a construção de sujeitos, o que contribui para a construção de indivíduos sujeitados ao trabalho e não sujeitos plenos da ação.

A comunicação é uma ferramenta capaz de abrir caminhos para as ações gerenciais, uma vez que bons gerentes constroem canais comunicativos fáceis, viáveis e saudáveis dentro do ambiente em que trabalham (MAXIMIANO, 1997). Reiteramos que a gerência mais do que simplesmente organizar o serviço segundo padrões de eficácia e eficiência; necessita também poder construir sujeitos sociais nesse território singular de práticas (FRACOLLI; MAEDA, 2000). O processo decisório quando centralizado torna frágil a participação da equipe, que é o princípio

básico da administração moderna, mas este não é um processo simples. Borges (1995) parte do princípio de que a decisão tomada deve ser conhecida por todos e que todo o processo de implantação das atividades inerentes a ela devem ser conhecido por aqueles que estiverem envolvidos com as respectivas atividades. Fracoli e Maeda (2000) alertam para a fragilidade de se organizar o trabalho a partir da orientação em cumprir a hierarquia estabelecida nos serviços, que muitas vezes chega a ser mais importante do que estabelecer relações de vínculo e responsabilização com os usuários, implicando em uma atenção desqualificada.

Craco (2006) aceita que a comunicação é um elemento transformador na construção de modos de cuidar mais humanos e acolhedores. Aliado a este fato, a informação também pode modificar a forma de se trabalhar (BORGES, 1995), permitindo que o processo comunicativo estabelecido nas unidades de saúde, quando eficiente, faça com que os objetivos sejam claramente definidos, elaborados por todos e convertidos em ações específicas, o que leva o serviço a atingir as metas a que se propõe (BORGES, 1995). Por essa razão, este autor compreende como necessário propor aos indivíduos a responsabilidade por suas relações e pela comunicação entre eles próprios.

Silva (1996) atribui à equipe o papel de conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao usuário e entre os próprios membros. Dentre esses mecanismos, Carvalho e Eduardo (1998) comentam que a equipe não deve esquecer que produzir e analisar informações são suportes básicos para a tomada de decisão racional e eficiente. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, vem há muitos anos enfatizando a importância da utilização de sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões (BRASIL, 2012), a exemplo do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O Sistema de Informação da Atenção Básica é um “sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais” (BRASIL, 2004). É um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada e atendida pela Saúde da Família. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados, quais sejam: cadastramento das famílias; acompanhamento de gestantes; acompanhamento de hipertensos; acompanhamento de diabéticos; acompanhamento de pacientes com tuberculose;

acompanhamento de pacientes com hanseníase; acompanhamento de crianças; registro de atividades, procedimentos e notificações (BRASIL, 2004).

Como os dados se referem a populações delimitadas, a construção de indicadores populacionais torna-se possível. O Ministério da Saúde também considera o SIAB a resposta à necessidade de gerenciamento de informações, para o acompanhamento e avaliação da qualidade dos serviços prestados, tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos gestores municipais (BRASIL, 2003). Pode-se dizer, portanto, que o SIAB é o instrumento que fornece aos gestores de saúde as ferramentas necessárias para o planejamento das ações, e deve, apesar de suas limitações, auxiliar os profissionais de saúde na estruturação do serviço de saúde.

Friedrich e Pierantoni (2006), ao estudarem unidades de saúde de Juiz de Fora, perceberam que as informações produzidas, geralmente não são divulgadas, o que não facilita tomadas de decisões acertadas, capazes de contribuir para melhoria da saúde de determinada população.

Assim, desafios no processo comunicativo parecem ser fortes desagregadores do trabalho em equipe e do acolhimento em si.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem na pesquisa qualitativa.

A abordagem qualitativa do trabalho apresentou-se como suporte para a investigação considerando ser a realidade das unidades muito complexa. Segundo Minayo (2007) a pesquisa qualitativa responde a “questões muito particulares” e

“se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (MINAYO, 2007, p. 21)

O estudo é considerado como descritivo, uma vez que o mesmo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. (GIL, 2002).

Em relação aos meios empregados o trabalho foi classificado como trabalho de campo vez que focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, o estudo foi desenvolvido por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. (GIL, 2002)

O estudo, por sua vez, foi realizado à luz das referências encontradas sobre acolhimento, processo de trabalho, Atenção Primária em Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro. Considerando, o entendimento por parte dos profissionais e gestores das unidades da necessidade de conhecimento da demanda, dos serviços oferecidos, da existência de protocolos que direcionem o processo de trabalho, assim como, da importância do acolhimento para organização deste processo. Visando atingir os objetivos propostos, o trabalho foi realizado de acordo com as seguintes fases:

- a. Estudo bibliográfico: Esta etapa visou aprofundar o conhecimento do pesquisador acerca da temática em questão, contribuindo para que o mesmo tenha “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente” (MINAYO, 2007, p. 23), pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta uma carga histórica e reflete posições frente à realidade. (MINAYO, 2007).
- b. Observação sistemática: Através de um roteiro de observação (apêndice 2) previamente estabelecido, baseado na matriz de problemas apontada na apresentação deste estudo e no entendimento da necessidade de percepção por parte dos profissionais que atuam na APS da utilização do acolhimento como dispositivo que contribui para organização do processo de trabalho, foi realizada uma observação sistemática visando identificar de que forma o acolhimento tem sido desenvolvido em ambas as unidades. Foi observado também como as demandas de atendimento nas unidades tem sido direcionadas a partir do contato com o profissional de saúde que atua na unidade, independente da categoria profissional. Concernente a isto Becker (1997) aponta que neste tipo de observação o observador procura por problemas e conceitos que ofereçam a perspectiva de produzir a maior compreensão da organização que ele está estudando, e por itens que possam servir como indicadores úteis de fatos que sejam mais difíceis de observar.
- c. Entrevista semi-estruturada: A entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos. (MINAYO, 2007). No estudo em questão a entrevista foi realizada com um profissional de cada categoria que atuava em ambas as unidades utilizando para isso um roteiro semi-estruturado (apêndice 3). A escolha do profissional seguiu critérios, tais como tempo de atuação na Atenção Primária, especificamente na Saúde da Família, especialização na área da Atenção Primária quando profissional médico, enfermeiro e dentista, outros cursos específicos relacionados à Atenção Primária ou saúde da família quando profissionais de nível médio. O principal objetivo da entrevista foi identificar o conhecimento por parte das

diferentes categorias profissionais da importância do acolhimento para organização do processo de trabalho nas unidades, a percepção da responsabilidade pelo acolhimento por parte destes profissionais, a utilização do acolhimento para direcionamento dos usuários para os serviços, grupos e procedimentos que a unidade disponibilizava, assim como de que forma o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) se inseria dentro deste contexto contribuindo com o acolhimento e organização do processo de trabalho na unidade.

#### **4.2- Cenário**

A investigação foi realizada em duas unidades de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, uma unidade módulo A, conhecida como Clínica da Família Maria de Azevedo Rodrigues Pereira, localizada na área programática 3.3, situada no Bairro de Anchieta e outra unidade Módulo B, conhecida como Centro Municipal de Saúde Nascimento Gurgel, localizada também na área programática 3.3, situada no Bairro de Pavuna.

As unidades foram selecionadas por apresentarem modelo estrutural distinto e, por conveniência, pela facilidade de acesso do pesquisador.

Por sua vez é conveniente ressaltar que no Município do Rio de Janeiro segundo a Carteira de Serviços da APS<sup>1</sup> (SMDSC, 2011): as unidades de Atenção Primária em saúde, de acordo com o perfil de atendimento, podem ser classificadas em Centro Municipal de Saúde (CMS) e Clínica da Família (CF).

---

1. Carteira de Serviços da APS: Documento criado em 2011 através do esforço coletivo de gestores do nível central e das coordenações de áreas de planejamento da SMSDC/RJ que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. No documento estão relacionados os serviços que devem ser ofertados na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Entre os serviços ênfase deve ser dada as ações voltadas para a saúde do adulto/idoso/criança/adolescente, além de ações voltadas para saúde mental e bucal. As ações de vigilância e promoção da saúde, assim como os principais procedimentos que devem ser realizados na APS também foram pactuados no documento.

As Clínicas da Família são designações para unidades que seguem padrão do “Saúde Presente” pela Casa Civil do Governo Federal. Quanto aos modelos de atenção, as unidades da Atenção Primária em Saúde podem ser classificadas em: Módulo A (Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família), Módulo B (Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pelo saúde da família) e Módulo C (Unidades onde ainda não temos equipe de saúde da família, mas com território de referência bem definido). Sendo as duas primeiras cenários do estudo em questão.

#### **4.3- Sujeitos do estudo:**

Os sujeitos do estudo foram os profissionais e gerentes que atuam nas duas Unidades de Atenção Primária em Saúde investigadas. A princípio, foram utilizados para fins deste estudo um profissional por categoria em cada uma das unidades. Estes participaram do estudo quando se mostraram dispostos e concordaram em participar da investigação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4).

A escolha do profissional seguiu critérios, tais como tempo de atuação na Atenção Primária, especificamente na Saúde da Família; possuir especialização na área da atenção primária quando profissional médico, enfermeiro e dentista e outros cursos específicos relacionados à Atenção Primária ou saúde da família quando profissionais de nível médio.

O universo de entrevistados foi de 22 profissionais, considerando as duas unidades de saúde, perfazendo 19 horas totais de entrevista.

Os sujeitos foram abordados no horário de funcionamento das unidades, mediante consulta sobre a disponibilidade de horário para participar da coleta de dados.

As demandas de atendimento das unidades foi o principal problema encontrado durante a coleta de dados. Foi preciso estabelecer contato prévio com os profissionais de nível superior para agendar as entrevistas que em sua grande maioria aconteceu no período da tarde, vez que este era o momento em que os profissionais estavam disponíveis. Na unidade módulo A por questões estruturais havia sempre uma sala disponível para que pudessemos entrevistar os profissionais sem que fôssemos interrompidos. Na unidade módulo B por sua vez nem sempre

isso era possível e foi preciso em alguns momentos esperar por um espaço adequado e tranquilo que permitisse realização das entrevistas. Os profissionais das duas unidades contribuíram com a investigação. Com exceção da unidade módulo B, na qual um dos selecionados (enfermeiro) não pode participar da entrevista devido dificuldades para a abordagem e com o tempo. Visando cumprir o cronograma da investigação o mesmo foi substituído por outro enfermeiro desta unidade que demonstrou interesse em participar.

#### **4.4- Aspectos Éticos**

Por tratar-se de um estudo que envolvia seres humanos, exigências éticas e científicas fundamentais foram atendidas. Desta forma, conforme a Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde, que destaca os compromissos éticos com sujeitos da pesquisa, a nível individual e coletivo, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações, sendo imprescindível assegurar e respeitar os direitos dos participantes, o projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Houve um compromisso de se tratar os sujeitos voluntários, respeitando sua dignidade e sua autonomia, defendendo-o em sua vulnerabilidade. A garantia de que danos previsíveis fossem evitados também foi fornecida, assim como a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, de forma que ocorresse o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Ao sujeito do estudo foi explicitado o objeto, objetivos e sua relevância, assim como a importância de sua colaboração para a investigação. O sigilo das informações dadas e sua identidade foram garantidas por meio do uso de códigos.

Os sujeitos deste estudo, ou seja, aqueles que tiveram interesse e concordaram em participar da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo todas as informações explicadas nesse item (aspectos éticos), sendo então solicitada sua autorização para utilização dos dados fornecidos e assegurando que sua desistência poderia ser solicitada a qualquer momento.



#### 4.5- Materiais e Método

Foram realizados quatro turnos de observação sistemática intercalados entre as duas unidades envolvidas no estudo, sendo dois turnos para cada uma, perfazendo um total de 20 horas de observação.

Os turnos foram complementados pelo pesquisador toda vez que havia a necessidade de atuar no campo de pesquisa. Um diário de campo foi utilizado visando registro da realidade encontrada em ambos os cenários de estudo.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Na unidade módulo B, todas as entrevistas foram realizadas na sala da gerência, devido dificuldade para encontrar outra sala para a realização das mesmas. Na unidade módulo A, por questões estruturais, sempre havia sala disponível para realização das entrevistas.

Uma entrevista piloto foi realizada com uma profissional enfermeira o que permitiu avaliar a viabilidade do instrumento.

O roteiro de entrevista composto por algumas questões norteadoras serviram como um guia e permitiu identificar a relevância do acolhimento para organização do processo de trabalho nas unidades. A entrevista constava de 05 perguntas e cada uma delas seguiu uma ordem sequencial. A singularidade de cada entrevista foi valorizada e a produção de informações foi feita levando em consideração os critérios estabelecidos para a escolha do entrevistado.

Os dados desta pesquisa foram coletados e, posteriormente analisados, tendo por sustentação a trama tecida por 05 categorias analíticas previamente elaboradas. No entanto, conforme já foi salientado na introdução, em momento algum foram compreendidas como sendo camisas de força mas, tão somente, uma orientação teórica; desta forma, foram desafiadas pelos dados coletados em vários momentos da análise, possibilitando novos questionamentos. Neste sentido, a partir das questões já apontadas e considerando os objetivos deste relatório, as categorias a seguir foram compreendidas relevantes:

- a) Contribuição do acolhimento para o processo de trabalho da unidade;
- b) Visão dos profissionais relacionada à responsabilidade pelo acolhimento dos usuários;

- c) Orientação e encaminhamento para grupos, serviços e procedimentos da unidade;
- d) Inserção e apoio do NASF;
- e) Contribuições e limites identificados no acolhimento.

A partir destas categorias, das referências sobre o assunto e da observação sistemática realizada foi possível iniciar a interpretação dos dados coletados.

#### **4.6- Análise de Dados**

Após a transcrição das entrevistas e apoiados no diário de campo da observação sistemática procedemos à análise de todo o material da pesquisa. Em um primeiro momento extraímos as informações mais relevantes nos documentos oficiais sobre a importância do acolhimento para organização do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde. Buscamos realizar uma análise comparativa relacionando os documentos oficiais e a observação sistemática. As entrevistas foram realizadas a priori visando identificar os diversos significados das falas e discursos dos profissionais das diferentes categorias no que tange o acolhimento e suas implicações para o processo de trabalho das unidades envolvidas.

O tratamento dos dados coletados teve como fundamento a abordagem hermenêutica-dialética (Minayo, 2007) que se apresenta no diálogo entre a filosofia e as ciências sociais. Nessa abordagem, a comunicação e o diálogo que se processa nas interações sociais são fundamentais para a compreensão do cotidiano da vida, o que implica em situar historicamente os documentos analisados e o contexto das falas e discursos dos sujeitos pesquisados, além de se colocar no lugar do outro na perspectiva de elucidar os sentidos e significados atribuídos. Para discutir a hermenêutica a autora se fundamenta principalmente em Gadamer, e reitera a importância da vivência como parte da experiência objetiva na produção de sentidos e da dimensão do simbolismo na esfera da comunicação. Nesse sentido, ela esclarece:

Outro termo que compõe o campo da análise hermenêutica é símbolo. Denomino símbolo ao que vale, não somente por seu conteúdo, mas por fazer uma mediação comunicacional, (...) que permite aos membros de determinada comunidade se identificarem. A importância de um símbolo está em sua função representativa de algo visível e invisível, refletindo ao mesmo tempo, uma idéia do real e sua expressão fenomênica. Ou seja, símbolo é a íntima unidade da imagem e do significado que não anula a tensão entre o mundo das idéias e dos sentidos. A compreensão simbólica deve ser entendida como parte da ocorrência, da formulação e do sentido de todo enunciado (Minayo, 2007, p. 336).

A dialética, por sua vez, revela os contrastes, as contradições, os conflitos e as rupturas e aponta para a dinâmica e transformação da realidade. A sua articulação com a hermenêutica fornece elementos para compreender o outro e as comunicações intersubjetivas, e ao mesmo tempo empreender a análise crítica da realidade social. Nessa ótica, Minayo (2007, p. 350) acrescenta que essas duas leituras interpretativas se “completam na produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde-doença”. A partir das considerações desta autora, podemos inferir que a hermenêutica-dialética orienta as interpretações do pesquisador no sentido de compreender o texto, a fala e o depoimento como resultados de processos históricos e sociais e de produção de conhecimentos, expressos por meio da linguagem, mas que apresentam significados específicos. Fica, portanto, evidenciada a contribuição dessa abordagem para os estudos no campo da sociologia da saúde que, no nosso estudo, visa compreender o acolhimento como ponto de apoio para organização do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde.

Foi realizada inicialmente uma leitura flutuante com base em Bardin (1977) de todo o material coletado no campo e na investigação documental. Através da leitura flutuante foi possível identificar nas falas dos profissionais termos específicos que respondiam a questão norteadora e aos objetivos do trabalho. Estes foram agrupados em dez tabelas que foram organizadas de acordo com as 05 categorias analíticas apontadas anteriormente e as principais referências utilizadas para a discussão. Nestas tabelas, considerando o tipo de unidade e a categoria dos profissionais resgatou-se conceitos presentes nas falas dos profissionais relacionados ao acolhimento e a sua relevância para o processo de trabalho e conceitos prescritos na Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Humanização, Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, Acolhimento a Demanda Espontânea e Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro. As

tabelas foram o principal instrumento utilizado para discussão dos resultados. Desta, emergiram temas que quando agrupados traziam em sua estruturação uma análise do cotidiano de trabalho das duas unidades permitindo identificar o acolhimento prescrito e o acolhimento real, considerando o envolvimento, o entendimento e o reconhecimento por parte dos profissionais da sua importância para organização do processo de trabalho nas unidades de saúde da Atenção Primária. Nesse sentido, as categorias metodológicas de análise empíricas conduziram as discussões dos resultados que serão abordados ao longo do próximo capítulo. As tabelas, por sua vez, utilizadas para análise são apresentadas no apêndice 05.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 5. O Acolhimento e a Atenção Primária em Saúde

A investigação possibilitou identificar um acolhimento singular conforme preconiza a PNH. Este por sua vez será apresentado levando em consideração as peculiaridades das unidades, a observação realizada e as verbalizações dos profissionais durante as entrevistas. Os resultados da pesquisa após análise do material obtido através do trabalho de campo e com base nas referências teóricas sobre o assunto estão apoiados na metodologia e nas categorias de análise citadas anteriormente e serão apresentados a priori pela identificação das duas unidades e em 03 partes distintas.

Na primeira parte abordaremos o acolhimento na Atenção Primária enquanto política prescrita na Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro, na Política Nacional de Atenção Primária, assim como em outras referências específicas e o acolhimento real observado e traduzido pelas falas dos profissionais que atuam nas duas unidades investigadas.

Na segunda parte resgatamos o entendimento por parte dos profissionais da necessidade de responsabilização pelos usuários a partir do primeiro contato estabelecido no momento acolhimento, valorizando nesta discussão o NASF<sup>2</sup> e as tecnologias do cuidado em saúde que as unidades possuem e que servem de apoio para o acolhimento.

Na terceira parte, por sua vez, destacamos as principais fragilidades percebidas no acolhimento nas duas unidades e sua relação com o processo de trabalho.

---

2.NASF: Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços de saúde e ampliar a resolutividade das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família.

## 5.1- Entrando no campo: considerações gerais sobre as unidades de saúde estudadas

O trabalho de campo foi direcionado pela metodologia apontada neste estudo. Utilizamos os principais referencias teóricos sobre acolhimento para orientar as etapas deste trabalho, entendendo que o

“conhecimento da realidade não é algo dado mas uma construção coletiva, e é por meio do processo de interação entre pesquisador e sujeitos participantes que construímos a compreensão da realidade local. O trabalho de campo não é, portanto, neutro, mas guiado pelos nossos interesses de investigação e pelos pressupostos teóricos a serem explorados” (Minayo, 2007, p. 203).

Destacamos neste primeiro momento os dados de identificação dos profissionais, vez que estes dados possibilitaram conhecimento de algumas peculiaridades das unidades estudadas:

Quadro 02: Perfil dos profissionais entrevistados

CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE		FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>1</sup>		FORMA DE INGRESSO NA UNIDADE <sup>2</sup>		CARGA HORÁRIA	
	MÓDULO A	MÓDULO B	MÓDULO A	MÓDULO B	MÓDULO A	MÓDULO B	MÓDULO A	MÓDULO B
GERENTE	>01 ANO	>01 ANO	SIM	SIM	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
MÉDICO	< 01 ANO	>01 ANO	SIM	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
ENFERMEIRO	>01 ANO	>01 ANO	SIM	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
NASF	>01 ANO	>01 ANO	NÃO	SIM	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
ACS	>01 ANO	>01 ANO	NÃO	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
AVS	>01 ANO	>01 ANO	NÃO	NÃO	ESTATUTÁRIO	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
THD	>01 ANO	>01 ANO	NÃO	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
TÉC.ENF.	>01ANO	<01 ANO	NÃO	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
ADM	>01 ANO	>01 ANO	NÃO	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
ASG	>01 ANO	<01 ANO	NÃO	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas
AUX. PORTARIA	<01 ANO	>01ANO	NÃO	NÃO	CELETISTA	CELETISTA ESTATUTÁRIO	40 horas	40 horas

1.O introdutório foi realizado por todos os profissionais que atuavam na ESF e não foi considerado na resposta. Dos entrevistados possuíam especialização ou residência em saúde da família os gerentes, um profissional médico, um enfermeiro e um profissional do NASF do total de entrevistados.

2.Na unidade módulo A os únicos profissionais estatutários eram os AVS; Por sua vez na unidade módulo B existiam profissionais estatutários de diferentes categorias.

Através da análise do quadro é possível observar que a maioria dos profissionais entrevistados possuía mais de 01 ano de atuação em ambas as unidades, não possuíam formação específica em saúde da família e cumpriam carga horária semanal de 40 horas. No que concerne ao regime de contratação, por sua vez é possível observar que na unidade módulo A apenas o profissional Agente de Vigilância em Saúde (AVS) era estatutário e todos os outros trabalhavam através de regime de contrato, já na unidade módulo B, havia profissionais com distintos vínculos de trabalho.

A inserção no campo ocorreu no dia 06/01/2013. Permaneci em campo observando as duas unidades escolhidas para investigação. Como instrumentos para o trabalho de campo utilizamos um diário de campo, o roteiro para observação sistemática e o roteiro para entrevista.

O roteiro previamente estabelecido orientava a observação sistemática permitindo verificar pontos importantes relacionados à postura e envolvimento dos profissionais com o trabalho que realizavam.

O acolhimento, comparando as duas unidades de saúde estudadas, foi observado como tendo, em alguns momentos similaridades e em outros diversidades, revelando o caráter singular da produção em saúde nas relações estabelecidas entre as unidades estudadas. Essa relação entre as unidades estudadas, foi observada pelo comportamento dos profissionais e usuários, pela postura adotada de acordo com a demanda de atendimento, pelos fluxos existentes na unidade, assim como pela conformação estrutural das unidades associada ao modelo de atenção adotado.

Os usuários procuravam atendimento nas unidades por conta de uma queixa específica ou estavam agendados previamente, como esperado. Percebeu-se, no entanto, grande fluxo de pessoas que entravam nas unidades para utilização de outros serviços, tais como curativos e imunização ou com receitas para transcrição de rede privada e encaminhamentos para especialidades de outros pontos da rede para agendamento pelo sistema de regulação de vagas da unidade.

O acolhimento nas unidades estava organizado para possibilitar a escuta dos motivos que levaram o indivíduo a procurar o serviço de saúde naquele momento e dar uma resposta à sua necessidade. Este era realizado na entrada das unidades, nos corredores e em sala específica onde um profissional avaliava a necessidade

imediate de atendimento. Havia escala de revezamento para determinado grupo de profissionais que assumiam a responsabilidade por receber e direcionar os usuários dentro das unidades, sendo possível observar quem trabalhava nas unidades e como trabalhavam os profissionais, e que condições de trabalho tinham. Foi possível identificar, na unidade módulo B, conflitos relacionados a diferentes formas de contratação que se repercutiam na insatisfação dos profissionais estatutários que não aceitavam e compreendiam o processo de trabalho dos profissionais celetistas que atuavam nas equipes de saúde da família. Em contrapartida, foi observada certa insatisfação dos profissionais celetistas por atuarem na unidade atendendo usuários que não eram cadastrados e adscritos aos seus territórios, gerando questionamento e propostas de maior envolvimento dos profissionais estatutários da unidade no processo de trabalho.

Na unidade módulo A apenas o profissional agente de vigilância em saúde era estatutário e atuava junto a Saúde da Família visando no território identificação e ação específica para diminuição de focos que poderiam contribuir para aparecimento de doenças endêmicas. Observei a postura deste profissional em específico e verifiquei pouco envolvimento com outras questões que não estivessem relacionadas à sua função, sugerindo manutenção da fragmentação do trabalho em saúde. Talvez por isto, poucos usuários procuravam atendimento desta categoria profissional.

Nas duas unidades os profissionais auxiliares de portaria e auxiliar de serviços gerais contribuíam muito com o processo de trabalho direcionando os usuários. Por diversas vezes, os usuários abordavam estes profissionais solicitando alguma informação. O acesso a esses profissionais era fácil pela sua presença constante na entrada e corredores da unidade. Percebi disposição em ajudar por parte destes profissionais que por vezes tornavam-se a referência para a “primeira escuta” aos usuários nas unidades. Atenção diferenciada foi dada ao profissional ACS que atuava nas unidades. Todos os ACS possuíam alguma identificação, ou estavam uniformizados ou com crachá institucional. Assumiam a porta de entrada como facilitadores do acesso<sup>3</sup> e a recepção da unidade recebendo os usuários de acordo com a equipe de referência.

---

3. Facilitador do acesso: pessoa responsável por organizar a porta de entrada das unidades evitando acúmulo de usuários e fila de espera para atendimento. Nas falas dos profissionais o facilitador do acesso foi identificado como “posso ajudar”.



Realizavam a primeira escuta, identificavam a necessidade do usuário, encaminhavam para setor específico visando realização de algum procedimento ou sala da unidade reservada para atendimento de um profissional enfermeiro que realizava avaliação de risco e vulnerabilidade quando o usuário entrava na unidade por demanda espontânea. A exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência, as situações não aguda e os três tipos de atendimento de situações agudas ou crônicas agudizadas, para fins de visualização e comunicação eram representados por cores e orientavam os enfermeiros possibilitando a classificação de risco na Atenção Primária conforme descrito no capítulo III. No entanto, as classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário. A utilização de um espaço específico para atendimento da demanda espontânea com a classificação de risco descrita contribuía para organização do processo de trabalho da unidade, vez que havia um fluxo pré-determinado para este tipo de demanda. Durante o período de observação, no entanto, foi possível observar que a maior parte da demanda que as unidades absorvia não apresentava quadro agudizado e buscava o atendimento por necessidade de acompanhamento, agendamentos prévios ou referenciadas de outros pontos da rede.

O estudo nas unidades, no primeiro dia de observação aconteceu sem que me identificasse como pesquisador, queria verificar se era notado pelos profissionais que ali atuavam e entender como estes profissionais acolhiam os usuários. Identifiquei-me como pesquisador no segundo dia de observação visando aproximação dos profissionais que atuavam nas unidades. O contato inicial com o campo e com os profissionais sem identificar-me como investigador permitiu observar a escuta, a postura e o manejo dos profissionais durante o atendimento. Contribuiu para identificar o padrão de solidariedade daqueles profissionais. Revelou também momentos de impotência diante de algumas situações específicas vivenciadas por eles. Por sua vez, a aproximação possibilitou melhor compreensão do envolvimento e do entendimento por parte dos profissionais da importância do acolhimento para organização do processo de trabalho das unidades, permitiu reconhecimento dos serviços que as unidades ofertavam aos usuários e possibilitou conhecimento do fluxo de acolhimento adotado nas unidades. Os fluxogramas descritores do acolhimento das unidades são apresentados nos apêndices 06 e 07 deste trabalho.

### 5.1.1- A unidade módulo A:

A unidade módulo A possui cadastro inicial no CNES com data em 30/05/2011, possui 05 equipes de saúde da família e 02 equipes de saúde bucal e é responsável pelo atendimento de aproximadamente 23.000 usuários. Está localizada na Zona Norte do Rio Janeiro. O mapa de abrangência da unidade com a área coberta pela estratégia de saúde da família encontra-se no apêndice 08.

Na entrada da unidade de imediato foi possível observar o profissional ACS desempenhando duas funções. Com um colete azul ele era responsável por receber e direcionar o usuário para guichês de atendimento específicos onde outro profissional ACS atendia de acordo com a equipe de referência do usuário. Permaneci como usuário na condição de expectador verificando de que forma o atendimento aos usuários era direcionado. Observei entrada e saída de usuários, verbalizações, direcionamentos para salas de atendimento médico, de enfermagem e procedimentos, posturas dos profissionais e condutas relacionadas às demandas dos usuários. Fiquei surpreso por ter permanecido na unidade observando, andando, sem abordagem imediata de algum profissional visando entender o que eu fazia ali ou se precisava de algum atendimento. Só fui abordado cerca de 02 horas depois do meu ingresso na unidade por um profissional ACS que perguntou se estava procurando alguém. Foi possível perceber e identificar através das falas dos profissionais problemas relacionados à porta de entrada da unidade de saúde:

*Muita das vezes pelo que percebo o acolhimento não é feito da forma devida porque a pessoa chega e diz: “eu preciso de um atendimento to com uma dor de cabeça preciso ser atendido pelo médico” aí a pessoa que está no acolhimento nem pergunta: “que dor de cabeça? Como é que é essa dor de cabeça?” Ela não vai medicar. Ela não vai sugerir nenhum tratamento. Mais ela vai fazer uma co-triagem para saber informar ao enfermeiro ou médico ou direcionar para uma UPA. (NASF)*

*A gente tem uma demanda muito grande de dengue e tem os pacientes agendados. Tendo ajuda a gente pode da conta disso. O que eu percebo é que essa ajuda nem sempre vem a contento. A*

*falta de agente, no momento eu to com 02 eram 06, a minha enfermeira estando de férias eu sinto falta. (MÉD.)*

A unidade mesmo diante do que foi exposto pelos profissionais era bem sinalizada desde a recepção, salas de atendimento individual e em grupo, assim como sala para realização de procedimentos. Cartazes informativos expostos também possibilitavam o trânsito dos usuários pela unidade. Na entrada da unidade os guichês de atendimento estavam dispostos cada qual para receber determinados usuários de acordo com sua equipe de referência. São bem próximos um do outro, um computador de mesa com acesso a internet permitia visualizar as agendas dos profissionais que estavam atendendo na unidade.

Acompanhei o fluxo de atendimento de um usuário que entrou na unidade. A ausência do profissional médico gerou conflitos, dificuldade de comunicação e de entendimento por parte do usuário. Os usuários ao entrar na unidade quando eram informados da ausência do profissional médico acabavam por ficar irritados. Por sua vez, os outros profissionais tornavam-se pouco resolutivos e não acionavam outros mecanismos em respostas as demandas dos usuários.

*Se tivesse médico em todas as equipes, se todos fizessem tudo igualzinho, do mesmo jeito, se tivesse uma ordem acho que o acolhimento seria melhor. Às vezes eu falo uma coisa, quando chega dentro da sala vem o enfermeiro e o técnico de enfermagem e fala outra.(ACS)*

No segundo momento da observação nesta unidade procurei entender quem eram os profissionais que atuavam ali e que formação estes profissionais possuíam. Foi possível identificar que 80% dos profissionais que atuavam não possuíam experiência e formação específica em saúde da família. Os ACS, principais responsáveis pelo acolhimento na unidade, apresentavam na sua grande maioria dificuldade em resolver os problemas apresentados pelos usuários. A capacidade resolutiva dos mesmos era reduzida e por diversas vezes outros profissionais, como técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico eram acionados para ajudar neste processo. Os outros profissionais por sua vez de acordo com a observação pouco estavam envolvidos com o acolhimento e atendiam conforme necessidade apontada

pelo ACS. Na unidade módulo A, foi possível observar uma sala para a realização da escuta qualificada que era realizada pelo profissional enfermeiro, mas havia subutilização da mesma, vez que o profissional que deveria atuar na sala por vezes desenvolvia outra atividade paralela, tais como consulta individual de usuários da sua área adscrita, grupos. Alguns deles, mesmos escalados para atuarem nesta sala, encontravam-se no momento da observação fora da unidade realizando ação em saúde ou visita domiciliar.

*Os ACS são os que mais acolhem os usuários na unidade. Também ficam lá na frente. Daí os usuários logo chegam e perguntam. Só acho que somos os menos preparados pra isso. (ACS)*

*Tem equipes que acabam funcionando melhor porque os ACS identificam o problema, chamam a técnica e depois chamam a enfermeira para resolver. Agora têm outras que tem pessoas que acabam tendo uma dificuldade dentro desse processo e aí encaminham as pessoas pra qualquer lugar e aí as pessoas ficam aqui dentro rodando. (TÉC. ENF.)*

O contato estabelecido contribuiu para entender o processo de trabalho, a organização dos fluxos e das linhas de cuidado e o desenho de acolhimento estabelecido para atendimento aos usuários. Na unidade o facilitador do acesso intitulado como “posso ajudar” direcionava os usuários cada qual para o guichê específico onde um ACS permanecia realizando uma segunda escuta. A partir desta escuta o usuário poderia ser agendado ou atendido de acordo com sua necessidade ou encaminhado para um dos serviços disponíveis na unidade.

*A inserção do posso ajudar ajudou muito porque organiza o fluxo. A gente via que antes de ter o posso ajudar os pacientes entravam na clínica alguns iam até os guichês e perguntavam aos agentes e outros ficavam sem rumo pela unidade perguntando um ao outro onde era uma sala de vacina, onde eram coisas bem básicas. (GERENTE)*

A disposição dos serviços e direcionamento para estes serviços, a oferta de grupos de promoção da saúde, o apoio diagnóstico da unidade e os procedimentos realizados, o encaminhamento para os demais pontos da rede e a inserção e o apoio do NASF foram observados e todos foram vistos como essenciais para aumento da resolutividade das demandas identificadas no acolhimento. Essa relevância será discutida com mais rigor no próximo capítulo.

### **5.1.2- A unidade módulo B:**

A unidade módulo B, possui cadastro inicial no CNES com data em 21/10/2012. Também está localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro. Atualmente a unidade possui 04 equipes de saúde da família e 01 equipe de saúde bucal e atende uma população de aproximadamente 20.000 usuários. O mapa de abrangência da unidade com a área coberta pela estratégia de saúde da família encontra-se no apêndice 09.

A unidade é considerada unidade mista, vez que parte dos usuários atendidos ainda não possuem equipe de saúde da família como referência. A unidade diferente da unidade módulo A, durante o estudo, estava organizada de forma diferenciada. Na entrada o posso ajudar assumia a mesma função. Os ACS de igual forma assumiam a função de receber e direcionar os usuários. Permaneci na unidade no primeiro momento por cerca de 03 horas observando o acolhimento sem identificar-me até que o auxiliar de portaria realizou a primeira abordagem questionando se precisava de algo. Havia grande quantidade de usuário neste dia. Meu primeiro contato aconteceu no momento em que havia uma mobilização para vacinação contra influenza, o que contribuía para aumento da demanda de usuários neste dia.

Na entrada das unidades guichês de atendimento estavam dispostos cada qual para receber determinados usuários de acordo com sua equipe de referência. Eram bem próximos um do outro. Um profissional ACS escalado no posso ajudar regulava o fluxo de entrada e saída, orientando o usuário dentro da unidade. Os guichês de atendimento, em local específico onde um profissional administrativo permanecia atendendo dentro da unidade, regulava um segundo fluxo de usuários os quais ainda não possuíam equipe de referência dentro da unidade. O que chamou minha atenção foi o duplo direcionamento. Ao entrar na unidade o usuário verificava com o profissional ACS se ele pertencia a uma área do território da saúde

da família, caso negativo ele era direcionado para um segundo guichê onde os administrativos realizavam uma segunda escuta visando identificar qual a necessidade do usuário. Acompanhei o fluxo de um usuário sem equipe de referência e observei dificuldade para inserção deste usuário na rede de serviço, vez que havia dificuldade para marcação do usuário nas agendas dos profissionais médicos estatutários que atuavam na unidade. Outros dispositivos da unidade não eram acionados e havia pouca comunicação entre profissionais que atendiam na saúde da família e os administrativos. Os grupos da unidade foram vistos como importantes mecanismos. Tanto os profissionais da saúde da família, como os que atuavam na unidade e não estavam vinculados ao saúde da família realizavam grupos. A unidade era amplamente sinalizada indicando dia e horário dos grupos. No entanto, durante observação foi possível verificar poucos encaminhamentos de usuários para estes grupos. Os profissionais da saúde da família e os profissionais estatutários supervalorizam cada qual o grupo pelo qual eram responsáveis e isto dificultava o processo de trabalho e causava ruídos na comunicação entre os profissionais.

*Aqueles que não são cobertos pela equipe de saúde da família são direcionados pra guichês também de atendimento de profissionais vamos dizer assim da unidade que não cobrem a estratégia de saúde da família. Eles são direcionados pra estes guichês. (GERENTE)*

*O atendimento aqui acontece assim, do PS a gente encaminha porque aqui tem a recepção do PS que são os atendimentos com números, dias marcados, tudo direitinho e tem a outra recepção que tem os guichês do PSF, da estratégia. (TÉC.ENF.)*

*Eu vejo que as equipes de saúde da família e as que não são da saúde da família trabalham de forma bastante separada e aí assim geralmente o posso ajudar é quem direciona. (NASF)*

As falas dos profissionais corroboram para identificação de um duplo direcionamento na unidade de acordo com o endereço apresentado pelo usuário. Esta forma de organização da unidade por vezes gerava conflitos e prejudicava a comunicação entre profissional-profissional e profissional-usuário. No segundo

momento de observação, foi possível identificar sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde da família e pouco envolvimento com o processo de trabalho por parte dos profissionais estatutários que atuavam na unidade. Por vezes, o profissional estatutário assumia salas específicas onde atuava no manejo de algum procedimento. Enfermeiros estatutários eram subutilizados e assumiam a responsabilidade por algum programa (imunização, tabagismo, tuberculose), enquanto os profissionais da saúde da família eram responsáveis por assumir os grupos de promoção da saúde e atendimentos individuais aos usuários que entravam na unidade. O atendimento por demanda espontânea na unidade na sua grande maioria era absorvido por enfermeiros e médicos que atuavam na saúde da família. As visitas domiciliares de igual forma só eram realizadas por estes profissionais e em situações bem específicas estes acabavam realizando visitas em territórios pelos quais não eram responsáveis. Além das questões apontadas pela observação, outras de forte impacto foram reveladas através das falas dos profissionais:

*Eu acho que se fosse só a clínica. A gente ía ter um pouco menos de trabalho. Vou te dizer ontem tinham cinco pessoas falando comigo. Da moça que estava sentada falar assim espera aí que ela está dando atenção para mim. Cinco pessoas falando com uma só. Eu fiquei assim, eu não sabia para onde olhar. Eu realmente fiquei perdida. Eu fiquei olhando para ela e ela percebeu. Eu fiquei parada porque eu me senti acoada. Pela primeira vez ali eu chorei. (ACS)*

*Mesmo com os dois atendimentos a gente não vê resolutividade, a gente vê e sente a insatisfação constantemente nos pacientes. (TÉC. ENF.)*

*Eu vejo que no acolhimento acontece algumas situações de conflito porque as vezes o profissional não consegue manter a calma, explicar. Acho que isso é uma coisa importante e acaba diminuindo a credibilidade dos cadastrados na unidade. (NASF)*

A sobrecarga de trabalho, resolutividade reduzida e os conflitos encontrados apontados pelos profissionais da unidade módulo B estavam diretamente relacionadas ao acolhimento adotado pela unidade, a quantidade de usuários pelos

quais a unidade era responsável, pela própria conformação da unidade e diferentes formas de contratação, assim como pela localização limítrofe da unidade de saúde que acabava recebendo usuários de outros municípios próximos ao Rio de Janeiro.

## **5.2- Acolhimento prescrito e acolhimento real na Atenção Primária em duas unidades com modelos distintos de atenção**

As entrevistas realizadas nas unidades foi a principal técnica de investigação utilizada para coleta de dados. A partir da análise das entrevistas buscou-se observar o acolhimento nas duas unidades, considerando as peculiaridades inerentes a cada uma delas. A aplicação das entrevistas para as diferentes categorias profissionais possibilitou identificar o envolvimento e o entendimento dos profissionais no que concerne a sua responsabilidade pelo acolhimento direcionado aos usuários. A observação sistemática realizada contribuiu complementando os dados levantados com as entrevistas.

O acolhimento em ambas unidades investigadas foi apontado como dispositivo para atendimento da demanda espontânea e garantia de acesso dos usuários aos serviços oferecidos nas unidades. Na visão dos profissionais entrevistados o acolhimento organiza a porta de entrada na Atenção Primária, permite melhor direcionamento para os serviços que a unidade disponibiliza, assim como para outros pontos de atenção da rede e possui grande capacidade resolutiva quando atrelado a uma escuta qualificada. Conforme podemos observar nas falas abaixo:

*Uma das coisas mais importantes do acolhimento é isso é poder direcionar aquele paciente, atendendo a sua demanda, eu acho que pode contribuir muito para organização dessa maneira assim informando bem, evitando que o paciente tenha que ir aos diversos setores com a mesma pergunta tendo respostas diferentes. (NASF)*

*O acolhimento é a principal porta de entrada. (ACS)*

*Bem o acolhimento é à entrada do paciente na nossa unidade. É a partir dali que a gente vai direcionar essa clientela para o atendimento de acordo com o que ele coloca para gente, com a necessidade dele. (ENF)*



*A partir do acolhimento nós podemos realizar uma escuta qualificada procurando ver a real necessidade do usuário que chega até a unidade de saúde. A partir dessa escuta qualificada a gente também vai está orientando o usuário para qual profissional ele vai ser assistido. (GERENTE)*

A PNAB (BRASIL, 2012) estabelece que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Essa função ímpar do acolhimento é reconhecida pelo profissional quando ele reconhece a importância do acolhimento “*ao ajudar na organização de todo o sistema de saúde dentro dessa nova lógica de promoção da saúde, prevenção de doenças e de educação em saúde, não esquecendo a parte curativa.*” (MÉD). Entender o acolhimento dentro dessa lógica de promoção e prevenção da saúde, não esquecendo a parte curativa exige envolvimento dos profissionais e entendimento da necessidade de longitudinalidade do cuidado. Para isso, o acolhimento deve se iniciar desde a recepção, que é a porta de entrada da unidade, mas não deve ser reduzido à porta de entrada, pois como diretriz clínica se destina à organização do serviço e do processo de trabalho para a garantia do acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado. (SMSDC, 2011).

*O acolhimento é uma grande ferramenta aonde a gente pode através dele direcionar, organizar e planejar. Porque ele também nos traz um diagnóstico. (GERENTE)*

*Um acolhimento bem feito direciona o cadastrado dentro da unidade. Ele entende como é que a unidade funciona e não fica perdido. Entende o fluxo da unidade na verdade. Porque às vezes a pessoa vem querendo procurar informação, não sabe como é que funciona a clínica da família, como é que é a clínica da família. Não sabe onde é o curativo, a vacina. Se ele tiver esse direcionamento, esse acolhimento ele consegue se mobilizar. (NASF)*

O acolhimento precisa ser orientado de forma singular, entendendo a demanda ou necessidade do usuário como algo individual. Acolher implica em envolver-se com o processo, com o trabalho que é desenvolvido. A capacidade resolutiva do acolhimento esta diretamente ligada à capacidade de escuta do profissional que acolhe e a sua capacidade de resolver ou de buscar respostas para a demanda encontrada no momento acolhimento. O acolhimento precisa ser visto como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004). As falas dos profissionais elucidam isso quando afirmam que:

*O acolhimento é todo um processo que pode ser resolvido facilmente mais que por ser um fator que conta com o pessoal de cada um, com o caráter e a boa vontade, a personalidade de estar ali disposto a ajudar acaba virando um nó. (TÉC. ENF.)*

*Se tiver um acolhimento organizado para todos os serviços da clínica... Se este processo estiver todo organizado o paciente não perde tempo ele não roda a clínica inteira para poder procurar quem é a pessoa certa, qual o local que ele tem que ir. (ADM)*

*O acolhimento ele é a porta de entrada da Atenção Primária e acho que ele contribui na avaliação da demanda, na organização dos fluxos da unidade e na resolutividade, na ordenação do cuidado de uma maneira geral. (GERENTE)*

A PNH (BRASIL, 2004) enfatiza que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. A nova PNAB

(BRASIL, 2012) por sua vez atribui a todos os membros da equipe a participação no acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Na prática, no entanto, percebeu-se através das entrevistas e observação realizadas uma sobrecarga de trabalho do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) que assume o papel de acolher os usuários na recepção da unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos e ações realizados e ainda atua como facilitador do acesso organizando a demanda de atendimento dos que procuram o serviço diariamente.

*Tem sempre um agente de saúde e um posso ajudar atendendo.*

*Eles é que entendem melhor este processo. (THD)*

*Nessa unidade aqui quem faz o acolhimento são os ACS. Eles que dão tanto informação para saúde da família como para o posto.*

*Então a gente é obrigada a saber tudo. Saber como funciona o posto e saber como funciona a clínica da família. (ACS)*

*Olha isso depende muito de quem ta no acolhimento. Depende muito do agente. O acolhimento é complicado porque ninguém gosta de ficar no acolhimento bem na verdade né. O posso ajudar então pior ainda. Mais dependendo do agente que ta ali esse paciente pode ser ouvido porque o acolhimento é isso é escuta. (NASF)*

*Eles passam pelas baías na recepção para o agente de saúde de referência da equipe. A princípio nós temos também um agente de saúde escalado diariamente no posso ajudar que a princípio faz a escuta ativa, identifica qual a necessidade desse indivíduo.*

*(GERENTE)*

As falas referidas pelos profissionais corroboram para a identificação de um acolhimento centrado no ACS e com pouco envolvimento por parte dos outros profissionais. A necessidade de contato com o profissional ACS para legitimação do acesso pode ser evidenciada através das entrevistas e da observação

sistemática realizada. O ACS na maioria das vezes de acordo com o que foi identificado:

- a) Realizava a escuta do usuário;
- b) Identificava a necessidade do usuário;
- c) Localizava pelo endereço fornecido se a unidade é a referência para o usuário na Atenção Primária;
- d) Encaminhava para avaliação do profissional enfermeiro ou outro profissional da equipe quando a unidade era referência para o usuário;
- e) Direcionava o usuário para a unidade de referência conforme endereço apresentado.

O papel que este profissional desempenha na Atenção Primária, especificamente, no acolhimento, precisa ser repensado, vez que a investigação permitiu reconhecer algumas fragilidades neste profissional como podemos observar através da transcrição da fala da ACS:

*O acolhimento é escuta. Os ACS são os que mais acolhem os usuários na unidade. Também ficam lá na frente. Daí os usuários logo chegam e perguntam. Só acho que somos os menos preparados para isso. Tivemos um introdutório mais não foi suficiente. Olha quando entrei pra trabalhar aqui pensei que fosse ficar na rua, na casa das pessoas. Mais ficamos muito tempo aqui dentro. Daí as pessoas reclamam e com razão. No acolhimento tudo é muito difícil. Por exemplo, minha equipe está sem médico no momento. O paciente quer médico, quando chega e digo que não tem ele logo fica grosseiro e pergunta o que eu estou fazendo ali. O acolhimento funciona, a gente tá ali, atendendo o paciente quer orientação à gente dá, quando quer vacina, curativo a gente diz qual é a sala. Mais e quando ele quer médico. O que a gente faz? Se tivesse médico em todas as equipes, se todos fizessem tudo igualzinho, do mesmo jeito, se tivesse uma ordem acho que o acolhimento seria melhor. Às vezes eu falo uma coisa, quando chega dentro da sala vem o enfermeiro e o técnico de enfermagem e*

*fala outra. Aí o paciente não dá crédito ao que falamos. Acho que falta autonomia para gente. É isso que acho. (ACS)*

As fragilidades apontadas pela ACS “só acho que somos os menos preparados para isso”, “tivemos um introdutório mais não foi suficiente”, “ficamos muito tempo aqui dentro”, “às vezes eu falo uma coisa, quando chega dentro da sala vem o enfermeiro e o técnico de enfermagem e fala outra” e “acho que falta autonomia para gente” precisam ser sinalizadas vez que expressam o reconhecimento por parte da profissional da necessidade de valorização e respeito pelas atividades que desenvolvem. A verbalização do ACS precisa ainda ser analisada visando identificar que recursos esta profissional possui para atender as demandas diárias de atendimento pelas quais se torna responsável considerando ser este o primeiro contato do usuário na Atenção Primária em Saúde.

### **5.3- A utilização plena do acolhimento enquanto ferramenta gerencial: As tecnologias em saúde o apoio do NASF**

Esta parte da análise dos resultados pressupõe entender a inserção e o apoio do NASF nas duas unidades estudadas, assim como de que forma as tecnologias em saúde que as unidades possuem têm sido utilizadas visando atender as necessidades dos usuários. O acolhimento foi identificado como a principal tecnologia leve utilizada nas unidades. O NASF foi identificado em alguns momentos como tecnologia leve e em outros como tecnologia leve-dura, considerando neste último caso a utilização de saberes estruturados por parte dos profissionais que atuam na unidade face ao levantamento das necessidades de saúde dos usuários. As unidades possuem normas específicas e instrumentos que facilitam o atendimento aos usuários e estes foram identificados como tecnologias duras. São estes: regulamento e regimento interno, plano de acolhimento, instrumentos para atendimento específico em saúde da criança, da mulher, do homem e do idoso, assim como instrumentos específicos para atuação em sala de vacina, curativo, procedimento, visita domiciliar e atendimento em grupo.

O acolhimento, enquanto tecnologia leve possibilita identificação das necessidades reais do usuário. Por sua vez, as tecnologias leve-duras e duras que as unidades possuem contribuem para resolutividade dessas necessidades. Através

das falas dos profissionais procuramos identificar como são utilizadas as tecnologias em saúde (serviços, procedimentos, grupos) para direcionamento e atendimento das necessidades dos usuários a partir do acolhimento.

Como foi observado anteriormente, o ACS nas unidades foi apontado como principal responsável por acolher os usuários. Através da observação sistemática realizada foi possível observar que as atividades realizadas pela unidade eram sinalizadas através de informativos que ficavam visíveis nos quadros anexados nos corredores das unidades. Estes informativos divulgavam pela unidade todos os grupos, ações e atividades planejadas. A investigação realizada, no entanto, procurou identificar através das falas dos profissionais de que forma as diversas categorias estavam envolvidas com o acolhimento e utilizavam as tecnologias existentes na unidade (serviços, ações e grupos) para melhor direcionamento do usuário e aumento da resolutividade dos atendimentos. Para isso, o conceito de acolhimento foi pensado como aquele que se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. (BRASIL, 2012)

Procurou-se resgatar o conceito de acolhimento descrito acima, considerando o envolvimento dos profissionais com o acolhimento realizado e o entendimento da necessidade de responsabilização por buscar respostas para as necessidades de saúde encontradas no momento acolhimento. Para elucidar o exposto buscou-se compreender quem era responsável por orientar e direcionar os usuários para as ações, grupos e serviços que as unidades ofereciam. Para atendimento desta demanda é necessário um plano de acolhimento único e protocolos clínicos orientados por linhas de cuidado que complementem as ações realizadas e auxiliem a avaliação de risco e vulnerabilidades e contribuam para organização dos fluxos e o cuidado em rede. (SMSDC, 2011)

*Eu tenho preconizado que qualquer pessoa que esteja no corredor que seja indagado alguma coisa que saiba qual é o fluxo porque até o médico quando sai pra ir até o banheiro ou tomar uma água ou fazer um lanche, tomar um café ele deve ser capaz de informar o*

*paciente, de acolher e da às informações necessárias caso seja abordado. (MÉD.)*

*Todos os profissionais estão na verdade preparados para dar este tipo de informação e nós temos bastantes informações nos quadros. Das datas, dos dias, nós temos grupo de gestante, grupo de tabagismo, nós temos planejamento. Tudo isso, ou você direciona para o profissional que já é capacitado para poder ver como fazer, se vai inscrever, se vai marcar um dia com a pessoa ou você encaminha para o agente de saúde que vai dá a informação melhor de quando ele pode vir. (TÉC. ENF.)*

*Em geral são encaminhados pelos profissionais que fazem os atendimentos. Os médicos, as enfermeiras, os agentes e os técnicos. Geralmente eles encaminham, aconselham o paciente a participar. Existe divulgação. Nós fazemos divulgação com palestras, com folhetos, com panfletos, fazemos sim. (ADM)*

*Qualquer profissional pode encaminhar para os grupos independente da profissão. Mas geralmente a gente manda para o acolhimento porque eles sabem certo os dias dos grupos. (ENF.)*

A necessidade de fluxos definidos permite melhor direcionamento dos usuários e otimiza a utilização dos serviços ofertados pela unidade. Os serviços oferecidos para atendimento aos usuários permitem atendimento nos diferentes ciclos de vida e atendem a inúmeras necessidades de saúde dos usuários respondendo as demandas encontradas no acolhimento. O direcionamento e encaminhamento para estes serviços, no entanto, conforme apontado pode ser realizado por qualquer profissional que tenha conhecimento prévio das tecnologias em saúde que as unidades possuem e envolvimento com o processo de trabalho que realiza. É importante considerar a necessidade de fluxos definidos que orientem os profissionais, estabelecimento de critérios para encaminhamento para os grupos, planejamento de ações com base no diagnóstico das principais demandas de atendimento das unidades e escuta qualificada, considerando que a entrada do usuário na unidade, nem sempre está condicionada a atendimento médico e de enfermagem, por vezes a demanda de atendimento pode ser prontamente atendida na sala de vacina, curativo ou com os serviços oferecidos pela saúde bucal.

O estabelecimento de fluxos que orientem o trabalho na APS, a utilização das tecnologias em saúde e o planejamento deve ser desenvolvido com apoio do NASF, vez que este insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado (BRASIL, 2009) e contribui para aumento da resolutividade. O NASF, pensado enquanto tecnologia pode ser visto como dispositivo de apoio para o acolhimento, uma vez que aumenta a capacidade resolutiva da Atenção Primária. Os NASFs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012).

*Funciona como um capacitador. (MÉD.)*

*O principal papel do NASF é o matriciamento. Estão inseridos em todas as atividades e nos grupos, realizam visitas domiciliares.*

*(GERENTE)*

*O ideal é que sempre aconteça nas reuniões de equipe porque a gente consegue implicar um número maior de pessoas e todo mundo vai ter a mesma direção. E aí a partir disso a gente faz interconsulta ou a gente vai na casa da pessoa faz visita domiciliar ou a gente pode fazer atendimento individual se for o caso.(NASF)*

*Já vi atender por grupos e por paciente. (ASG)*

*Eles fazem consultas conjuntas buscam solucionar os problemas e quando há necessidade o profissional do NASF saí em campo.*

*Participam também das reuniões de equipe. (ADM)*

Considerando o papel do NASF descrito pela PNAB (BRASIL, 2012) e O caderno de atenção básica nº 27 (BRASIL, 2009):



O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. A organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de Saúde da Família deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. (p.07)

Pode-se observar que parte dos profissionais que atuam na unidade entendem a atuação e a inserção do NASF. Foram apontados pelos profissionais como formas de atuação e inserção do NASF: participação em reunião de equipe, grupos e ações, interconsultas e visitas domiciliares. O atendimento individual também foi considerado como importante face às demandas específicas. O NASF foi considerado ainda como mecanismo para educação permanente e capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Primária e como suporte para atendimento em grupo e para realização de ações na unidade e no território.

No que concerne ao atendimento dispensado a usuários com problemas relacionados à saúde mental o NASF foi identificado como extremamente necessário. No entanto, foi possível observar dificuldade de entendimento relacionado à atuação do NASF por parte dos profissionais que atuam no apoio, tais como auxiliares de portaria, agente de vigilância em saúde e auxiliares de serviços gerais. Por vezes, não sabiam da existência do NASF, ou sabiam da existência, mas não entendiam de que forma o NASF atuava:

*Eu também não tenho conhecimento sobre o NASF. (AVS)*

*Não sei. Sei que tem um educador físico que faz caminhada as vezes com idosos e que tem nutricionista e psicólogo aqui. Mais não é todo dia e não sei como atendem. (AUX. PORTARIA)*

*Não sei dizer. Sei que tem aqui porque ouvi falar. Vejo os agentes conversando. (ASG)*

As tecnologias em saúde existentes na unidade (leves, leve-duras e duras) e o NASF contribuem significativamente com o acolhimento, vez que aumentam a

resolutividade do atendimento dispensado aos usuários na Atenção Primária. Todavia, existe necessidade de elaboração de protocolos e fluxogramas que direcionem e ordenem o cuidado a partir do acolhimento e que implique o profissional responsabilizando-o com o acolhimento a partir do primeiro contato com o usuário. Todos os profissionais que atuam na unidade precisam conhecer o processo de trabalho da unidade, das equipes e do NASF, assim como os serviços que as unidades oferecem e o lugar que a unidade ocupa na rede de serviços em saúde. Isto, por sua vez exige envolvimento do profissional com o processo de trabalho e comunicação eficiente por parte da gestão.

#### **5.4- As fragilidades percebidas no acolhimento das unidades e sua relação com o processo de trabalho**

A APS tem como uma de suas diretrizes de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e coresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Para atender a esta diretriz as unidades de saúde no Brasil tem assumido diferentes conformações de acordo com fatores sociais, econômicos, culturais, relacionados à própria demanda e a presença ou não da estratégia de saúde da família. No Rio de Janeiro, procuramos através deste estudo identificar de que forma o acolhimento tem contribuído para organizar o processo de trabalho em duas unidades com modelos distintos de atenção, sendo observado que o processo de trabalho nestas unidades vem acontecendo de forma sistemática o que tem contribuído para organizar a porta de entrada das unidades, sendo identificadas, no entanto, fragilidades que repercutiram no manejo adequado das necessidades dos usuários, abaixo sistematizadas:

a. Pouca capacidade resolutiva dos profissionais que atuam na APS:

*O acolhimento aqui da unidade ele tem um certo déficit porque alguns dos ACS eles não tem preparo para esta ali na frente. Então quando algum paciente chega ali na frente às vezes ele não quer nada ele só quer conversar mas o ACS por ficar nervoso por ter uma fila muito grande ele acaba não prestando muita atenção no que o paciente quer e encaminha ele pra uma outra sala que não tinha nem necessidade dele aparecer. (TÉC. ENF.)*

*Então tá aumentando assim o grau de complexidade de atendimento do paciente em atenção básica e isso tá dificultando a gente no trabalho que deveria ser assim de profilaxia. A gente não tá conseguindo chegar ao tempo de profilaxia infelizmente por conta dessa diferença. (MÉD.)*

b. Dificuldade de se responsabilizar pela demanda buscando responder por suas necessidades:

*Porque acho assim que o acolhimento conta muito com a colaboração de cada um dos profissionais. Qualquer pessoa que esteja na unidade e que tenha boa vontade, que saiba o que a pessoa precisa pode ajudar só que eu acho que nem sempre a gente conta com essa boa vontade aí a pessoa fica andando, procurando respostas que poderia ter encontrado ali mesmo. As vezes fica esperando sem necessidade, as vezes vai a vários lugares para obter uma informação. Isso satura qualquer pessoa. Infelizmente eu acho que ainda é um problema muito difícil de ser resolvido por conta disso que é um fator que precisa da colaboração de cada um de nós. Que a gente tenha a boa vontade de responder isso e que se a gente não sabe responder que a gente vá buscar resposta com outro profissional. É mais fácil você enquanto profissional falar com outro profissional do que a própria pessoa ficar andando e procurando, então quando você encontra uma pessoa que está com problema que você não sabe resolver você vai para*

*outro profissional amigo teu que você saiba que é legal pra ele ajudar. Eu pelo menos hajo dessa forma. Procuo uma informação para definir o que a pessoa está precisando.(TÉC. ENF.)*

*Vejo muita dificuldade quando falta um profissional da equipe, de quem é que vai acolher. Por mais que a gente tenha tentado criar a equipe irmã na prática ainda tem muita dificuldade. A gente tem uma demanda espontânea absurda e é uma demanda espontânea de pacientes cadastrados. São aqueles pacientes que culturalmente tem dificuldade de entender o que a estratégia de saúde da família. São demandas que poderiam aguardar a consulta mais que preferem chegar e ter aquele imediatismo porque acha que aqui é clínica da família e que ele tem que ser atendido naquele momento e que seu problema é o pior de todos então eu vejo isso como uma dificuldade. Como acolher e como da resolutividade a essa demanda espontânea.(MÉD.)*

- c. Dificuldade para entender o que é projeto terapêutico individual e sua contribuição:

*O médico e o enfermeiro têm que ta primeiro a frente desse atendimento inicial. Ele tem que fazer a primeira orientação. Caso eles tenham alguma dificuldade esse caso vai ser trazido pra uma reunião. Nessa reunião junto com as ACS, junto com o NASF, junto com o médico e o enfermeiro a gente vai discutir, a gente vai traçar um projeto terapêutico. Nesse projeto a gente vai definir se vai ser uma interconsulta, se vai ser uma VD. (NASF)*

- d. Dificuldade de acionar mecanismos que possam responder as necessidades dos usuários e atendimento centralizado no profissional médico e enfermeiro:

*Ali na frente não é só marcar consulta é você também prestar atenção no que o cadastrado ta pedindo. Derrepente ele não precisa nem de uma consulta. Numa conversa de 05 minutos você consegue*

*resolver o problema dele. Mas as pessoas chegam aqui querendo consulta e às vezes você nem pergunta por que ela quer a consulta. As vezes não é nada, as vezes você numa conversa consegue resolver e tirar uma dúvida que ele tomaria o tempo do médico de meia hora. (TÉC. ENF.)*

*Vejo isso como uma grande dificuldade. Porque o usuário chega e coloca sua queixa. Ele vai falar da sua maneira, como cidadão, como leigo, ele não tem obrigação de saber se colocar e o ACS se vê limitado frente a essa colocação do usuário e aí ele absorve todo mundo que chega quando muita das vezes não há necessidade de que todos esses que estão chegando ao acolhimento sejam realmente absorvidos para um atendimento. (GERENTE)*

e. Pouca integração entre a ESF e o NASF:

*Elas fizeram até uma reunião com a gente no início. Eu vejo eles atendendo mais não participo assim muito. Eu sei que tem o serviço social, a psicóloga e elas atendem o bolsa família essas coisas aí. Eu sei que elas fazem esses atendimentos.(ENF.)*

*Bom o NASF é uma proposta maravilhosa mais ainda não deslanchou porque é muito pouco profissional. Aqui as únicas profissionais do NASF que eu consegui vê atuando bem intensamente inclusive indo fazer visita domiciliar foi à psicóloga e a assistente social. Os outros profissionais sinceramente não me pergunte porque eu não sei se existem aqui.(TÉC. ENF)*

f. Fragilidade na coordenação do cuidado relacionada à dificuldade de encaminhar os usuários para atendimento em outros pontos da rede.

*O acolhimento infelizmente ta sendo pra identificar pessoas pouco para direcionar porque a gente não tem para onde mandar esta pessoa. Infelizmente o maior problema hoje do acolhimento é esse porque acaba a gente atendendo um monte de gente que não deveria ser nosso.(MÉD.)*

*A sala do sisreg é uma fila o dia inteiro. Aquela burocracia de jogar no sistema para ver o que consegue e o que não consegue isso gera uma insatisfação tão grande. As pessoas ficam ali atrás e eles mostram a revolta deles para qualquer um que passar por ali. Nós somos tachados assim de que não queremos trabalhar. Porque eles acham que cada um que passa ali tem que dar uma solução para eles. E ele está invocado ali naquela sala do sisreg. Eu vejo as pessoas constantemente reclamando. Poxa esse exame precisava o mais urgente porque eu preciso operar e cadê a resolutividade para isso. Então para mim a estratégia ou PS seja lá o que for desanda no momento em que você precisa de profissionais especializados e exames mais sofisticados.(TÉC.ENF.)*

Mesmo, diante dos problemas apontados, é importante ressaltar que a investigação possibilitou identificar conforme preconiza a PNH um acolhimento singular, pautado nas necessidades dos usuários. As unidades possuem uma mesma diretriz normativa, mais diferentes formas de acolher o usuário que puderam ser observadas neste estudo. A cada relação com o usuário, foi possível perceber um novo modo de se produzir saúde que levava em consideração as individualidades de cada usuário. Isto porque cada profissional possui características próprias e um auto-governo que se traduzem na produção do cuidado. As ações cotidianas de cada profissional sofrem influência de diversos fatores e estes fatores podem reduzir ou ampliar a capacidade resolutiva dos profissionais no momento acolhimento. Este mesmo acolhimento, no entanto, foi visto como um importante e eficaz mecanismo para se verificar de que forma o profissional estava envolvido com o processo de trabalho das unidades e utilizava os serviços que a mesma possuía para atender as necessidades dos usuários.

Na unidade módulo B foi possível observar dentro do contexto deste estudo que independente do modelo de atenção adotado os usuários necessitam ser escutados e precisam ter suas demandas resolvidas e que o modelo de atenção adotado precisa se organizar para atender de forma resolutiva os problemas encontrados.

O acolhimento como pode ser observado é o elemento que além de regular o acesso do usuário na porta de entrada, permite direcionando de acordo com grau de

necessidade e possibilita utilização plena dos serviços que a unidade disponibiliza para atendimento da necessidade de saúde do usuário. Exige, por sua vez comprometimento e envolvimento de todos os profissionais de saúde que precisam adotar uma postura que favoreça o vínculo e a responsabilização pelos usuários que procuram atendimento. Deve ser pauta para discussão em reunião de equipe e em reunião geral nas unidades e deve ser pensado enquanto política de inclusão, considerando os princípios do SUS de equidade e universalidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento na Atenção Primária tem ganhado destaque na literatura nacional nos últimos tempos. O livro do Ministério da Saúde lançado em 2012 “Acolhimento à Demanda Espontânea” reafirma o compromisso e a responsabilidade da APS por responder as demandas de saúde do seu território. A classificação de risco é apontada como instrumento para avaliação dessas demandas e o acolhimento como dispositivo capaz de ampliar a escuta, diminuindo a fragmentação do cuidado.

Uma das nossas críticas neste trabalho diz respeito ao modo como cada profissional está envolvido neste processo de acolher e vem conduzindo a produção do cuidado a partir do primeiro contato estabelecido com o usuário. O entendimento da necessidade de envolvimento e coordenação do cuidado a partir do primeiro contato com o usuário é visto como essencial neste processo. É nessa perspectiva que propomos uma reconstrução teórico-metodológica do constructo produção do cuidado, utilizando o acolhimento como referencial teórico.

O acolhimento permite reconhecer o grau de envolvimento dos profissionais com o serviço e com a produção do cuidado e é um dos principais meios para avaliação da satisfação dos usuários. Neste estudo à luz das principais referências teóricas foi possível uma reflexão do acolhimento prescrito face ao acolhimento real observado nas duas unidades. Não obstante, o acolhimento foi visto como importante ferramenta gerencial capaz de regular fluxos e contribuir para organização do processo de trabalho.

O primeiro ponto a ser considerado é a dimensão relacional ocupada pelo acolhimento. O encontro entre profissional e usuário é mediado por diversos fatores como foi apontado pelo estudo. Nas unidades estudadas este encontro pode ser observado bem de perto e possibilitou identificar algumas fragilidades relacionadas a postura dos profissionais. Destaque é dado ao profissional de nível superior. Foi possível observar em ambas as unidades, que o lugar ocupado pelo profissional no acolhimento exerce relação direta com sua formação. Quanto maior a formação dos profissionais maior o distanciamento destes com o acolhimento. Isto foi traduzido através da postura e do envolvimento dos profissionais de nível superior quando comparado aos profissionais de nível médio e fundamental. Os ACS e os outros profissionais de nível médio entendiam sua responsabilidade em acolher e direcionar



os usuários a partir do primeiro contato e isso ficou evidenciado através de suas falas. Estes profissionais quando não tinham capacidade técnica para responder as necessidades dos usuários, demonstravam interesse e empatia em buscar uma resposta. Por sua vez, os profissionais de nível superior pouco estavam implicados com o acolhimento e assumiam a função de responder de forma específica as demandas que iam de encontro aos conhecimentos inerentes a sua profissão. Ênfase deve ser dada ao profissional enfermeiro que assumia a responsabilidade de avaliar e classificar o risco dos usuários admitidos por demanda espontânea. Mesmo assumindo esta função foi possível observar dificuldade por parte deste profissional em utilizar de forma plena o acolhimento em resposta as doenças crônicas agudizadas e as doenças prevalentes mais comuns na infância que eram atendidas. A importância da utilização dos grupos e outros serviços para otimizar estes tipos de atendimento visando maior controle das doenças não era muito clara para este profissional.

A unidade módulo A além de salas específicas de curativo, imunização e procedimentos, possuía amplo auditório onde eram realizados grupos de promoção em saúde, tais como idosos, gestantes, planejamento familiar, tabagismo e alimentação saudável. A unidade módulo B, por sua vez possuía as mesmas salas que a unidade módulo A e os mesmos grupos de promoção em saúde. No entanto, foi possível observar pouca integração entre os profissionais da unidade módulo B no manejo dos grupos. Na maioria das vezes os profissionais estatutários assumiam os grupos e os profissionais celetistas se responsabilizavam por acolher a demanda espontânea. A atuação destes profissionais foi vista como conflituosa e havia intensa fragmentação do trabalho e ruídos na comunicação que se repercutiam no acolhimento. A necessidade de uma gestão voltada para mediação desses conflitos foi vista como essencial para reorientar e ressignificar a prática dos profissionais que atuavam na unidade.

A atuação do profissional ACS no acolhimento é outro ponto que merece destaque. Este profissional nas duas unidades foi visto como o principal e primeiro contato do usuário e o estudo permitiu observar dentre outras questões limitação na atuação deste profissional e desmotivação relacionada a sobrecarga de trabalho. Isto, corrobora para reflexão do papel do médico e do enfermeiro na supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pelos ACS, na identificação das fragilidades, assim como no planejamento e na implementação de atividades de educação

permanente. Destaque deve ser dado ao apoio institucional neste processo. O envolvimento e a aproximação da gerência com as questões apontadas, reuniões específicas com o corpo técnico das unidades, reuniões periódicas com os ACS, participação nas reuniões de equipe e abertura de espaços de discussão nas reuniões gerais contribui para entender os problemas instalados na unidade. O acolhimento, dentro desse contexto, foi visto como principal tecnologia leve e se apresenta como estratégia para reorganização do processo de trabalho e reconstrução de práticas.

O acolhimento visto como uma tecnologia leve é passível de ser alcançado através da mudança no processo de trabalho das equipes, que precisam se comprometer a buscar resolutividade para os problemas trazidos pelos usuários. No entanto, o estudo apresentou algumas limitações, uma vez que para que ocorra mudança no processo de trabalho a partir do acolhimento existe necessidade de implicação por parte dos profissionais e entendimento da necessidade de envolvimento e compromisso com a produção de saúde na Atenção Primária. Isto pode ser observado através da dificuldade para compreensão por parte de determinados profissionais de que o acolhimento não é uma atividade isolada, mas se configura em um conjunto de atividades assistenciais, que consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de se promover a resolutividade. Existe, necessidade, de explorar com mais propriedade estas questões utilizando outros referencias teóricos relacionados à formação em saúde, educação permanente e recursos humanos, haja visto a importância da temática acolhimento.

Todavia, o estudo demonstrou que a utilização plena do acolhimento para organização do processo de trabalho exige envolvimento dos profissionais e entendimento de que o acolhimento não pode ser reduzido a uma "saída" para atendimento e direcionamento de uma demanda espontânea, vez que a demanda continuará aparecendo. Antes, o acolhimento deve ter como objetivo uma escuta qualificada que possibilite a busca de resposta pela situação apresentada de acordo com os dispositivos e serviços que as unidades possuem. Por sua vez, nas unidades alguns dispositivos e serviços se destacavam como essenciais para atendimento aos usuários podemos citar dentre outros as salas de espera, imunização, curativo, procedimentos, visitas domiciliares, atendimento em saúde bucal, consultas coletivas para usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes e os grupos de

promoção em saúde. A importância dos grupos de promoção em saúde como prática terapêutica/assistencial e de apoio ao acolhimento, a implicação dos profissionais com os mesmos, assim como o entendimento da necessidade de grupos que atendam o caráter epidemiológico, social e subjetivo das demandas deve ser discutido e metodologia que atenda a estas necessidades devem ser pactuadas por todos os profissionais que atuam na unidade e estão envolvidos com os grupos de promoção. A educação em saúde é permeada pela participação ativa do usuário e deve possibilitar a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades ao lidar com os seus problemas de saúde. Para alcance disto, é necessário problematizar estes encontros possibilitando um espaço de mudança para os usuários e para os profissionais. A consequência disto é o aumento da resolutividade do acolhimento e diminuição das demandas de atendimento.

O acolhimento propõe uma mudança de cenário, onde o usuário tem papel fundamental e participa ativamente deste processo. A importância deste estudo para a saúde pública se deu na medida que o acolhimento contribui para regular e efetivar o acesso e funciona como um dispositivo para a resolução dos problemas de saúde. Por meio da oferta de ações e serviços ele permite aumentar o grau de satisfação dos usuários, uma vez que abarca recursos humanos, estruturais, materiais e as subjetividades, permitindo conhecimento e entendimento do processo de trabalho, contribuindo assim, para organização da porta de entrada, possibilitando melhor gestão das agendas e das atividades de promoção e prevenção em saúde.

Ademais, resgato a importância do NASF no processo de construção junto as unidades de mecanismos que contribuam para diminuição da demanda espontânea e fortalecimento das atividades programadas. O NASF enquanto dispositivo deve fortalecer a Atenção Primária permitindo intervenção mais ampla, efetiva e resolutiva. Por fim, o estudo apontou a necessidade de um NASF mais implicado com o processo de desenvolvimento de competências da equipe mínima de saúde da família, maior envolvimento e participação nas ações de promoção da saúde e apoio as atividades planejadas pela gerência das unidades. A interconsulta, as visitas domiciliares e o atendimento individual realizados pelo NASF demonstraram ser insuficientes para atendimento das necessidades dos usuários e para aumento da resolutividade dos profissionais que atuam nas unidades.

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, I. **Mercado Simbólico**: interlocução, luta, poder – Um modelo de comunicação para políticas públicas. 2002. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
2. ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; JUNIOR, T. M. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica [online]. 2000, vol.8, n.1-2, pp. 85-91. ISSN 1020-4989.
3. BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. **Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde**: estudo de caso em mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 5, Rio de Janeiro, set./out., 2005.
4. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Coimbra (PT): Lisboa, 1977.
5. BECKER, H. S.M. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1997.
6. BORGES, M. E. N. **A informação como recurso gerencial das organizações na sociedade do conhecimento**. Ciência da Informação, v. 24, n. 2, 1995.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **“Ação educativa: diretrizes”**. In: SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica – “Prof. Alexandre Vranjac”. Núcleo de Educação em Saúde. Educação em Saúde – Planejando as ações educativas – Teoria e Prática. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. São Paulo: CVE, 1997.

9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
11. \_\_\_\_\_. **Manual de Enfermagem/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.** Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família: trabalhos premiados /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 212 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de saúde(SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos de Atenção Básica ; n. 27**)

- 17.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 18.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família(ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 19.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- 20.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
21. Brasil. Ministério da Previdência Social. **Previdência Social: Reflexões e Desafios**. Brasília: MPS, 2009.232 p. – (Coleção Previdência Social, Série Estudos; v. 30, 1. Ed.).
22. BRAGA, J. C. **A instabilidade estrutural do capitalismo brasileiro: uma visão dos anos 50 aos 80**. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1989.
23. BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra**. Petrópolis, R. J, Vozes, 1999.
24. CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. **O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas**. São Paulo/SP. 2003. 222 f.

25. CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal:** considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1998. p. 229-66.
26. \_\_\_\_\_. **Equipes de referência e apoio especializado matricial:** um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, v.4, n.2, p.393-403, 1999.
27. \_\_\_\_\_. **Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde:** elementos para debate. In: CAMPOS, G, W. S; MERHY, E.; EVERARDO, N. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989.
28. CARVALHO, A. O. EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios.** Volume 6. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
29. COSTA, E. CARBONE, M. H. **Saúde da Família:** uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rúbio, 2004.
30. CRACO, P. F. **Ação Comunicativa no cuidado à Saúde da Família:** encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. Rev. Bras. Med. Fam. Com., Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 238-239, out./dez., 2006.
31. DORIA, S. C. B.; POLIDORO, M. A. **Implementação do acolhimento resolutivo na unidade básica de saúde da família e pronto atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo.** In: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 2004, Brasília. Trabalhos premiados, p. 76-86.
32. DUSSAULT, G. A. **Gestão dos serviços públicos de saúde:** características e exigências. Revista de Administração Pública, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.
33. FLORES, C. F. **Inventando la empresa del siglo XXI.** Chile: Hachete, 1989.

34. FRACOLLI, L. A. MAEDA, S. T. **A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 2, p. 213-217, jun., 2000.
35. FRACOLLI, L.A.; MAEDA, S.T.; BRITES, P.R.; SEPÚLVEDA, S.C.F.; CAMPOS, C.M.S.; ZOBOLI, E.L.C.P. **A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 68 – 72, 2003
36. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF):** contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
37. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999
38. \_\_\_\_\_. **PSF: Contradições e novos desafios.** Belo Horizonte/Campinas, março 1999, Disponível em: <http://www.Datasus.gov.br/cns/cns.htm>. (2004 20 Nov).
39. FRIEDRICH, D, B. C.; PIERANTONI, C. R. **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora.** Physis, v. 16, n. 1, Rio de Janeiro, jan./jul., 2006.
40. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.



41. GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface-Comunic., Saúde, Educ., V.9, n.17, p. 287-301, mar/ago 2005.
42. GUIARDI, P. J.; FRACOLLI, L. A. **Acolhimento e reorganização das práticas em saúde.** Saúde e Sociedade, v. 14, spl. 1, p. 23, 2005.
43. HAREVEN, T., 1986. **Historical changes in the family and the life course: implications for child development.** Monographs of the Society for Research in Child Development, 50:8-23
44. HOSSMANN, H; LOURENÇO, D. M. **A elevada demanda de pacientes versus qualidade na Atenção Primária à saúde.** In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. Anais de 15 a 18/6/2006. p. 195.
45. JUNQUEIRA, L.; INOJOSA, R. M. **Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência.** Revista Administração Pública, v. 26, n. 2, p. 20-31, jul./ago., 2000.
46. MALIK, A. M. et al. **Gestão de Recursos Humanos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).
47. MATUMOTO, S. et al. **Team supervision in the Family Health Program: reflections concerning the challenge of producing care,** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.
48. MAXIMIANO, A. C. A. **Administração de Projetos: como transformar idéias em resultados.** Ed. Atlas, São Paulo, 1997.

49. MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.
50. \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
51. MERHY, E. E. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.
52. \_\_\_\_\_. **A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo, Hucitec, 2002.
53. MERHY, E. E. ONOCKO, R. **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: 1998.
54. MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. **Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.
55. MINAYO, M. C. **Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007 .
56. MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP. 1995.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
57. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun., 2005.

58. MONTEIRO, M. **Consecuencias ideológicas de la definición de familia para la política social.** *Int. J. Psychol*, v. 25, p. 107-110, 1991.
59. OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. **A saúde mental no Programa Saúde da Família.** In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília, 2001. p. 198-201.
60. PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. **A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 40, n. 4, p.464-468, 2006.
61. PEREIRA J. G.; FRACOLLI, L. A. **Acolhimento e reorganização das práticas em saúde.** *Saúde e Sociedade*, v. 14, spl. 1, São Paulo, p. 23, 2005.
62. PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.
63. POLI, P; NORMAN, A. H. **Acolhimento e (des)medicalização: reflexões sobre essa prática em um Centro de Saúde.** In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. Anais de 15 a 18/6/2006. p. 246.
64. REGO, J. M.; MARQUES, R.M. (org's). **Economia Brasileira.** São Paulo: Saraiva, 2002.
65. RIBEIRO et al. **Acolhimento Virtual – melhor acessibilidade à estratégia de saúde da família.** In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. Anais de 15 a 18/6/2006. p. 243.

66. RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciênc. saúde coletiva, v. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.
67. SALUM, M. J. L. S. **A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde**: questões sobre o Programa de Saúde da Família. [online]. Disponível na Internet: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> (12/09/00)
68. SARACENO, C. **The concept of family strategy and its application to the family-work complex**: some theoretical and methodological problems. In: Bom, K; Sgritta, D; Sussman, M., ed. Cross-cultural perspectives on families, work and change . Binghamton, The Haworth Press Inc, 1990. p. 1-18.
69. SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL'AGLIO, D. D.. **A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil**. Revista Interamericana de Psicologia, 2006. 40(2), 149-158
70. SMSDC. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p.
71. SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo (SP): Editora Gente; 1996.
72. SILVA, R. M. V.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. **O acolhimento no PSF**: da proposta teórica para a operacionalização na prática. Saúde e Sociedade, v. 14, supl. 1, p. 245-246, 2005.
73. SOUZA, M. P. D.; RODRIGUES, C. R. F. **Percepção, Desenvolvimento e Prática do acolhimento de profissionais inseridos no PSF**. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro

de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. Anais de 15 a 18/6/2006. p. 167-168.

74. TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007.
75. VASCONCELOS, M. P. C. **Reflexões sobre a saúde da família.** In: MENDES, E. V. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 155-172.
76. VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** Ciência e Saúde Coletiva, 12(2):443-453, 2007.
77. VICTORINO, C. A. et al. **Descrição da demanda espontânea na UBS Milton Santos no ano de 2004.** In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. Anais de 15 a 18/6/2006. p. 167-168.
78. OMS. Relatório Mundial de Saúde 2008. **Cuidados Primários em Saúde: Agora Mais que nunca.**
79. VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Rev. saúde coletiva, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

## APÊNDICE 1

### MATRIZ DE PROBLEMAS

Problemas	Dificuldades levantadas	Normatização/Referenciais teóricos	Acolhimento e sua relação com o processo de trabalho em saúde
Nº de famílias/ pessoas por ESF	<p>1.Dificuldade de atuar/atender de forma integral e resolutive, garantindo coordenação do cuidado de acordo com o nº famílias preconizados pelo MS.</p> <p>2.Dificuldade de empoderar a população adscrita, envolvendo-a no processo de construção coletiva, co-responsabilizando-a pelo cuidado com sua saúde</p> <p>3.Perfil epidemiológico das áreas adscritas apontando para prevalência de uma população idosa, com demandas associadas ao envelhecimento, que merecem acompanhamento sistemático e com grande dificuldade de adesão a ações de promoção da saúde</p>	<p>1.Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Departamento de Atenção Primária.Política Nacional de Atenção Primária / Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção Primária, Departamento de Atenção Primária. – Brasília : Ministério de Saúde, 2007. 68 p.</p> <p>2.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.192 p.</p> <p>3.Relatório Mundial de Saúde 2008. Atenção Primária em Saúde: agora mais que nunca. OMS, 2008.</p> <p>3.Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.</p> <p>4. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Saúde da Família. Introdutório Saúde da Família. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 72p.</p>	<p>1.Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável).</p> <p>2. SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico no PSF de Pindamonhangaba. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 133-41.</p> <p>3. Faria, Horácio. Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. - 2ª ed. -Belo Horizonte: Nescor/ UFMG, Coopmed, 2009.</p> <p>4. RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE. Disponível em:<a href="http://www.observatório.nesc.ufrn.br/text_o_polo05.pdf">http://www.observatório.nesc.ufrn.br/text_o_polo05.pdf</a>.</p>
Composição das ESF	<p>1.Insuficiência de profissionais, principalmente médicos, para atendimento dos pacientes sem cobertura pela ESF, assim como equipes incompletas(sem médico ou enfermeiro) para atendimento dos pacientes cadastrados pela ESF.</p> <p>2.Dificuldade de integração/trabalho em equipe pelos profissionais da ESF e os outros profissionais que compõem a unidade módulo B</p> <p>3.Profissionais pouco qualificados para entender/atuar na ESF</p> <p>4.Necessidade de se resgatar de que forma os processos seletivos para contratação de pessoal para ESF tem sido realizados</p> <p>5.Comunicação deficiente entre os profissionais, prejudicando o fluxo da informação que usuário recebe(grande número de ruídos na comunicação)</p>	<p>1.Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Departamento de Atenção Primária.Política Nacional de Atenção Primária / Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção Primária, Departamento de Atenção Primária. – Brasília : Ministério de Saúde, 2007. 68 p.</p> <p>2. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p.</p> <p>3. Treinamento Introdutório/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.16 p.</p> <p>4. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Saúde da Família. Introdutório Saúde da Família. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 72p.</p>	<p>5.CUNHA, A. M.; SOUZA, G.Q. O Conceito de Processo de Trabalho para Alinhar Sistemas de Informação com os Objetivos das Organizações. Núcleo de Computação Eletrônica – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Caixa Postal 2324 – 20.001-970 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.</p> <p>6.SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.</p> <p>7.ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde,v.03, n.01.p.01-03.jan-jun.2007. Disponível em: <a href="http://www.uff.br/promoçãodasaude/infome">http://www.uff.br/promoçãodasaude/infome</a>.</p> <p>8. TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007.</p> <p>9. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.</p> <p>10.RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004.</p> <p>11.ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. Revista APS, v.10, n.2, p. 106-115, jul./dez. 2007.</p> <p>11.FONSECA, A. F.O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.</p> <p>12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de</p>
Horários de trabalho dos profissionais da unidade	<p>1.Profissionais da ESF (em sua grande maioria celetistas) e demais profissionais que atuam na unidade(em sua grande maioria estatutários) possuem horários de trabalho diferenciados acarretando em sobrecarga de trabalho para os profissionais da ESF que atuam no acolhimento</p>	<p>1.Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 188 p.</p> <p>2.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade.Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.36p.</p> <p>3. Taveira, Zaira Zambelli. Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura. Belo Horizonte, 30f., 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).</p> <p>4. Gil, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.</p>	<p>12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de</p>

		<p>5. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p.</p> <p>6. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as equipes de saúde da família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do piso de atenção básica (pab variável).</p>	<p>Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed.– Brasília: Ministério da Saúde, 2006.</p>
Organização do fluxo de atendimento	<p>1. Dificuldade para adesão aos protocolos de atendimento estabelecidos</p> <p>2. Dificuldade de responsabilização pela ESF pelo acolhimento dos usuários da sua área adscrita</p> <p>3. Dificuldade de organização do fluxo de acordo com perfil epidemiológico da área adscrita pela ESF</p> <p>4. Comunicação entre profissionais não é uniforme</p> <p>5. Estabelecimento de fluxo de atendimento/acolhimento ao usuário com participação coletiva de todos os profissionais</p> <p>6. Avaliação periódica do fluxo estabelecido deficiente</p> <p>7. Atuação deficiente do ACS no território informando aos usuários acerca dos serviços ofertados pela unidade, assim como resgatando junto aos mesmos as necessidades de saúde pelas quais a unidade responde.</p>	<p>1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56p.</p> <p>2. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza-SUS: Política Nacional de humanização/Ministério da Saúde, secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.</p> <p>3. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 1º Caderno de apoio ao acolhimento. Orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. São Paulo: 2004</p> <p>4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.</p> <p>5. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS).</p> <p>6. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p.</p>	
Clínica ampliada	<p>1. Dificuldade de aproximação com as redes familiares e sociais dos pacientes</p> <p>2. Dificuldade de construção de vínculos duradouros com os pacientes</p> <p>3. Necessidade de entedimento das vantagens associadas ao trabalho em equipe multiprofissional</p> <p>4. Dificuldade de desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares</p>	<p>1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.</p> <p>2. Brasil. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do sUs. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do sUs. – Brasília : Ministério da saúde, 2009. 84p.</p> <p>3. Cunha, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP: 2004.</p> <p>4. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o</p>	

		Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Relativos as próprias demandas	<p>1.Acolhimento as demandas com classificação de risco x profissionais pouco qualificados para entender/classificar estas demandas</p> <p>2.Dificuldade de adequação da agenda médica e de enfermagem de forma tal que as demandas classificadas sem risco possam ser absorvidas em momento oportuno pela ESF</p> <p>3.Dificuldade de entendimento/aceitação por parte dos usuários no que diz respeito ao acolhimento voltado para classificação de risco</p> <p>4.Grande dificuldade de agendar retorno para os usuários da ESF e para os usuários que não possuem ESF de referência</p> <p>5.Organização do processo de trabalho/agenda prejudicado pelo aumento considerado do escopo de ações pelas quais a ESF é responsável</p> <p>6.Dinâmica de atendimento diferenciado as demandas pelas ESF que atuam na unidade</p> <p>7.Grupos de atendimento a portadores de doenças crônicas, gestantes e outros deficientes ou com baixa adesão</p>	<p>1.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56p.</p> <p>2. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</p> <p>3.Franco, T.B. &amp; Merhy, E.E. Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. Mattos, R.A. Construção Social da Demanda. IMS/UERJCEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.</p> <p>4.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade.Saúde da Família: uma estratégia para areorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.36p.</p> <p>5.Instituto de pesquisa econômica aplicada. Demanda e demanda em saúde (Roberto F. lunes) - p. 99-122 in Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna (Orgs.)Brasília: IPEA, 1995. 298p.</p>
Relativos a ordenação do cuidado	<p>1.Dificuldade de integração entre APS e outros pontos de atenção</p> <p>2.Dificuldade para referenciamento a especialistas(morosidade nas marcações), assim como contra-referência adequada para continuidade do cuidado</p> <p>3.Dificuldade de entendimento pela unidade de que a mesma deve ser a porta de entrada preferencial do usuário para o sistema de saúde</p> <p>4.Deficiência na alimentação do sistema de informação da atenção básica</p>	<p>1.Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.</p> <p>2.Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>3. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</p> <p>4. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.</p> <p>5.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.160 p.</p>
Suporte técnico e gerencial	<p>1.Recursos humanos insuficientes para atendimento as demandas que emergem da área sem cobertura pela ESF</p> <p>2.NASF ainda em processo de implantação</p> <p>3.Ausência de apoio matricial</p> <p>4.Dificuldade das ESF em estabelecer parcerias no território devido ao aumento das demandas de atendimento devido insuficiência de recursos</p>	<p>1.Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 188 p.</p> <p>2.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade.Saúde da Família: uma estratégia para areorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.36p.</p> <p>3. Taveira, Zaira Zambelli. Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura. Belo Horizonte,</p>



	<p>humanos</p> <p>5.Reuniões periódicas prejudicadas devido a diversidade de cargas horárias dos profissionais que atuam na unidade, prejudicando a comunicação e circulação de informações profissionais/usuários</p>	<p>30f., 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).</p> <p>4. Gil, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.</p> <p>5. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p.</p> <p>6.Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 201. Altera a portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as equipes de saúde da família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do piso de atenção básica (pab variável).</p>	
<p>Relacionadas ao próprio atendimento ao usuário</p>	<p>1.As ESF são responsáveis por atender todas as demandas que necessitam de atendimento, tanto as que emanam da sua área adscrita, quanto as da área sem cobertura pela ESF</p> <p>2.Diminuição da carga horária para atendimento as demandas da área adscrita face ao horário disponibilizado para atendimento dos pacientes não cadastrados</p> <p>3.A questão vínculo associada aos pacientes que não são cadastrados pela ESF mais tem como referência o profissional que realizou o atendimento</p> <p>4.As filas associadas aos atendimentos médicos/enfermagem/odontologia e ambulatorial</p>	<p>1.Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56p</p> <p>3. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</p> <p>4. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. –Brasília: Ministério da Saúde, 2007.9 p.</p> <p>5. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p.</p>	

## **APÊNDICE 2**

### **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

#### **I - IDENTIFICAÇÃO :**

Unidade:

Tipo de unidade:

Área programática:

Localização:

Horário de funcionamento:

#### **II-ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO:**

1. Quem trabalha aqui?
2. Quem são estas pessoas?
3. Quais as condições de trabalho?
4. Como trabalham os profissionais e demais atores envolvidos?
5. Como parecem se sentir estas pessoas que estão aqui?
6. Eu sou notado?
7. Como sou tratado por estas pessoas que trabalham aqui?
8. Como os usuários que procuram atendimento são acolhidos na unidade?
9. De que forma os serviços disponibilizados pela unidade são ofertados aos usuários?
10. Os usuários parecem satisfeitos com o atendimento recebido?

## **APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

**Unidade de Saúde:**

**Tempo de atuação:**

**Categoria profissional:**

**Grau de instrução:**

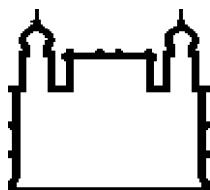
**Forma de ingresso na unidade:**

**Especialização ou curso específico na área da Atenção Primária em saúde:**

### **II – ENTREVISTA**

- 1- Como o acolhimento pode contribuir para organização do processo de trabalho na unidade?
- 2- Como são acolhidos na unidade os usuários que procuram atendimento?
- 3- Como os usuários são encaminhados para os grupos, serviços e procedimentos existentes na unidade?
- 4- Como o NASF(núcleo de apoio ao saúde da família) atua na unidade?
- 5- Quais as potencialidades e dificuldades encontradas no acolhimento da unidade?

**Muito obrigado pela sua participação!**



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

**Comitê de Ética em Pesquisa**



## **APÊNDICE 4**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO:  
UMA ANÁLISE EM DUAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DO  
RIO DE JANEIRO COM MODELOS DISTINTOS DE ATENÇÃO**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO: UMA ANÁLISE EM DUAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO COM MODELOS DISTINTOS DE ATENÇÃO” Desenvolvida por Tarciso Feijó da Silva, discente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Willer Baumgarten Marcondes. Objetivo Geral: Analisar o acolhimento como ferramenta para organização do processo de trabalho em duas unidades de Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro, sendo uma módulo A e outra módulo B. O convite a sua participação no estudo se faz necessário, vez que o estudo pretende analisar de que forma os profissionais das unidades estão implicados com o acolhimento que vem sendo desenvolvido, considerando este essencial para organização do processo de trabalho. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Este trabalho identificará os sujeitos da pesquisa apenas pelas iniciais das respectivas profissões que os mesmos estejam vinculados, ficando a critério do sujeito sua identificação de forma completa. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista semi-estruturado ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista, por sua vez é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP. O benefício relacionado

com a sua colaboração nesta pesquisa será o de contribuir para o conhecimento científico da Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro, assim como para futuras reflexões acerca do processo de trabalho que vem sendo desenvolvido pelos profissionais das unidades em estudo. O risco identificado está diretamente relacionado ao constrangimento, considerando a inserção do sujeito no processo de trabalho da unidade, suas características individuais e competências para o trabalho que vem sendo desenvolvido. Para minimizar este risco o sujeito da pesquisa será entrevistado de forma individual em ambiente acolhedor, em horário pré-determinado pelo próprio sujeito e receberá todas as informações que se fizerem necessárias acerca do estudo. O sigilo será garantido, assim como a possibilidade por parte do sujeito de desistência da pesquisa, em qualquer uma das fases deste estudo. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese. Este termo por sua vez é redigido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

***Contato com o pesquisador responsável:***

Endereço: Av. Pastor Martin Luther King Júnior 2120 apt 104. CEP: 20765000. Tel : 21 82552818

Email: [tarcisofeijo@yahoo.com.br](mailto:tarcisofeijo@yahoo.com.br)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, de de 2013.

---

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

***Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:***

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

## APÊNDICE 05

### TABELAS ANÁLISE DE CONTEÚDO

PERGUNTA	<b>COMO O ACOLHIMENTO PODE CONTRIBUIR PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE?</b>					
CATEGORIA ANALÍTICA	<b>CONTRIBUIÇÃO DO ACOLHIMENTO PARA O PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE</b>					
PROFISSIONAL	ASG	ADM	AUX. PORTARIA	ACS	AVS	TÉCNICO ENFERMAGEM
MÓDULO A	Escuta	Tempo	Vínculo	Escuta Ordem	Direcionamento	Direcionamento
MÓDULO B	Verifica se aqui é o local certo para atender	Escuta Direcionamento	Marcação Evita Bagunça	Organiza a porta de entrada	Organiza a porta de entrada	Direcionamento
PROFISSIONAL	SAÚDE BUCAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	NASF	GERENTE	
MÓDULO A	Resolutividade	Direcionamento	Demanda	Resolutividade	Resolutividade	
MÓDULO B	Direcionamento	Direcionamento Resolutividade Integralidade	Direcionamento Ajuda avaliar necessidades	Resolutividade Direcionamento	Escuta Orientação Direcionamento	

PERGUNTA	<b>COMO O ACOLHIMENTO PODE CONTRIBUIR PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE?</b>					
CATEGORIA ANALÍTICA	<b>CONTRIBUIÇÃO DO ACOLHIMENTO PARA O PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE</b>					
Nova PNAB	O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.					
Carteira de Serviços do Município do RJ	O acolhimento deve se iniciar desde a recepção, que é a porta de entrada da Unidade, mas não deve ser reduzido à porta de entrada, pois como diretriz clínica se destina à organização do serviço e do processo de trabalho para a garantia do acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado.					
Outras referências	O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.					

PERGUNTA	COMO SÃO ACOLHIDOS NA UNIDADE OS USUÁRIOS?					
CATEGORIA ANALÍTICA	VISÃO DOS PROFISSIONAIS RELACIONADA A RESPONSABILIDADE PELO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS					
PROFISSIONAL	ASG	ADM	AUX. PORTARIA	ACS	AVS	TÉCNICO ENFERMAGEM
MÓDULO A	ACS Posso ajudar	ACS	ACS Posso ajudar	ACS Enfermeiro	ACS Médico	Qualquer profissional ACS
MÓDULO B	Posso ajudar Equipes	Equipes Posso ajudar Enfermeiro Médico Funcionários do PS	As pessoas(?)	ACS Médico Enfermeiro	Não soube responder	Paciente do PS: recepção do PS; Paciente da SF: Recepção da SF.
PROFISSIONAL	SAÚDE BUCAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	NASF	GERENTE	
MÓDULO A	ACS Posso ajudar	ACS	ACS Auxiliar de enfermagem Enfermeiro	ACS	ACS Posso ajudar Enfermeiro Médico	
MÓDULO B	ACS	ACS Enfermeira	ACS Equipes	Equipes Posso ajudar Saúde bucal tem atendimento diferenciado	ACS Equipes Enfermeiro	

PERGUNTA	COMO SÃO ACOLHIDOS NA UNIDADE OS USUÁRIOS?
CATEGORIA ANALÍTICA	VISÃO DOS PROFISSIONAIS RELACIONADA A RESPONSABILIDADE PELO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS
Nova PNAB	Das atribuições comuns dos membros da equipe: Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
Carteira de Serviços do Município do RJ	Cada Equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar pelas pessoas de seu território e todos os profissionais devem participar do atendimento, não cabendo exclusivamente ao médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.
Outras referências	O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

PERGUNTA	<b>COMO OS USUÁRIOS SÃO ENCAMINHADOS PARA OS GRUPOS, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EXISTENTES NA UNIDADE?</b>					
CATEGORIA ANALÍTICA	<b>ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA GRUPOS, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DA UNIDADE</b>					
PROFISSIONAL	ASG	ADM	AUX. PORTARIA	ACS	AVS	TÉCNICO ENFERMAGEM
MÓDULO A	ACS	Qualquer profissional	Médico	ACS Médico	Não sabe informar	ACS Médico Enfermeiro
MÓDULO B	Não sabe responder	Médicos Enfermeiras ACS Técnico de enfermagem Divulgação com panfletos, folhetos	Clínica da Família (?)	Enfermeira Um vizinho avisa o outro.	ACS	Todos os profissionais Divulgação na unidade em quadros ACS
PROFISSIONAL	SAÚDE BUCAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	NASF	GERENTE	
MÓDULO A	ACS	Posso ajudar ACS Auxiliar de enfermagem Enfermeiro	Qualquer profissional	ACS Médico Boca a boca de usuários	Qualquer profissional	
MÓDULO B	ACS Visitas domiciliares Divulgação Odonto	Qualquer profissional ACS e posso ajudar no acolhimento	Enfermeira O profissional que recebe é quem encaminha	Médicos Administrativos Divulgação pela unidade	A partir do acolhimento são direcionados. ACS Alguns usuários já conhecem a unidade e vão direto.	

PERGUNTA	<b>COMO OS USUÁRIOS SÃO ENCAMINHADOS PARA OS GRUPOS, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EXISTENTES NA UNIDADE?</b>
CATEGORIA ANALÍTICA	<b>ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA GRUPOS, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DA UNIDADE</b>
Nova PNAB	Das atribuições comuns a todos os profissionais: Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
Carteira de Serviços do Município do RJ	O plano de acolhimento deve ser único para cada unidade primária de saúde. Os Protocolos Clínicos (linhas de cuidado) devem ser complementares, auxiliando na avaliação do risco e da vulnerabilidade, de forma integrada, de modo a organizar os fluxos e o cuidado em rede.
Outras referências	O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento.

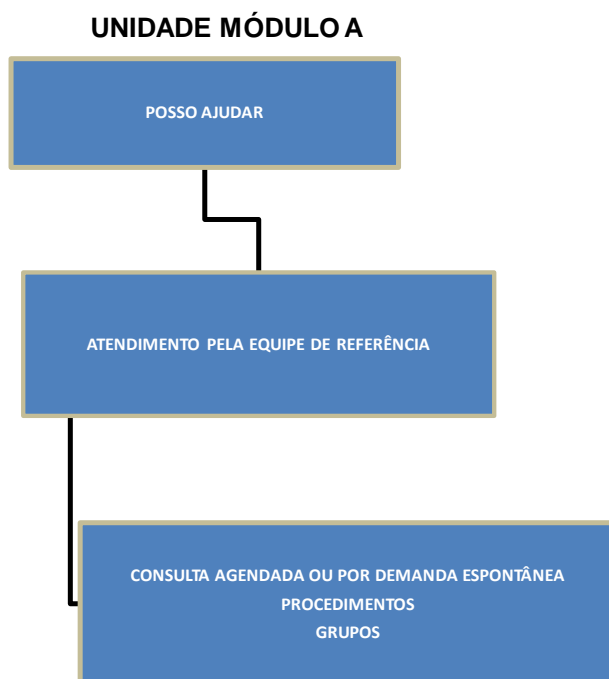


PERGUNTA	COMO O NASF(NÚCLEO DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA) ATUA NA UNIDADE?					
CATEGORIA ANALÍTICA	INSERÇÃO E APOIO DO NASF					
PROFISSIONAL	ASG	ADM	AUX. PORTARIA	ACS	AVS	TÉCNICO ENFERMAGEM
MÓDULO A	Não sabe informar	Encaminhamento do médico	Não sabe informar	Reuniões de equipe Grupos	Não sabe informar	Reunião de equipe
MÓDULO B	Individual grupos	Interconsulta Reuniões de equipe	Não sabe informar	Reunião de equipe Interconsulta	Não sabe informar	Visita domiciliar
PROFISSIONAL	SAÚDE BUCAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	NASF	GERENTE	
MÓDULO A	Interconsulta Visita domiciliar	Reunião de equipe Interconsulta	Matriciamento Reunião de equipe Interconsulta	Matriciamento Reunião de equipe Interconsulta Visita domiciliar Atendimento individual	Matriciamento Reunião de equipe Interconsulta Atendimento individual Grupos	
MÓDULO B	Não sabe informar	Não soube responder	Capacitador Consulta individual Grupos	Reuniões de equipe Interconsulta Visita domiciliar Atendimento individual Grupos Construindo ações e atividades em escolas	Matriciamento Grupos Visita domiciliar	

PERGUNTA	COMO O NASF(NÚCLEO DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA) ATUA NA UNIDADE?
CATEGORIA ANALÍTICA	INSERÇÃO E APOIO DO NASF
Nova PNAB	Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.
Carteira de Serviços do Município do RJ	O NASF somente é citado na carteira de serviço do Município como suporte ao atendimento em saúde mental
Outras referências	O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. A organização dos processos de trabalho dos Nasf, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um Nasf. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo.

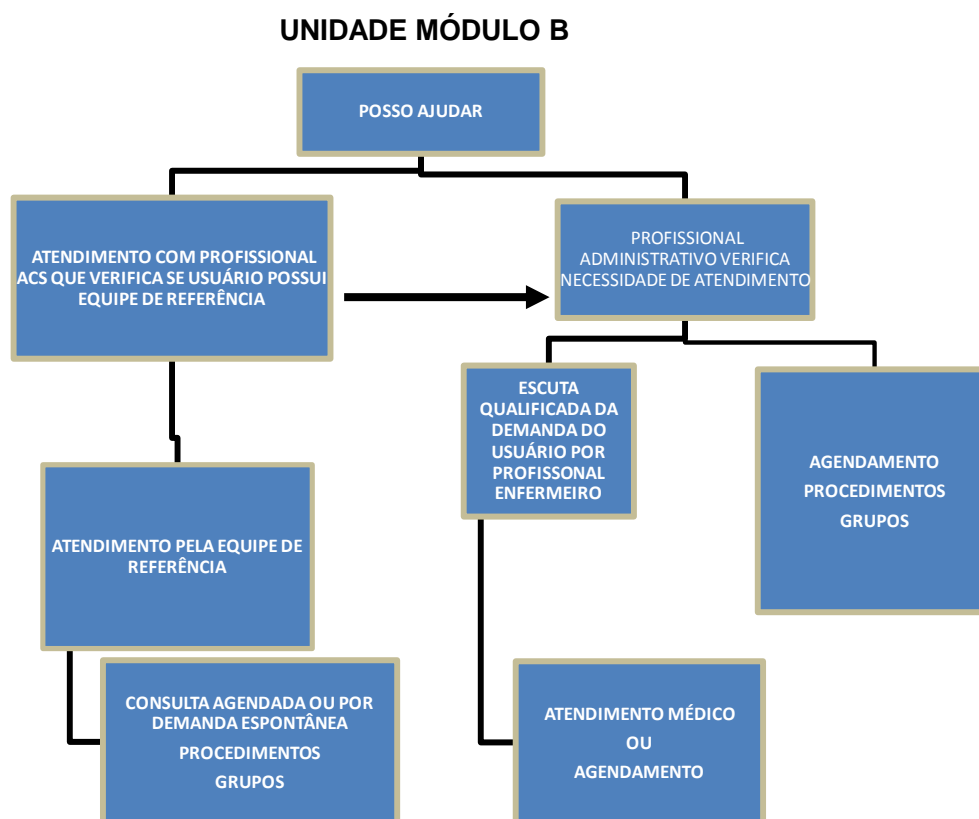
PERGUNTA	QUAIS AS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES QUE VOCÊ IDENTICA NO ACOLHIMENTO DA UNIDADE?					
CATEGORIA ANALÍTICA	CONTRIBUIÇÕES E LIMITES IDENTIFICADOS NO ACOLHIMENTO					
PROFISSIONAL	ASG	ADM	AUX. PORTARIA	ACS	AVS	TÉCNICO ENFERMAGEM
MÓDULO A	Contribuições: Escuta Limites: Falta médico	Contribuições: Não sabe informar Limites: falta de comprometimento de alguns profissionais	Contribuições: resolutividade Limites: não sabe informar	Contribuições: resolutividade Limites: sobrecarga de trabalho do ACS	Contribuições: Apoio, organização Limites: deficit de recursos humanos	Contribuições: escuta Limites: falta de comprometimento de algumas equipes
MÓDULO B	Contribuições: Ter uma equipe certa para acolher  Limites: Direcionamento	Contribuições: Atenção diferenciada dada pelos ACS  Limites: Localização na entrada da unidade fazendo com que todos sejam atendidos primeiro pela saúde da família	Contribuições: não sabe informar  Limites: falta tempo, é muita gente para atender	Contribuições: Inserção do posso ajudar  Limites: Sobrecarga de trabalho dos ACS Muita informação que o ACS tem que saber	Contribuições: Atendimento qualificado pelo pessoal da saúde da família  Limites: Constrangimento de alguns usuários	Contribuições: Resolutividade  Limites: Dificuldade de referenciar e direcionar; identificação de filas para marcação de exames
PROFISSIONAL	SAÚDE BUCAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	NASF	GERENTE	
MÓDULO A	Contribuições: Escuta Limites: Falta médico	Contribuições: Resolutividade Limites: escuta de alguns profissionais não é qualificada	Contribuições: resolutividade Limites: subutilização dos profissionais de nível superior	Contribuições: Resolutividade, escuta Limites: falta de capacitação	Contribuições: Inserção do posso ajudar, escuta Limites: falta envolvimento dos outros profissionais	
MÓDULO B	Contribuições: Posso ajudar, usuário fica mais informado pelo ACS  Limites: pouca resolutividade pelos ACS	Contribuições: Resolutividade Clareza nas Informações passadas  Limites: Direcionamento	Contribuições: Resolutividade  Limites: dificuldade de referenciar; aumento do grau de complexidade da APS; dificuldade em direcionar	Contribuições: Inserção do posso ajudar  Limites: Ruídos na comunicação; Dificuldade de lidar com conflitos; Desvalorização dos momentos de reunião; Interrupção dos atendimentos pela entrada e saída dos consultórios;	Contribuições: Escuta qualificada Direcionamento  Limites: Formação técnica deficiente dos ACS e outros profissionais	

PERGUNTA	<b>QUAIS AS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES QUE VOCÊ IDENTICA NO ACOLHIMENTO DA UNIDADE?</b>
CATEGORIA ANALÍTICA	<b>CONTRIBUIÇÕES E LIMITES IDENTIFICADOS NO ACOLHIMENTO</b>
Nova PNAB	O acolhimento permite proximidade, vinculação, responsabilização e resolutividade fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção em saúde.
Carteira de Serviços do Município do RJ	O Acolhimento deve induzir a tomada de responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal, na lógica do cuidado territorial, portanto, dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), na dimensão de uma Clínica Ampliada.
Outras referências	O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

**APÊNDICE 06****FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO DA UNIDADES MÓDULO A**

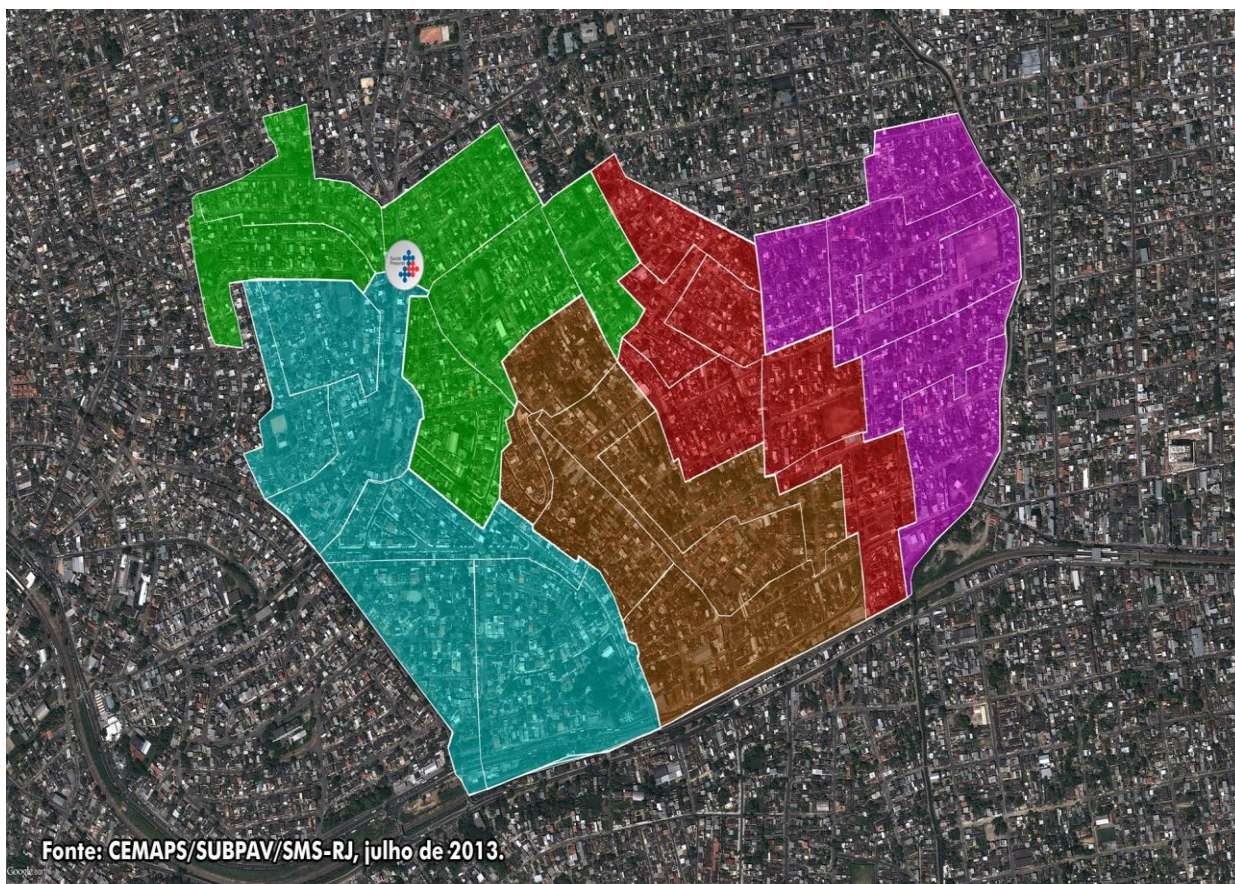
## APÊNDICE 07

## FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO DA UNIDADES MÓDULO B



## APÊNDICE 08

### MAPA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE MÓDULO A



## APÊNDICE 09

### MAPA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE MÓDULO B

