

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA MUDANÇA DE
ACESSO NA UNIDADE JARDIM LEOPOLDINA**

por

Ana Helena Dias dos Santos Ribeiro

Orientadora: Sandra Fagundes

Porto Alegre, Dezembro de 2006

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Grupo Hospitalar Conceição
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde –
ICTS

Ana Helena Dias dos Santos Ribeiro

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA MUDANÇA DE ACESSO NA UNIDADE
JARDIM LEOPOLDINA

Projeto de conclusão de curso requisito parcial para a obtenção do grau de
Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICTS.

Orientadora: Prof^a. Heloísa Helena Rousselet de Alencar
Sandra Fagundes

Porto Alegre
2006

SUMÁRIO

1 Introdução.....	05
1.1 O Bairro Jardim Leopoldina.....	07
1.2 A Unidade Jardim Leopoldina.....	07
1.3 Tema.....	07
1.4 O que será investigado.....	14
2. Objetivos.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. Justificativa.....	14
4. Fundamentação Teórica.....	14
4.1 As desigualdades no acesso ao atendimento em saúde.....	14
4.2 Humanização em saúde.....	14
4.3 Acolhimento.....	14
5. Metodologia.....	20
Referências Bibliográficas.....	20
Anexos.....	23
Glossário.....	23

1 Introdução

O conceito de saúde, assegurado na legislação brasileira, constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime, norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público e da edificação de uma utopia social igualitária.

Segundo Lucchese (2003), em todos esses âmbitos, deverão ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde e que são essenciais para a superação de limites da formação e das práticas tradicionais de saúde: acolhimento, vínculo, responsabilização, desenvolvimento da autonomia e resolutividade.

A integralidade da atenção, portanto, envolve a compreensão da noção de clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe

multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente no Serviço de Saúde Comunitária, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

Podemos pensar então, que educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção, formação e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território de atuação. A educação em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão (FLEURY, 1997).

A partir dessas considerações podemos entender que o acolhimento se constitui em instrumento potente para a reorganização do Modelo de Atenção à Saúde, já que deve ser realizado por todos os trabalhadores da equipe de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limita, portanto, ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (PINHEIRO, 2001). O acolhimento deve traduzir-se em intencionalidade de ações, já que possibilita entender as necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e dispara imediatamente na equipe de saúde, um processo de trabalho

concretizado em ações que respondam à necessidades percebidas (Pinheiro, 2001).

Este estudo, requisito de conclusão do Curso em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICTS, oferecido pela Fundação Osvaldo Cruz em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição, irá descrever como está sendo a implantação da mudança no acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, bem como trazer os resultados alcançados até agora, já que o mesmo continua em processo de construção.

1.1 O Bairro Jardim Leopoldina

Em Porto Alegre, a partir de meados da década de 80, o movimento popular urbano promoveu inúmeras ações, visando à melhoria das condições de moradia e vida das populações de baixa renda que ocupavam áreas irregulares na cidade. Entre estas ações, uma das mais polêmicas foi à ocupação de conjuntos habitacionais vazios, muita ainda em fase de construção. Estes conjuntos habitacionais pertenciam a uma incorporadora de imóveis que havia requerido falência. Muitos deles estavam inacabados. Como consequência das ocupações houve um acréscimo de aproximadamente 20 mil pessoas neste bairro, as quais passaram a pressionar órgãos governamentais a implantar serviços de água, luz, transporte e saúde. Ou seja, a criar a infra-estrutura urbana adequada para a moradia de uma população que aumentava.

O Jardim Leopoldina é um conjunto habitacional formado majoritariamente por edifícios e se localiza, na Zona Norte de Porto Alegre.

Esse conjunto habitacional, cuja construção foi iniciada da década de 70, é composto por edifícios germinados de 4 andares, sem elevador, com uma média de 32 apartamentos por edifício. Os apartamentos podem ser de 3, 2, 1 quarto ou tipo JK, que juntos somam um total de 6.597 domicílios.

O bairro Jardim Leopoldina, possui duas escolas estaduais, sendo uma com 2º grau completo, uma igreja evangélica, um supermercado de grande porte, pequenas lojas de comércio, uma feira modelo, a Associação de Moradores da Vila David Canabarro e a Associação organizadora do Posto de Saúde. A área de comércio fica restrita à Rua Baltazar de Oliveira Garcia, dando ao restante do bairro um aspecto estritamente residencial. As únicas casas na área de cobertura da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina estão situadas em uma pequena vila – a Vila David Canabarro.

Todas as ruas são calçadas (com exceção da única rua da Vila David Canabarro) e 97,33% dos domicílios possuem saneamento básico.

1.2 A Unidade Jardim Leopoldina

Em 1988, frente à situação caótica do bairro, logo após a ocupação do Conjunto Habitacional Jardim Leopoldina, um grupo de aproximadamente dez pessoas, formou a Associação Organizadora do Posto de Saúde Comunitária Jardim Leopoldina II, com o objetivo de conseguir, junto ao Poder Público, a

abertura de uma unidade de saúde naquele local, que funcionou no começo vinculada a Unidade de Saúde São Cristóvão e estava ligada a Secretária de Saúde do Estado.

Inicialmente conseguiram o espaço físico, que era uma área de 40 metros quadrados, anteriormente destinada a ser um salão de festas em um dos conjuntos habitacionais, que faziam parte dessa ocupação.

A seguir, buscaram recursos para funcionar o posto. A implantação contou com a colaboração da SSMA-RS, que ofereceu recursos humanos (3 médicos e 2 aux. de enfermagem), recursos materiais (provenientes do posto São Cristóvão) e encarregou-se da gerência do posto, que entre as esferas governamentais, era quem se responsabilizava pela quase totalidade do atendimento à saúde na zona norte de POA.

A partir de 1991 o posto começou a funcionar em outro local, mais amplo, cedido pela cooperativa de moradores.

O GHC, através do SSC, incorporou o posto, e os funcionários passaram a ser remunerados pelo HNSC. Mas a luta da Associação persistia, agora para conseguir a doação de um terreno para a construção do posto de saúde e também a parceria do GHC para a instalação de mais uma unidade de saúde do SSC. Em 7 de dezembro de 1995, com a doação do terreno pela Prefeitura foi inaugurado a nova sede da unidade de saúde Jardim Leopoldina, localizada na praça México, ao lado da Escola Estadual Baltazar de Oliveira Garcia, com sua frente voltada para a rua Orlando Aita, onde permanece até hoje.

1.3 Tema

Acesso por parte dos usuários em uma Unidade Básica de Saúde.

1.4 O que será investigado

Dificuldades no acesso ao atendimento em uma Unidade de Saúde

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Descrever as etapas do processo de mudança no acesso dos usuários à Unidade Jardim Leopoldina, na implantação do Projeto Leopoldina Acolhe, bem como as dificuldades enfrentadas pela equipe e usuários, neste procedimento.

2.2 Objetivos específicos

- Acolher os usuários que chegam até a Unidade em busca de atendimento, através de uma “equipe de escuta”;
- Escutar suas queixas e direcioná-lo a um fluxo de atendimento eficiente e específico;
- Proporcionar troca de informações e saberes durante o processo de escuta, entre os profissionais da saúde e usuários;

- Fortalecer a rede de atenção, para que a mesma esteja preparada para prestar atendimento adequado;
- Proporcionar, conseqüentemente, ao usuário uma escuta selecionada e resolutiva.

3 Justificativa

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei n. 8.080 e Lei n. 8.142) estabelecem que saúde seja um direito de todos e dever do Estado, e suas ações e serviços devem ser organizados com a participação da comunidade. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde – SUS – impõe o direito de cidadania que deve ser exercido, institucionalmente, através dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal (IDS, 2001).

A partir desta concepção de direito de cidadania e saúde como direito de todos, houve o interesse em elaborar esse projeto, com a finalidade de descrever o processo de implantação da mudança de acesso na Unidade Jardim Leopoldina – Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul.

Um dos grandes marcos do mundo contemporâneo é o fenômeno da mudança. Esse fenômeno é resultado das contínuas transformações que se

processam nos campos político, econômico, tecnológico e filosófico. Mudar passa a ser palavra de ordem para a sobrevivência organizacional. Nesse sentido, também o setor da saúde, como qualquer outro setor, tem suas organizações que também buscam a mudança.

Dessa forma, considerou-se abordar o acolhimento como uma estratégia para as mudanças que se deseja tornar realidade na Unidade do Jardim Leopoldina. Nesse propósito de mudar um modelo arcaico de atendimento ao público, não poderiam deixar de existir obstáculos, o que ocasionou a continuidade da dificuldade de acesso ao atendimento à saúde, na Unidade referida. Em virtude disso, houve ainda um maior estímulo à mudança, iniciando-se a discussão sobre o processo de acolhimento, o qual deveria envolver toda a equipe multiprofissional da Unidade.

O objetivo maior deste processo era o de melhorar o acesso dos usuários ao atendimento na Unidade do Jardim Leopoldina. Como a maioria da equipe acreditou neste novo processo de atendimento, a motivação para a implantação do processo de mudanças no acesso à Unidade Jardim Leopoldina ficou mais evidente, assim através de “equipes de escutas”, a população começou a ser recebida, de portas abertas, ou seja, haveria sempre pessoas preparadas para receber e escutar as pessoas que procurassem a Unidade de Saúde.

Sendo assim, os principais motivos que justificam esse projeto voltar-se ao processo de implantação de mudanças de acesso na Unidade Jardim Leopoldina, deu-se porque havia dificuldades em marcação de consultas,

devido a pouca oferta de agendamento; frente à demanda por atendimento, mesmo após a implantação do “Leopoldina Acolhe”.

4 Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica adotada emerge dos desafios encontrados na fase de planejamento deste projeto, ou seja, foi necessário que o Grupo de Trabalho de Acolhimento, iniciasse suas atividades trazendo para a equipe, artigos sobre acolhimento, bem como experiências que resultaram em artigos para que os mesmos pudessem ser apreciados e discutidos na US.

Dessa forma, pretendemos fundamentar teóricamente – através de revisão bibliográfica, acesso, humanização em saúde e acolhimento.

4.1 As desigualdades no acesso ao atendimento em saúde

A Constituição de 1988, ao tratar da questão saúde de forma ampla e abrangente - pela primeira vez na história – considera a saúde como direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O entendimento literal do princípio constitucional da igualdade na saúde está presente em situações como a vedação de preconceitos ou privilégios (Lei n. 8080/90, art. 7º, IV), gratuidade do atendimento (art. 43º) e, mais recentemente, na institucionalização do Piso de Atenção Básica (per capita federal único) e na lista nacional de transplantes. Nesta, a prioridade é dada - exclusivamente - pela ordem na fila de espera sem qualquer concessão a outras variáveis, subjetivas, como a urgência do caso ou mesmo objetivas como a idade do paciente.

Em outras políticas, contudo, sem desatender a diretriz da igualdade de acesso como direito, parece prevalecer o conceito de equidade - igual acesso para igual necessidade - não codificado na legislação, mas que é, aparentemente, o pensamento predominante entre os formadores de opinião. De fato, embora não explicitado quer na Constituição quer na sua regulamentação (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90), esse entendimento contempla discriminação positiva, a fim de garantir “mais” direitos a quem tiver “mais” necessidades. Conforme a Organização Mundial de Saúde “equidade em atenção em saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades” (VIANNA et al., 2001, p. 19).

É importante distinguir o conceito de equidade em saúde do conceito de equidade no uso de serviços de saúde. Os determinantes das desigualdades em saúde não são os mesmos das desigualdades no consumo de serviços de saúde, como também a equidade no uso de serviços de saúde não resulta, necessariamente, em equidade na situação de saúde.

Para Lucchese (2003), o tema da equidade em saúde vem ganhando destaque no debate público setorial como objetivo a se alcançar na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde para a efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira em todo o território nacional. Este debate, já bastante difícil pela necessidade de se precisar o conceito de equidade, evidencia a complexidade do ambiente em que se processam as tarefas públicas para a redução de desigualdades inter-regionais, no contexto de interação e interdependência entre processos econômicos, sociais e culturais, mundiais e nacionais, que pressionam as agendas governamentais nestes tempos de globalização.

Segundo a autora citada, entendendo-se a gestão pública como o espaço de tomada de decisões, a partir da mediação entre as necessidades/demandas sociais e a administração dos recursos governamentais disponíveis, caberia portanto, explorar o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS como a igualdade de condições e oportunidades, entre todas as unidades político-administrativas da Federação Brasileira, para a realização dos "funcionamentos" e para o desenvolvimento das "capacidades" necessárias à organização e implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população em cada local.

Desigualdade em saúde é, então, um termo genérico que se refere às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos em um sentido descritivo (DUARTE et al., 2002). Para esses autores, os padrões de desigualdade em saúde variam no espaço e no tempo. Essas desigualdades podem ainda ser agravadas em função de determinantes demográficos e

ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais. Problemas associados ao ambiente construído e ao hiperadensamento populacional agregam novos contornos à desigualdade em saúde em uma sociedade.

Para Fleury (1997), a dura verdade se revela como aprendizagem na organização do sistema de saúde, não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei. Até mesmo porque no cenário nacional convive-se com acessos seletivos, excludentes e focalizados, que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

Os maiores desafios atuais estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da saúde pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os princípios éticos da universalidade, eqüidade e integralidade.

Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, elevação da resolutividade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes.

A questão da equidade em saúde não tem tido o destaque necessário, seja no campo político seja na própria opinião pública. A existência de serviços “fechados” de atenção à saúde com financiamento público e de subsídios fiscais ao consumo privado, por exemplo, não provocam a mesma indignação da mídia como a motivada pelas filas na madrugada ou pelo sucateamento de hospitais públicos. Talvez porque, por herança escravocrata e/ou quaisquer outras causas, a sociedade brasileira tenha se acostumado com a iniquidade, já que convive há décadas com uma brutal concentração de renda. O fato é que, a despeito das iniquidades presentes no sistema de saúde brasileiro, a questão não tem sido suficientemente avaliada embora comece a despertar interesse de pesquisadores e formuladores de políticas (VIANNA et al., 2001).

Parte da escassez relativa de estudos sobre o tema, desproporcional a sua importância, segundo Vianna et al. (2001), parece estar na carência de dados específicos. Incrementar o desenvolvimento de sistemas de informações integrados que sejam confiáveis, abrangentes e acessíveis, que também possibilitem a análise das desigualdades em saúde, em suas diferentes dimensões além da geográfica, facilitaria a definição de prioridades setoriais e melhoraria o planejamento e a avaliação dos programas.

Ainda que nos últimos anos tenham sido desenvolvidas bases nacionais de dados bastante abrangentes e razoavelmente sofisticadas, a informação em alguns aspectos é limitada, impossibilitando monitorar o problema da equidade em saúde com a qualidade e periodicidade adequadas.

A Organização Pan-americana da Saúde - OPAS considera a equidade em saúde como um princípio básico para o desenvolvimento humano e justiça social. Por conseguinte, garantir maiores níveis de equidade em saúde em uma região que experimenta diferentes reformas sociais, sanitárias e econômicas como o Brasil, por exemplo, constitui uma preocupação crescente e um elemento fundamental para orientar a cooperação técnica internacional. Para a OPAS, a busca da equidade na prestação de serviços de saúde e o acesso a estes serviços representa uma das maiores dificuldades em matéria de cooperação técnica aos países membros (VIANNA et al., 2001).

Segundo a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 1/96 (BRASIL, 2003, p. 52),

A totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município (o SUS-Municipal), voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até

mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais (BRASIL, 2003).

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva dessa esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho de Saúde e de outras diferentes instâncias de poder.

4.2 Humanização em saúde

Ao longo dos últimos anos, o termo humanização tem sido utilizado com frequência cada vez mais quando se fala na assistência à saúde e, em especial quando se refere aos modelos de atenção. A humanização que ainda se consolida como um conceito é geralmente utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta tanto para os direitos de cidadania quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais, visando uma modificação de cultura do atendimento. Sua incorporação ao discurso de segmentos da população, de organizações não governamentais, de profissionais de saúde e pelos formuladores de políticas públicas para o sistema de saúde tem se dado sob a forma ampliada de uma demanda por maior qualidade da assistência.

A humanização é tida como propostas de mudança na realização dos cuidados de saúde, apropriação de tecnologias pelas equipes de saúde que

focalizem a qualidade da atenção à saúde e nos direitos humanos dos usuários.

Geiger (1975) aponta que a prática da medicina e em largo senso a provisão de mecanismos para a proteção da saúde e cuidado dos doentes é, intrinsecamente, um empreendimento humano. Para este autor, o cuidado existe de várias formas em todas as sociedades e culturas humanas.

Puccini e Cecílio (2004) afirmam que o crescente movimento pela humanização tem assumido diferentes significados, cada um deles variando com a proposta de intervenção a ser realizada. Pelo fato de surgir em diferentes atividades e com variados significados tem apresentado uma “síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos” (p. 1344). Nos serviços de saúde estas propostas de humanização são apresentadas de diferentes formas, tais como uma melhor relação médico-paciente, garantir a presença de acompanhante, criação de espaços para acolhimento e escuta entre outros.

4.3 Acolhimento

Acolhimento é uma estratégia de mudança que resgata as diretrizes e os princípios do SUS, mobilizando energias adormecidas, reacendendo a esperança e colocando em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde como sujeitos ativos que se propõem a construir o novo.

Isto posto, podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização com práticas integrais (Pinheiro, 2002). O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (Franco et al., 1999), e que este seja Interface organizado de forma usuário-centrado. Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

1 Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

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.

3 Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (Franco et al., 1999, p.347)

Os mesmos autores defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a

intervenção resolutive, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (Franco et al., 1999).

Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Em nossa busca prévia pelos conceitos atribuídos ao termo acolhimento recorremos a alguns dicionários de língua portuguesa, a fim de verificar outros significados disponíveis.

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito; dar ouvidos, admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”.

No Dicionário Houaiss, o termo acolhimento não existe, porém acolher significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração”.

Acreditamos que os valores implícitos nessas palavras nos permitem realizar diferentes aproximações com as distintas produções sobre o tema, em

particular com os documentos institucionais, como aqueles produzidos pelo Ministério da Saúde que descrevem os objetivos da Atenção Básica e destacamos: a definição de responsabilidades entre serviços e população, a Humanização das práticas da saúde, o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, o estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (Brasil, 1997).

5 Metodologia

O acesso sempre foi o problema prioritário apontado pela população nas reuniões de CLS.

Sendo assim, em março de 2006 iniciou-se o processo de discussão de alternativas ao acesso e acolhimento da população usuária aos serviços de saúde da unidade, nas reuniões de equipe.

Num primeiro momento se constituiu um Grupo de Trabalho, com reuniões periódicas semanais, contando com a participação de um médico contratado, três residentes de MFC (dois R1 e um R2), uma residente de serviço social (R1), uma técnica de enfermagem e uma ACS.

Esse GT teve o objetivo de discutir e elaborar uma proposta de mudança no acolhimento e no acesso dos usuários à unidade de saúde, através de revisão bibliográfica sobre o tema, compilação de experiências desenvolvidas em outros municípios e no SSC/GHC e diagnóstico do acesso e da demanda da USJL.

Desse processo inicial foram elaborados quatro documentos, que foram levados para serem lidos, debatidos e aperfeiçoados nas reuniões de equipe.

A partir do debate inicial das propostas pela equipe, foi marcado o 1º Seminário de construção do processo de acolhimento da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, no dia 10 de maio de 2006, durante o período de 1 turno de trabalho.

Nesse encontro foram realizadas dinâmicas em pequeno e grande grupo seguindo roteiro previamente elaborado pelo GT de acesso e acolhimento, tendo como objetivo:

1º elaborar uma lista de problemas sobre o atendimento de saúde prestado à população do JL e desenhar uma situação ideal para este;

2º resgatar o que já havia sido debatido pela equipe em relação ao acesso e acolhimento;

3º debater em pequenos grupos e depois em grande-grupo:

uma proposta de fluxograma de acesso às principais demandas de saúde da população ao procurar a unidade de saúde, a existência ou não de uma equipe de escuta, quem faria parte desta, como seria organizada, onde e quando atuaria, de como essas mudanças poderiam ser implementadas e de como se daria continuidade à construção da proposta.

Devido à falta de tempo hábil para se completar a discussão em grande grupo definiu-se a continuidade das discussões nas reuniões de equipe.

CONCLUSÃO

Os resultados do processo de mudança no acesso dos usuários à Unidade ainda não podem ser considerados definitivos, uma vez que o consideramos em construção. O Grupo de Trabalho da “Escuta”, tem tido reuniões sistemáticas as quartas-feiras e os resultados das reuniões tem sido discutidos com a equipe, nas reuniões que acontecem as segundas-feiras.

Hoje, no entanto, consideramos que o Projeto Leopoldina Acolhe, já está sendo incorporado pela equipe bem como pela população. Penso ser importante colocar que a mudança no acesso, resultou diretamente em uma mudança no modelo de atenção e na forma da Unidade se posicionar frente à demanda. Pode-se pensar que tivemos que olhar para dentro, ou seja, a equipe teve oportunidade de refletir, de propor, de planejar e inovar – uma vez que ações de promoção em saúde, já são pauta nas reuniões de equipe.

Finalmente, pode-se afirmar que, apesar das limitações institucionais, profissionais e sociais, é possível estabelecer outra forma de

relacionamento entre usuário, equipe e a Unidade de Saúde. Esta experiência que tive oportunidade de relatar através desse estudo, é o resultado de um esforço e de comprometimento – da equipe, com os princípios do SUS, provando dessa forma que é possível acreditar, sonhar e finalmente concretizar formas mais humanas agir em saúde.

Nesse sentido, utilizando a humanização, o acolhimento e a escuta, o processo de implantação da mudança de acesso na Unidade Jardim Leopoldina tornou-se uma realidade, apesar das dificuldades encontradas como descritas neste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo. 1998. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3): 815-823, 2003.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1):5-17, 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Conceitos básicos de saúde para o credenciamento em produtos DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

CAMPOS, G.W.S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Reforma da reforma repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CHIAVENATTO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COMTE-SPONVILLE, André. Pequeno tratado das grandes virtudes. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

CORDEIRO, H. Sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; HUTZ, Claudio Simon. Padrões evolutivos na utilização dos princípios de justiça distributiva em crianças e adolescentes no sul do Brasil. *Psicol. Reflex. Crit.* 2001, v. 14, n. 1 p. 97-106. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. ISSN 0102-7972. Acesso em: 02 out. 2006.

DUARTE, Elisabeth Carmen et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. Adm. Púb.*, Rio de Janeiro, 26(2): 8-19, abr./jun. 1992.

FLEURY, S. (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

FRISCHEISEN, Luiza Cristina Fonseca. Proteção e garantia dos direitos humanos: alguns aspectos da atuação do Ministério Público. In: SCALOPPE, Luiz Alberto Esteves (org.). Transformações no Direito Constitucional. Cuiabá: Fundação Escola, 2003.

GEIGER, H.J. The causes of dehumanization in health care and projects for humanization. In: HOWARD, J.; STRAUSS, A. (org.). *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

KOOGAN/HOUAISS. Enciclopédia e dicionário ilustrado. Rio de Janeiro: Delta, 1997.

IDS. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Gestão da mudança organizacional. *Saúde e Cidadania*. 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br>>. Acesso em: 07 out. 2006.

LUCHESE, Patrícia T.R. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2): 439-448, 2003.

MEDEIROS, M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Texto para Discussão n. 687. Rio de Janeiro, dezembro de 1999.

MENDES, E.V. (org.) Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MISOCZKY, Maria Ceci. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

_____. _____. Tese de doutorado. Porto Alegre: PPGA/UFRGS, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

SILVA, José Afonso. O estado democrático de direito. Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro, FGV, n. 173, jul/set, 1988.

VIANA, Sólton Magalhães Viana et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana na Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

WEST, P.; CULLIS, J. Introducción a la economía de la salud. Oxford, 1979.