UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

EDSON PAVARINI FILHO

ACOLHIMENTO: DA EXCLUSÃO AO DIREITO À SAÚDE

EMBRACEMENT: FROM EXCLUSION TO THE RIGHT TO THE HEALTH

CAMPINAS

2018

EDSON PAVARINI FILHO

ACOLHIMENTO: DA EXCLUSÃO AO DIREITO À SAÚDE

EMBRACEMENT: FROM EXCLUSION TO THE RIGHT TO THE HEALTH

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de concentração em política, gestão e planejamento.

Dissertation presented to the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requisites to obtain the title of Master of Public Health: Policies and Health Management, in the area of concentration in politics, management and planning.

ORIENTADORA: ELIETE MARIA SILVA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO A SER DEFENDIDA
PELO MESTRANDO EDSON PAVARINI FILHO,
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0271-8449

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Pavarini Filho, Edson, 1983-
P288a Acolhimento : da exclusão ao direito à saúde / Edson Pavarini Filho. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Eliete Maria Silva.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acolhimento. 2. Atenção primária à saúde. 3. Processo de trabalho em saúde. I. Silva, Eliete Maria, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Embracement : from exclusion to the right to the health
Palavras-chave em inglês:
User embracement
Primary health care
Work process in health
Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento
Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde
Banca examinadora:
Eliete Maria Silva [Orientador]
Juliana Luporini do Nascimento
Rosana Aparecida Garcia
Data de defesa: 19-02-2018
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

EDSON PAVARINI FILHO

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA

2. PROFA. DRA. ROSANA APARECIDA GARCIA

3. PROFA. DRA. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA DA DEFESA [19/02/2018]

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores de saúde que nos inspiram para um trabalho humano, de empatia, de qualidade e que lutam por um sistema de saúde em defesa da vida.

Soldados! Não vos entregueis a esses brutais... que vos desprezam... que vos escravizam... que arregimentam as vossas vidas... que ditam os vossos atos, as vossas ideias e os vossos sentimentos! Que vos fazem marchar no mesmo passo, que vos submetem a uma alimentação regrada, que vos tratam como gado humano e que vos utilizam como bucha de canhão! Não sois máquina! Homens é que sois! E com o amor da humanidade em vossas almas! Não odieis! Só odeiam os que não se fazem amar... os que não se fazem amar e os inumanos!

Soldados! Não batalheis pela escravidão! Lutai pela liberdade! No décimo sétimo capítulo de São Lucas está escrito que o Reino de Deus está dentro do homem – não de um só homem ou grupo de homens, mas dos homens todos! Está em vós! Vós, o povo, tendes o poder – o poder de criar máquinas. O poder de criar felicidade! Vós, o povo, tendes o poder de tornar esta vida livre e bela... de faze-la uma aventura maravilhosa. Portanto – em nome da democracia – usemos desse poder, unamo-nos todos nós. Lutemos por um mundo novo... um mundo bom que a todos assegure o ensejo de trabalho, que dê futuro à mocidade e segurança à velhice.

É pela promessa de tais coisas que desalmados têm subido ao poder. Mas, só mistificam! Não cumprem o que prometem. Jamais o cumprirão! Os ditadores liberam-se, porém escravizam o povo. Lutemos agora para libertar o mundo, abater as fronteiras nacionais, dar fim à ganância, ao ódio e à prepotência. Lutemos por um mundo de razão, um mundo em que a ciência e o progresso conduzam à ventura de todos nós. Soldados, em nome da democracia, unamo-nos!

Hannah, estás me ouvindo? Onde te encontrares, levanta os olhos! Vês, Hannah? O sol vai rompendo as nuvens que se dispersam! Estamos saindo da treva para a luz! Vamos entrando num mundo novo – um mundo melhor, em que os homens estarão acima da cobiça, do ódio e da brutalidade. Ergue os olhos, Hannah! A alma do homem ganhou asas e afinal começa a voar. Voa para o arco-íris, para a luz da esperança. Ergue os olhos, Hannah! Ergue os olhos!

(Charles Chaplin)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível se não houvesse aqueles que estiveram presentes em minha trajetória com suas preciosíssimas contribuições, deixo aqui meu singelo e sincero agradecimento:

À **Eliete,** por me proporcionar desde o início desse projeto o incentivo, a parceria, por ampliar meu olhar em busca do conhecimento científico e humano, pela prontidão e serenidade em me acolher diante das indagações e pela fraterna confiança aliada a liberdade pelas minhas escolhas.

Ao **Thiago Lavras Trapé,** pela amizade, parceria, aprendizado e pela maestria na condução dos grupos focais.

À **Elaine Braga Costa** pelo incentivo, pela felicidade de suas palavras, e apoio durante os grupos.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde - GEPEPES**, por me acolher, pelo aprendizado e apoio em minha trajetória.

Às professoras **Maria Silvia, Mena, Dalvani, Josely, Maria Clara,** dignas de inspiração por um trabalho humano, ético e de qualidade.

Aos **professores do Departamento de Saúde Coletiva Unicamp**, pela enorme contribuição intelectual em minha vida profissional e pessoal.

Aos **colegas de turma do mestrado,** pelas risadas, apoio, aprendizado e calorosas discussões por um sistema de saúde universal e de qualidade.

Aos **participantes da pesquisa,** pelas sinceras palavras, pelo aprendizado significativo deixado nesse trabalho e em minha vida, sem o qual, este trabalho não teria sentido.

Aos meus colegas de trabalho, em especial (**Juliana, Fernanda, Raquel e Luís**), por me fazerem acreditar num trabalho em equipe, com diálogo, humano, apoio e aprendizado.

Ao meu pai **Edson Pavarini**, por ter possibilitado meus estudos.

Ao meu avô **Antônio Galzerano**, por ensinar a ser um homem com respeito, coragem e olhar ao próximo.

À minha mãe **Rosa Maria de Souza Galzerano,** por me guiar, com seu amor maternal, a acreditar que é possível seguir adiante.

Aos meus filhos **Akysa** e **Asafe,** por me ensinarem a todo momento o dom de amar.

À minha esposa **Cristiane Carina de Godoy**, sempre ao meu lado, minha inspiração, companheira, amiga e minha fundamental incentivadora. Agradeço-te por sempre me proporcionar com seu amor a continuidade de meus sonhos. Te amo simples e verdadeiro.

RESUMO

Embora o direito à saúde esteja presente em nossa Constituição, sua luta para mantê-lo e qualificá-lo é viva. Pautado por disputas teóricas, políticas e econômicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se palco de correntes que primam pela exclusão e austeridade em contraponto ao direito à saúde e à vida. Identificamos no Acolhimento uma aposta para firmar o direito à saúde, combater a exclusão e a iniquidade utilizando as ferramentas propostas pelo Programa Nacional de Humanização (PNH). O Acolhimento é um instrumento que pode ser um facilitador da porta de entrada para o usuário na Atenção Primária a Saúde (APS), sendo, portanto, caracterizada como uma importante ferramenta organizacional de fluxo dos pacientes nas unidades e pilar para a construção do cuidado à sua população de referência. É por meio deste instrumento de acesso que possibilita o atendimento à demanda espontânea nas unidades na APS. Entretanto, diversos fatores como o subfinanciamento na saúde, discreta participação popular, problemas de estrutura, limites na contratação de trabalhadores, restrições na educação permanente e na supervisão entre outros, predispõem barreiras e produzem um hiato entre o direito e sua efetivação prática. Portanto, objetivou-se compreender a concepção dos trabalhadores e coordenadores dos centros de saúde da cidade de Campinas em relação à prática do Acolhimento à demanda espontânea. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando-se da técnica de grupo focal como método para coleta de dados primários. Realizou-se dois grupos focais com participantes distintos, coordenadores e trabalhadores de saúde dos Centros de Saúde da cidade de Campinas, separados em seus grupos específicos. A cidade de Campinas é dividida em cinco distritos de saúde, foram convidados dez coordenadores e dez trabalhadores de saúde dos centros de saúde de Campinas, dois participantes de cada distrito, ao final tivemos um grupo de coordenadores com oito participantes e um grupo com dez trabalhadores de saúde, todos participaram voluntariamente. Os grupos foram coordenados por um mediador, e um observador utilizando um roteiro e caderno de campo, o grupo foi realizado em espaço neutro com duração de noventa minutos com o foco sobre a organização do processo de trabalho para um Acolhimento que garanta o direito à saúde. Os grupos foram gravados em áudio, transcritos e posteriormente organizados em categorias temáticas, por meio da análise de conteúdo, que embasaram a análise dos resultados e discussão. Os dois grupos elencaram o Acolhimento como uma importante ferramenta para o acesso, alicerçada no vínculo, escuta qualificada, na resolutividade das demandas, melhor organização do processo de trabalho e ressaltaram a enfermagem como a principal categoria para seu funcionamento. Por outro lado, evidenciaram o distanciamento teórico prático pela falta de dimensionamento de pessoal, estruturas prediais precárias, tamanho da população maior que previsto, dificuldade no trabalho em equipe, acolhimento como ações do tipo “queixa e conduta” com horários e setores definidos. Ressaltamos a importância da qualificação dessa ferramenta, ao incorporar a práxis dos profissionais como retrato de disputa por garantias e afirmamos que acolher está relacionado com o acesso e suas interferências ferem a garantia do direito à saúde.

Palavras-Chave: *Acolhimento, Atenção primária à saúde, Processo de trabalho.*

ABSTRACT

Although the right to health is present in our Constitution, its struggle to maintain and qualify it is alive. Guided by a theoretical, political and economic disputes, the Sistema Único de Saúde (SUS) becomes the scene of currents that prevail by exclusion and austerity in counterpoint to the right to health and life. We identified have at embracement a commitment to strengthen the right to health, to combat exclusion and inequity using the tools proposed by the National Humanization Program (PNH). The embracement is an instrument that can be a facilitator of the doorway for the user in Primary Health Care (PHC), and is therefore characterized as an important organizational flow tool for patients in the units and pillar for the construction of care population . It is through this access tool that enables spontaneous demand to be met at the units in the APS. However, several factors such as underfunding in health, low participation of the population, structural problems, limitations in the hiring of professionals, restrictions in permanent education and supervision, among others, predispose barriers and produce a gap between the law and its practical effectiveness. Therefore, this study aims to understand the conception of the professional and coordinator of health centers oh the city of Campinas in relation to the practice of embracemnt the spountaneous demand. This is a qualitative research using the focal group technique as a method for collecting primary data. Two focus groups were held with distinct participants, Coordinators and health professionals of Health Centers of the city of Campinas, separated into their specific groups. The city of Campinas is divided into five health districts, tem coordinators and tem health professionalsfrom the health centers were invited, two participants from each district, at the end we had a group of coordinators with eight participants and a group with tem professionals both volunteered after a presentation of the work. According to the technique, the groups were coordinated by a mediator in the presence of a pre-established script and an observer using a field notebook, the group was carried out in a neutral space with duration of ninety minutes with the focus on the organization of the process of work for a embracement that guarantees the right to health. The groups were recorded in audio, transcribed and later organized into thematic categories, through content analysis, which supported the discussion and the results. The two groups listed the embracement as an important tool for access, based on bonding, qualified listening, on the resolution of demands, better organization of the work process and emphasized nursing as the main category for its operation. On the other hand, they evidenced the practical theoretical distancing due to lack of personnel sizing, precarious building structures, larger than expected population size, difficulty in teamwork, hosting as "complaint and conduct" actions with defined schedules and sectors. We emphasize the importance of the qualification of this tool, when incorporating the praxis of professionals as a portrait of a dispute for guarantees and affirm that embracement is related to access and their interference violates the guarantee of the right to health.

Key words: Embracement, Primary health care, work process.

Sumário

QUESTÕES PRELIMINARES 13

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO 1. DESAFIOS DA SAÚDE COMO DIREITO E GARANTIA 22

CAPÍTULO 2. ACOLHIMENTO: ATRIBUTO ESSENCIAL PARA O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE 28

2.1. ACOLHIMENTO COMO POSTURA, ATITUDE E TECNOLOGIA DE CUIDADO 31
2.2. ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE 32
2.3. ACOLHIMENTO COMO MECANISMO DE AMPLIAÇÃO, FACILITAÇÃO DO ACESSO 38
2.4 OBJETIVOS 43

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA 44

3.1 MÉTODOS E SUJEITOS 44
3.2 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS: GRUPO FOCAL 48
3.3 ASPECTOS ÉTICOS 50

CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 52

4.1. COORDENADORES 52
4.1.1. O ACOLHIMENTO E A DEMANDA ESPONTÂNEA: SINÔNIMOS? 53
4.1.2. ACOLHIMENTO COMO UM SETOR 54
4.1.3. ACOLHER OU TRIAR? 55
4.1.4. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: COM OU SEM HORÁRIO? 57
4.1.5. ACOLHIMENTO E SUAS OFERTAS 58
4.1.6. O DESAFIO DA INSERÇÃO DO MÉDICO NO ATO DE ACOLHER 58
4.1.7. ENFERMAGEM: O CORAÇÃO DO ACOLHIMENTO E SEU SOFRIMENTO 60
4.1.8. ESTRUTURA FÍSICA, AONDE ACOLHER? 61
4.1.9. QUERO TE ACOLHER, COMO FAÇO SEM PROFISSIONAL? 62
4.1.10. QUAL O TAMANHO DA MINHA POPULAÇÃO? 63
4.1.11. ACOLHIMENTO - PROPOSTAS E REFLEXÕES 64
4.1.12. ACOLHIMENTO: TER OU NÃO TER? EIS A QUESTÃO 65
4.2. TRABALHADORES DE SAÚDE 66
4.2.1. ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES TEÓRICAS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE 66
4.2.2. ACOLHIMENTO TEÓRICO E SUA PRÁTICA 67
4.2.3. TRIAR OU ACOLHER, UM "VELHO" PARADOXO 69
4.2.4. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UM TRABALHO DO PRONTO ATENDIMENTO (PA) OU DA APS? 70
4.2.5. HORÁRIO LIMITADO PARA ESCUTAR? 72

4.2.6. TRABALHO EM EQUIPE 73
4.2.7. FALTAS... 74
4.2.8. PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS 75

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO **78**

5.1. ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES TEÓRICAS TRAZIDAS PELOS PARTICIPANTES **79**
5.2. A PRÁXIS NA ÓTICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA **81**

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **92**

REFERÊNCIAS **96**

APÊNDICE I - ROTEIRO COORDENADORES **101**
APÊNDICE II - ROTEIRO TRABALHADORES DE SAÚDE **101**
APÊNDICE III. CHECK-LIST I **102**
APÊNDICE IV. CHECK LIST II **102**
APÊNDICE V. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **103**

ANEXOS **106**

ANEXO I. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **106**
ANEXO II. AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS **111**

QUESTÕES PRELIMINARES

Lembro-me do primeiro dia de trabalho como profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), havia me formado em bacharelado e licenciatura em enfermagem um ano antes pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), universidade que participa do SUS Campinas em suas atividades práticas.

Após uma breve apresentação dos espaços físicos da unidade e dos trabalhadores de saúde, foi solicitado que apoiasse o Acolhimento, utilizado nesta unidade como sinônimo de um setor para ouvir e resolver a demanda/necessidade dos usuários com sinais e sintomas de origem aguda, este setor utilizava também, sem distinção, a definição de Acolhimento para atenção à demanda espontânea.

Pois bem, nesse dia trabalhei em conjunto com outra enfermeira que orientava quanto aos fluxos da unidade, na época éramos em seis enfermeiros, com quatro equipes cadastradas e uma população com cerca de trinta mil habitantes. Sobre o Acolhimento, com um tom cansado e preocupado, ela dizia: “Aqui temos que resolver tudo! ” Assertivamente, isso também me assustou, “tudo” é uma palavra com um quantitativo e qualitativo de aspectos inimagináveis, sua pronúncia é forte e gera um som pesado e complexo, e pensar em sua resolução me fez sentir com o dobro do peso físico e psicológico.

Começamos os atendimentos, eram queixas das mais variáveis, de um simples agendamento de consulta, uma conversa de quem estava se sentindo sozinho, uma cefaleia até uma suspeita de infarto agudo do miocárdio, de modo dinâmico discutíamos os casos quando necessário com os médicos, com agentes de saúde e técnicos de enfermagem que conheciam os usuários, enfim, ao final de três horas, lembro-me ter acolhido diversos usuários, mas a unidade continuava lotada, as escutas não cessavam, e a continuidade das ações programáticas estavam em xeque pelo crescente número de usuários que chegavam na unidade pela demanda espontânea.

Nesta unidade há reunião semanal entre os enfermeiros e a coordenação, o primeiro encontro que participei teve como uma das pautas o Acolhimento, suas

dificuldades e a necessidade de repensá-lo para qualificar os atendimentos através do fluxo na unidade diante das adversidades.

A pauta sobre o Acolhimento nunca saiu das reuniões, e as indagações de como acolher fazem parte de nossa vivência, como acolher se o usuário necessita de uma vacina, remédio, curativo, mas faltam insumos para sermos resolutivos? Como acolher se faltam recursos humanos e estrutura física adequada?

Poder-se-ia argumentar que essa problemática estivesse enclausurada apenas numa unidade, no entanto, pelos vários espaços que percorria, seja formal ou informal, a discussão sobre como acolher acalentava a angústia de como ouvir e ser resolutivo com tantas barreiras.

O auge de minha angústia sobre como acolher se deu na epidemia de dengue em 2015, na época éramos em dois enfermeiros, com a mesma população e equipe de quando havia sido admitido, mal conseguíamos manter as ações planejadas quando os usuários com sintomas de dengue começaram a chegar.

Em absoluto, a situação era outra, atendíamos cerca de quarenta pessoas por dia com queixas solicitando atendimento imediato nos dias normais, mas na epidemia de dengue chegamos a atender picos de duzentas pessoas por dia apenas com sintomas de dengue. Paramos com todas as ações programáticas, a exaustão tomou nossos corpos, não tínhamos profissionais o suficiente para adequar nossas ações programáticas, e com a epidemia nossa fragilidade ficou exposta, meus colegas auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes de saúde e médicos também começaram a adoecer, a pressão não cessava e o apoio que tanto precisávamos não vieram.

Com todos sofrendo, população e trabalhadores de saúde, indagava-me sobre o direito constitucional à saúde e como ele é constantemente infligido, esquecido e apenas lembrado em alguns momentos estratégicos pelos nossos governantes.

Os seis meses de epidemia passaram, no entanto, as condições de trabalho, estrutura e profissionais pioraram ao longo dos anos, e como resposta recebemos um discurso de “culpabilização” pela crise política e econômica atual,

como se houvesse um planejamento e interesse sólido anterior em qualificar o sistema público de saúde e que fora interrompido pelas atuais circunstâncias.

Dobraram-se os anos após a epidemia e a razão da produção desse trabalho está lapidado na angústia do cenário atual que me impulsiona a escrever, pensar e questionar sobre como possibilitar acesso de qualidade à população com governos que trabalham com intenções obscuras e capacidade técnica insuficiente.

Enquanto escrevo esse trabalho, encontro-me dentro de um turbilhão de ações que caminham na contra mão das referências teóricas utilizadas aqui, a Atenção Primária à Saúde (APS), os centros de saúde operam com uma demanda maior que a determinada, com número reduzido de profissionais, sem educação permanente, estruturas prediais precárias com falta de materiais desde a folha de sulfite para prescrição médica a material de curativo, falta de diversas medicações, vacinas, auto claves para esterilização de material, insumos para exames laboratoriais e principalmente a vontade e o planejamento adequado para um município que outrora foi exemplo nacional e internacional de nossa saúde pública.

Temos ainda, o fechamento de pronto atendimento, convênios com hospitais e diversas especialidades rompidos sem propostas de reposição ou planejamento futuro, escândalo de corrupção, falta de auditoria para avaliar contratos, faltas e mais faltas.

No meio deste furacão estão os profissionais de saúde deste município, tentando possibilitar o que está escrito na Constituição Federal, mesmo diante a tantas faltas. Penso e sinto sobre a árdua tarefa da efetivação da saúde como direito em meio a uma polarização crescente de obscurantismo da razão alavancada pelo desejo cego do Capital em detrimento do direito à defesa da vida.

O ano é 2018, vejo os usuários adentrando no centro de saúde, com suas diversas demandas, após me inclinar para ouvi-los, desvio o olhar para a unidade e tento oferecer o que posso e o que ela possui, no entanto não tenho o suficiente, uma pressão em um ponto se inicia. Ao longe despertam numa voracidade os infindáveis protocolos, metas e linhas de cuidados a serem cumpridas, novamente olho para a unidade, mas não a vejo por inteira, não é preciso porque não temos o essencial e

novamente, pressão. Pressão e angústia são as palavras que utilizo nesse momento para descrever um trabalho que busca acesso universal e de qualidade aos usuários.

A discussão sobre o Acolhimento é viva em nossas reuniões e rodas de conversas, com diversas inquietações sobre como possibilitar o direito à saúde em meio a uma disputa ideológica de sistema de saúde numa sociedade capitalista que preza o lucro.

Não obstante, ouvem-se pelos corredores de nossa nação, volumosas sombras dizendo que esse SUS que acreditamos é impossível de ser concretizado, que não há possibilidade de acolher como escrevemos, no entanto, é graças a esse sonho que muitos profissionais trabalham, estudam, reinventam-se, doam-se aos outros, seja diante de epidemias ou em dias normais, trabalham em condições desfavoráveis, e continuam firmes em busca de seu “sonho” e conseguem transformar realidades quando não se apostava na mudança. Agora, penso que se essas sombras trabalhassem com o mesmo afinco e propósito destes trabalhadores, teríamos os recursos favoráveis para garantir melhores condições de saúde ao nosso povo como descreve a constituição.

Imerso em inúmeras indagações sobre o Acolhimento trago esse trabalho como uma fotografia de um tempo de disputa, luta e coragem para garantir acesso de qualidade e de direito.

INTRODUÇÃO

O SUS é o sistema organizacional que efetiva a política de saúde no Brasil, direcionado por princípios e diretrizes, envolve diversas ações e serviços de saúde articulados em rede que primam por ações de atenção, promoção e vigilância em saúde. Neste sentido, o SUS é compreendido como um sistema complexo, articulado entre as três esferas governamentais, cujo objetivo é a coordenação das ações de promoção, prevenção, atenção e recuperação em saúde, descaracterizando, portanto, o tom de assistencialismo exclusivo, e, para tanto, incorpora uma ação ampliada de concepção de saúde, envolvendo condicionantes econômicos, sociais, culturais e biológicos, dissociando o modelo biológico e individual como único causador do adoecer[1].

Diferencia-se, portanto, dos planos de saúde de natureza privada que trabalham na modalidade de seguro, mercantil, predominantemente assistencial, voltados para especialização e com características excludentes, uma vez que a lógica deste modelo se orienta pelo acúmulo de capital e não pelas necessidades da sociedade[1,2].

Corroborando a premissa de que saúde deve ser um direito inviolável aos indivíduos e garantia de diminuir a iniquidade de um país, Starfield[3] considera que:

> "Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde."

O SUS é regido por princípios que se articulam e se complementam no ideal e lógica de nosso sistema de saúde, suas *regras pétreas* são: Universalidade, equidade e integralidade [1].

A Universalidade é caracterizada como a garantia do direito ao acesso à saúde a todos os cidadãos em todo território nacional, portanto, trabalha na lógica da

indistinção entre as pessoas. Comparando com outros sistemas de saúde, o sistema universal oferece um melhor custo-benefício e apresentam melhores indicadores de saúde em comparação com o sistema privado, além de ser parte integrante do direito à saúde e à vida em contraponto ao sistema de contratos[4].

Lobato e Giovanella[4] ressaltam que:

> "É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual. Como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro. Ao contrário, deve ser responsabilidade solidária do Estado e dos cidadãos. "

A Equidade revela a necessidade de priorizar ofertas de ações e serviços aos segmentos da população que enfrentam maiores riscos do adoecimento e morte em detrimento de fatores econômicos, sociais, ambientais e subjetivos. Traz à tona a avaliação epistemológica desta palavra ao revelar a necessidade de diminuir as diferenças evitáveis e injustas em nossa população ao acesso aos serviços de saúde em detrimento de seu capital[5].

Sobre este tema, Paim e Silva[5] argumentam que:

> "Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade. "

A Integralidade aborda várias concepções do processo saúde e doença ao considerar seu olhar amplo e entender que o estado de saúde não se restringe apenas na ausência da doença, mas sim uma condição biológica, psíquica e sociocultural, para tanto, traz a condição do indivíduo como um todo em sua singularidade e coletividade, pressupondo uma continuidade de ações que garantam a promoção,

prevenção, atenção e recuperação em saúde. Este princípio, para tanto, também orienta e qualifica os serviços de saúde ao possibilitar um olhar ampliado e integrado da rede, sua articulação envolve desde as campanhas de vacinação quanto ações de promoção da saúde de caráter intersetorial[1].

Indubitavelmente compreendemos a distância entre a teoria e a prática ainda presentes sobre a implantação e manutenção dos princípios que mencionamos condicionados por diversos fatores como desfinanciamento na saúde, más condições de trabalho entre outras, no entanto acreditamos ser necessária a apresentação sobre o que realmente desejamos, expor a teoria não implica em desconsiderar a atual situação do sistema de saúde no país, mas sim possibilitar a compreensão sobre qual sistema de saúde queremos construir. Temos, portanto, a obrigatoriedade de avaliar aonde estamos nesse percurso e escrever aonde queremos chegar, baseado no potencial dos princípios e da filosofia do SUS para possibilitar de fato saúde como direito e de qualidade.

O acesso ao SUS é norteado prioritariamente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), e se concretiza nos centros de saúde como seu principal objeto para a garantia do cuidado. É na APS que o Acolhimento se destaca, ele é uma importante ferramenta organizacional utilizada pelos equipamentos de saúde com a finalidade de qualificar o acesso para firmar o cuidado e a garantia de direitos e princípios que primam por políticas de inclusão e garantia da vida[6].

A utilização da denominação Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil opera na contramão da concepção de “básico” como sinônimo de “pejorativo”, “primitiva”, mas sim na ótica de “essencial”, “primordial” como descreve a declaração em Alma Ata. O termo ABS é adotado no Brasil justamente para combater a lógica de uma Atenção Primária à Saúde seletiva que vinha sendo adotada na América Latina e destoante dos princípios já apresentados[7].

No entanto, concordamos com Mendes[8], que descreve:

> "No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa a concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao complexíssimo princípio da APS, o do primeiro contato. Essa visão básica da APS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente e etc."

Nessa mesma linha, entendemos que não se trata apenas de uma disputa semântica, mas sim ideológica, assim sendo, o termo ABS poderia ser compreendido de modo pejorativo, depreciando sua real função, para tanto, neste trabalho, adotaremos a terminologia Atenção Primária à Saúde.

Embora o direito à saúde esteja presente em nossa constituição, ele é palco de disputas mediadas por políticas de austeridade e retrocesso à garantia dos direitos à saúde no Brasil, pautadas por uma política privatista do setor saúde, pela degradação do financiamento do SUS e pelas más condições de trabalho em seu sistema. Para tanto, aprimorar o ato de acolher se torna essencial para qualificar o pensamento e a ação dos trabalhadores e gestores, de modo que possam combater a exclusão ao direito à saúde num país em que a iniquidade de direitos prepondera[9,10].

A origem do Acolhimento acompanha a construção do SUS e está no mesmo palco das disputas ideológicas, políticas, sociais e financeiras presentes em nosso sistema de saúde, de tal modo que seus efeitos podem tanto possibilitar o acesso e o cuidado continuado, quanto se apresentar como uma barreira burocrática de exclusão e proporcionar uma maior distância entre gestão, trabalhador e usuário pela união e luta por um melhor sistema de saúde[10].

Compreender a relevância do Acolhimento, portanto, é um ato para possibilitar e qualificar o acesso, elencar o cuidado com qualidade e responsabilidade em contraponto ao descaso, a iniquidade e a exclusão.

Para tanto, traremos nas páginas seguintes uma apresentação acerca da garantia do direito à saúde no Brasil e continuaremos com o Acolhimento como seu principal instrumento para sua efetividade, a seguir abordaremos a metodologia e por fim traremos os resultados e a discussão de nossa pesquisa como ponto de análise da práxis presente no acolhimento nos centros de saúde de Campinas.

CAPÍTULO 1. DESAFIOS DA SAÚDE COMO DIREITO E GARANTIA

O direito à saúde no Brasil é reconhecido como um direito humano fundamental, sua implantação representou um grande avanço ao Estado democrático de direito e um marco para o desenvolvimento do país[11].

Por direito entende-se que "é a faculdade reconhecida, natural, ou legal, de praticar ou não praticar certos atos" e possui na garantia sua instituição como ferramenta para efetivar os direitos individuais que constituem em conjunto a liberdade civil e política[11].

Nesse sentido o SUS é a garantia constitucional do direito à saúde no Brasil por integrar e organizar diversas garantias concretas através de instrumentos jurídicos, econômicos, administrativos e institucionais[11].

No Brasil, as lutas pela conquista da obrigatoriedade de saúde como um direito universal são denominadas como movimento pela Reforma Sanitária (RS), conhecida por uma parte da intensa luta para a garantia da democracia, liberdade e direitos que foram negligenciados ao longo da história desse país. A partir da década de setenta do século passado, o movimento criou uma nova luz para o campo do saber, reconstruiu estratégias políticas e transformação institucional[9].

Sobre a luta pela conquista de direitos, Norberto Bobbio[12] escreve:

> "os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas[...] o que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e em outras culturas. "

Nesse sentido, no campo da saúde, a década de setenta edificou uma articulação entre diversos atores sociais que teciam críticas às políticas de saúde existentes no Brasil com características excludentes com base numa política privatizante de previdência social e saúde. Deste modo, seus idealizadores partiram do pressuposto do confronto a um estado de crise regida por um modelo biomédico, hospitalocêntrico, autoritário, de um sistema de prestação de serviços de saúde sem

garantias de respostas eficazes e que limitavam impactos positivos na saúde de sua população[9].

O ideal desta política transformadora teve sua ascensão a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 formado por profissionais cujo objetivo era a defesa da democratização da Saúde e Sociedade, símbolo do pensamento da Reforma Sanitária, e teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 uma vitória na batalha para o direito à saúde ao envolver uma participação popular expressiva com a exposição de seu ideal e luta: “saúde como um direito de todos e dever do estado; acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida e, portanto, do nível de saúde; acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária”. Ainda expunham o caráter da propriedade exclusivamente pública do setor saúde, a gestão dos serviços incluiria a participação social e seu financiamento deveria estar junto à seguridade social [1,9].

A mobilização social durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi uma estratégia fundamental para pressionar a inclusão de suas propostas na constituição de 1988, a concepção da saúde como direito de cidadania e dever do Estado causou uma ruptura do padrão anterior da política social, que era pautado na exclusão de milhares de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo. Trouxe ainda a concepção da superação de oferta estratificada de serviços e da possibilidade de reduzir as desigualdades do atendimento à saúde em diversas regiões do Brasil[1].

Após quase duas décadas de árduas lutas foi criado o SUS, por meio da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. A Reforma Sanitária Brasileira teve seu papel central nesta formulação do movimento civil brasileiro pela democracia, transformando-se em projeto e que se desenvolveu como um processo, em especial, na construção da Comissão Nacional da Reforma Sanitária[13].

Segundo a Constituição Federal[14], através do artigo 196 temos que:

> “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. ”

Na mesma corrente temos na lei nº 8.080[15] de 19 de setembro de 1990:

> “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. ”

Todavia, segundo Fernando Aith[11], reconhecer a saúde como direito não implica que ele seja usufruído imediatamente pela população sem quaisquer infortúnios. Para este autor, temos quatro desafios para a efetivação do SUS:

1. Desafios políticos - imerso na efetivação dos direitos à saúde, sua prestação dos serviços e na dificuldade de articulação dos três entes federativos;
2. Desafios administrativos - expressando a dificuldade de articulação entre atenção à saúde e vigilância à saúde, assim como a efetivação de políticas intersetoriais de saúde com outras políticas como cultura, lazer, proteção ambiental etc;
3. Jurídicos – evidenciados pelo imenso volume de normas (decretos, portarias e resoluções) complexas de difícil compreensão e aplicação pratica, a necessidade de ampliação da participação popular e por fim a fragmentação na organização dos serviços de saúde;
4. Econômico – pautado pelo financiamento na saúde para possibilitar sua efetivação.

Temos no subfinanciamento, palco de intensas discussões entre os diversos atores que defendem o SUS, a luta para que o aumento deste financiamento em saúde chegue ao mínimo a 10% do orçamento da União. Nos últimos 20 anos o gasto atinge um padrão de 3,4% a 3.6% do PIB. Mantém o financiamento público anual per capita abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, países europeus, Austrália e outros[16].

Para Campos[16]:

> "Estima-se a necessidade de 200 novos hospitais gerais em regiões carentes. Para construí-los e equipá-los serão necessários R$ 10 bilhões, e o custeio anual exigirá orçamento semelhante. A recuperação e a reorganização da precária rede já existente custarão outros R$ 20 bilhões anuais. Haveria ainda que ampliar-se o gasto com a Vigilância em Saúde, controlar epidemias, drogas, violência. Para isto, outros R$ 5 bilhões/ano. Além do mais, há a necessidade de um aumento no gasto com o PIB para 8% com a finalidade de ampliar a ABS de 80 a 90% da população, assim como qualificar as equipes, melhorar a infraestrutura e a integração com hospitais e serviços especializados e inverter a situação presente em nosso país. "

Entretanto os passos rumo a um financiamento desejável e a compreensão da necessidade de se garantir o direito à saúde vive imerso em um campo de disputas ideológicas, políticas e econômicas.

Nesse caminho de lutas e contradições para a garantia de saúde, temos o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 241 aprovada na câmera dos deputados em 26 de outubro de 2016 e no senado tramitou como PEC 55, também aprovada em 13 de dezembro de 2016, tornando se Emenda Constitucional n° 95/2016.

Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)[17] essa Emenda Constitucional congela o investimento em saúde por 20 anos e impõe o fim a expansão e manutenção da garantia de direitos sociais, além de causar um impacto negativo à saúde da população brasileira, entretanto mesmo diante de [i]diversas instituições da área da saúde se posicionando contra, apresentando outras soluções, e denunciando seu equívoco, o projeto foi aprovado (CEBES, 2016).

---

[i] Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)[18] em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia/20711/; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)[19] em: https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-divulga-carta-sobre-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida; World Federation of Public Health Associations (WFPHA)[20] em: http://www.wfpha.org/images/Letter__Brazil_government_WFPHA_2017.pdf; Conselho Nacional de Secretários de Saúde(CONASS)[21] em: http://www.conass.org.br/pec-n-24116-e-aprovada-em-2o-turno-na-camara-dos-deputados-confira/ ; Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)[22] em: http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-lancam-manifesto-contra-pec-55_47512.html; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)[23] em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf

Assim sendo, questionamos como garantir acesso de qualidade, continuar com os projetos existentes, acolher os usuários nos centros de saúde se as estratégias para qualificar o SUS pelo governo marcham no sentido contrário de garantia ao direito à saúde como consta nossa Constituição?

Sobre estas contradições, Campos[16] argumenta que:

> "De tanto maltrato aos trabalhadores de saúde, de tanto subfinanciamento, de tanto sobrepor política de interesses às necessidades de saúde, de tanto descuido com o direito à saúde, grande parte dos brasileiros desacreditou do suposto devir – sempre a acontecer no futuro – de uma política pública abrangente e generosa. Passaram a apostar em cada um salvar-se no emaranhado incompreensível de ofertas públicas, semipúblicas e quase privadas do imenso mercado de assistência à saúde. "

Diante de tantas contradições a implicação reflete na dificuldade da presença da participação popular nos diversos dispositivos legais de participação, segundo Campos[16]:

> "...o SUS está sendo derrotado no simbólico, no "coração e na mente" dos brasileiros. Nós, brasileiros, fomos nos desesperando com o emperramento dos serviços públicos, com sua baixa sustentabilidade – programas "exitosos" no SUS costumam ter vida curta (alguns anos) e, logo, são degradados pela falta de continuidade administrativa, pelo descuido, por falta de pessoal etc. Neste contexto, a tendência é a busca por soluções particulares, há um esvaziamento dos movimentos sociais de defesa do SUS. "

Campos[16] aponta como a causa desta derrota simbólica a política capitalista que embora esteja imersa em seus paradoxos entre direito versus exclusão, são constantemente patrocinadas pela mídia e propaganda como saúde sendo reflexo de uma política medicamentosa, cujo direito à saúde esteja embasado na inclusão de corporativas, empresas e seguradoras privadas. Para este autor, as resistências contra estas práticas estão embasadas no marxismo, na luta de classes que pressupõem o resultado de surgimento de experiências singulares de pessoas que incorporam em sua prática, pensamentos, ações dissidentes da lógica de mercado, considera que:

> “...dentro de toda sociedade capitalista existe a possibilidade de haver modos de conformação de sujeitos anticapitalistas; sujeitos a favor da solidariedade, do direito; sujeitos tendentes a valorizar o espírito comunitário e coletivo. A luta contra a ditadura, no Brasil, teve um caráter de busca da democracia, mas também de direitos sociais. O SUS é produto desta capacidade de setores da sociedade de se desgarrarem da hegemonia da lógica de mercado e de construírem utopias concretas, como foi o caso do direito à saúde. ”

Imerso nesses desafios, observamos, portanto, um hiato entre o direito, sua garantia e a efetivação prática das ações durante a implantação e implementação do SUS, pautadas pela continuidade de disputas condicionado por um processo histórico, político, econômico e social. Iniciativas e pensamentos contrários aos dos princípios do SUS dificultam os avanços das reformas, degradam o sistema e abrem espaço para outros interesses voltados no fim de direitos tão duramente conquistados[1].

Entendemos que o SUS foi construído através de árduas lutas durante duas décadas, e seu palco de disputa é vivo, há uma disputa para qualificar seu sistema, disputa para manter o direito à saúde, à dignidade, à vida.

CAPÍTULO 2. ACOLHIMENTO: ATRIBUTO ESSENCIAL PARA O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE

O Acolhimento é uma ferramenta essencial para a funcionalidade do cuidado, uma vez que propicia o ato de receber e escutar as pessoas podendo acontecer de diversas maneiras em seus distintos espaços[6].

Sua finalidade é oferecer uma resposta eficaz, capaz de resolver ou diminuir a grande maioria dos problemas e danos à saúde, o que transforma o ato de acolher em um papel fundamental para a efetivação da APS como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção[24].

O Acolhimento é um instrumento utilizado por atores concretos com perspectivas e intencionalidades presentes nas relações de cuidado entre trabalhador de saúde e usuário com a possibilidade de potencializar o vínculo e a responsabilização do cuidado e a autonomia do usuário[6].

O desenvolvimento do Acolhimento acompanha o processo de implantação do SUS e sua heterogeneidade perpassa os diversos equipamentos de saúde, acumulando ao longo deste tempo tanto concepções positivas quanto negativas de suas ações[25].

Para a Política Nacional de Humanização (PNH)[26], o Acolhimento é definido como:

> "Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O Acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o Acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva."

Entendemos ainda que acolher é trazer o outro para dentro da gente, é no mínimo partilhar, repartir, compartilhar as pessoas para dentro de nós. De tal modo que o ato de acolher só se faz útil através da compreensão do outro, das diferenças

e no potencial de transformação do encontro mediante a condições favoráveis para qualificar o cuidado para aquele que sofre.

O que, por ventura, ao fazê-lo, diante das condições políticas, econômicas e sociais pautados pela austeridade evidenciada pela inversão de prioridades, e pela falta do acolher dos governos para com o seu povo, temos como resultado o reflexo da dificuldade no acolher, assim como garantir acesso de qualidade.

Questionamos como qualificar os cuidados aos usuários, uma vez que as ações governamentais reduzem recursos no setor saúde, desencadeando um trabalho com menos trabalhadores, estrutura, educação permanente, oferta, no qual a palavra áurea de nossa época é a defesa do capital e não da vida. Não obstante, encontra-se com frequência uma prática profissional distante da acadêmica, reflexo de ações governamentais com discursos paradoxais às suas práticas.

Mesmo diante aos constantes ataques ao direito à saúde, temos políticas para tentar afirmar a garantia à saúde em meio ao caos e como guia para nos direcionar para um trabalho de melhor qualidade e dignidade ao usuário e ao trabalhador, a PNH, criada em 2003, surge com o objetivo de efetivar na prática os princípios do SUS nos serviços de saúde para estabelecer mudanças no modo de cuidar e gerir, o Acolhimento passa a ser sua diretriz em conjunto com a gestão participativa/cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários[26].

Estas ferramentas devem-se articular de modo uníssono por meio das mudanças de suas práticas realizado de modo dinâmico, vivo, mediante as necessidades dos usuários num determinado tempo e espaço, em contraponto à exclusão do cuidado irresponsável e da negativa do acesso ao direito à saúde[26].

Neste sentido, propõe se um olhar crítico reflexivo para guiar o modo como se acolhe nas unidades, uma vez que a prática pode ser aperfeiçoada com a finalidade de qualificar o acesso e o cuidado nas unidades.

A relação destas diretrizes é alicerçada de modo transversal para a consolidação dos princípios do SUS e manutenção de boas práticas, para tanto temos na clínica ampliada a capacidade de transcender o foco biológico, recortado do

indivíduo que demanda algo para além do seu eu exclusivamente orgânico, traz a compreensão da existência de um conjunto de fatores que causam o adoecimento e a procura pelo serviço de saúde[27].

A compreensão para uma boa prática no Acolhimento caminha numa reflexão crítica para uma prática resolutiva, pautada na interdisciplinaridade promovendo um rearranjo organizacional do processo de trabalho embasado num modelo de gestão participativa e compartilhada dos cuidados/atenção em saúde minimizando o uso desnecessário de recursos, reduzindo a prática exclusivamente baseado no tripé “queixa-conduta-medicação” para uma exploração mais complexa do processo saúde-doença, além de considerar o usuário como protagonista em seu cuidado[6,27].

Temos na Cogestão a valorização dos trabalhadores na participação e apoio às mudanças necessárias no processo de trabalho para qualificar o ato de acolher nos serviços. O reconhecimento do trabalhador, na diretriz de valorização do trabalho e trabalhador, enfatiza sua relevância por serem os sujeitos que possibilitam o acesso ao serviço de saúde, tornam-se centrais e protagonistas nesta atividade[27].

Na ambiência há a incorporação da organização dos processos de trabalho conforme a gravidade do cuidado, para tanto, incorpora guias orientadores que configurarão outros meios de ocupar o espaço físico com fluxos adequados favoráveis a um processo de trabalho construtivo para encontros e trocas de saberes em potenciais. Tal encontro é condicionado pela valorização do usuário como diretriz ao entendê-lo como protagonista de seu plano de cuidado e a importância de agregar este sujeito em espaços legais para articular e possibilitar a defesa de seus direitos[27].

Para a implantação e implementação desta base teórica, torna-se necessário a reflexão das potencias e limites tanto dos atores acolhedores como a posição ideológica no qual os equipamentos de saúde estão inseridos. Tal cenário pode proporcionar a finalidade de produzir espaços de diálogo, valorização e resolutividade, assim como pode proporcionar sua antítese, portanto compreender a posição ideológica no qual o profissional, gestor e seus equipamentos de saúde estão imersos, permite-nos o entendimento de um determinismo político, econômico e ideológico que influencia diretamente o seu ato de acolher.

Conduzir a prática teorizada pela PNH nos permite uma afirmação do livre pensar em espaço coletivo, responsabilizando os diversos atores e trabalhando para um acesso que garanta a vida e luta contra uma política de austeridade, exclusão e direito, para tanto sua prática deve ser revista constantemente para que não caia em uma prática vazia e contrária ao que o ato de acolher propõe.

Segundo o livro institucional do Ministério da Saúde, Acolhimento à demanda espontânea[6] ele classifica o ato de acolher em três dimensões constitutivas que discutiremos a seguir.

2.1. Acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado

Ao utilizar o Acolhimento no campo tecnológico, Merhy[2] nos convida para uma reflexão de transcendência da designação da tecnologia como sinônimo de maquinário, para uma denominação das relações entre os homens, organização de processos produtivos e a utilização de saberes para a produção de produtos singulares. Ele divide as tecnologias em leve (construção de vínculo, Acolhimento, autonomia e gestão como coordenador de processos de trabalho), leve-duras (saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, epidemiologia, psicanálise etc) e duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais).

Entendemos que o Acolhimento opera principalmente na lógica das tecnologias leves presentes nas relações com os usuários, entre os próprios trabalhadores, na escuta qualificada, construção de vínculos, de modo a lidar com o imprevisto, utilizando-se da postura ética para receber o outro e potencializar positivamente as relações[6].

No entanto, reconhecemos a existência do mau uso do Acolhimento ao utilizar inadequadamente a tecnologia leve e burocratizar o cuidado, descaracterizando a afirmação do acesso, vínculo e do cuidado continuado como descrito no diálogo abaixo[6].

> “ - Joana: Bom dia, eu queria marcar uma consulta com o Dr. Antônio.
> - Vilma: O dia de marcação para o médico é a sexta-feira, tem que chegar cedo porque são distribuídas 20 senhas.
> - Joana: Mas a minha irmã acabou de marcar uma consulta para a próxima semana.
> - Vilma: É porque ela é hipertensa e faz parte de um programa.
> - Joana: Mas eu não tô me sentindo muito bem desde ontem.
> - Vilma: Aqui é PSF, não é urgência. Você tem que ir ao PA.
> - Joana: O problema é que o PA é longe, eu tô sem dinheiro, e o Dr. Antônio é muito bom. Não dá para fazer um encaixe não?
> - Vilma: Já falei, ou você vai ao PA ou volta na sexta-feira logo cedo. Quem é o próximo? ”

A partir deste relato, observamos a necessidade das equipes de saúde da família qualificarem sua porta de entrada e dispensar a recepção como “guichê burocrático” e proporcionar para a entrada das unidades, profissionais de saúde como técnicos e auxiliares de enfermagem, para escutas na demanda não programática de modo individualizado e qualificado, avaliando seus riscos biológicos, psicossociais e epidemiológicos, responsabilizando a equipe e dialogando com o usuário para melhor resposta a sua demanda[28].

Neste sentido, o ato de acolher não deveria ser visto como uma simples triagem para consulta médica e medicação, assim como não deve ser entendido como um único espaço físico de atendimento específico, ele transcende este conceito com a finalidade de causar uma ruptura das más práticas de processo de trabalho em saúde para qualificar a ação e o entendimento mais amplo do processo saúde-doença de modo resolutivo e responsável.

2.2. Acolhimento como dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe

O trabalho é regido por um processo dinâmico entre homem e natureza, no qual o homem transforma, interage e regula este ambiente para trazer uma utilidade à vida humana de modo racional e planejado, diferentemente dos outros animais. Para tanto, Marx[29] descreve os componentes do processo de trabalho como: *a atividade*

adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

A partir destes componentes descritos por Marx, Gonçalves[30] advoga que estes elementos devem ser pensados de modo articulado para que haja uma especificidade de um determinado processo de trabalho. Nesta lógica argumenta que o objeto do trabalho será aquele que passará por uma transformação do trabalhador, e para tanto, ao que concerne à saúde, seu objeto de trabalho serão as necessidades do ser humano em saúde.

Gonçalves[30] expõe que o produto da resultante da ação do trabalhador no objeto será proporcional à versão delimitada da ação deste trabalhador que incidi no objeto. Para tanto, deve se considerar a subjetividade do pensamento potencial do trabalhador e a relação com o instrumental de trabalho, tanto material (medicamentos, equipamentos de saúde) quanto não material (conhecimentos), para a transformação desejada do objeto referido.

No campo da saúde, o trabalho deve considerar a investigação do sujeito integral, inserido em seu universo bio-psíquico-social determinando seu processo saúde e doença mediante seus riscos e sua vulnerabilidade. Incorporamos o sujeito em sua singularidade, com suas questões subjetivas, fatores sociais, ambientais, econômicos com a finalidade de alcançar a integralidade, para entender que, se há algo que sofre, é a pessoa em seu todo, a clínica, portanto, deve ser focada no sujeito integral, imerso no coletivo, e não na doença[31].

Entretanto observamos que a práxis trabalha no sentido contrário ao que se objetiva o trabalho em saúde descrito anteriormente, não pelo desejo uníssono dos profissionais, mas pelo determinismo político, cultural, econômico de nossa era. Ações concretas a serem lançadas para alcançarem esses objetivos ilustram a luta pelo desejo da vida em contraponto ao seu sistema mercantil, nesse sentido, indagamos como abordar o sujeito de modo integral se a indústria farmacêutica, impulsionada pelo capitalismo, trabalha com soberania sobre as condutas dos profissionais? Como entender o meio em que o indivíduo está imerso, se possuímos uma propaganda fanática pela promoção tecnológica, por diagnósticos raros, tecnologias mais caras, como único modo de trabalhar em saúde? Como trabalhar na área da saúde com a

integralidade do usuário se a população possui fome, falta de lazer, más condições de trabalho, educação, imersos em uma ascendente violência, do fervor do preconceito e as políticas públicas para essas resoluções são abastadas? Como discutir sobre universalidade do sistema de saúde se a propaganda investida é unilateral a favor dos sistemas de contratos dos planos privados de saúde? O trabalho em saúde marcha em conjunto com a evolução do capitalismo e nos impõe a pensar na impossibilidade e na utopia da atuação como o parágrafo anterior nos revela, entretanto acreditamos que o contrapeso de um sistema é desvendado através do pensamento e das ações no encontro de sua busca que aos poucos começam a serem reveladas como necessárias, e portanto, devemos entender a necessidade de explicar e caminhar sobre o que era para ser obvio e que vem sem afirmando como uma ontologia complexa, e ter como objetivo a longa caminhada deste percurso para uma teoria de trabalho em saúde como descreve o parágrafo anterior.

Os múltiplos sentidos do trabalho, assim como a utilização de seus produtos e a estrutura social para obtê-la são formulados conforme os interesses das sociedades em cada época da história[32].

O trabalho é diferente um do outro de acordo com o que se produz, seu produto se distingue através da técnica de produção, assim como o objetivo final, ou seja, a produção de um automóvel é diferente da produção de saúde[32].

O trabalho em saúde é dirigido para o cidadão, seus familiares e para o sistema de saúde, trabalha-se para a prevenção, promoção, assistência e recuperação em saúde. O trabalho também é direcionado para o trabalhador tanto para adquirir necessidades básicas (alimentação) quanto necessidades complexas (pertencimento a grupos, aceitação e afetos)[27].

Para Campos[31] o objetivo final do trabalho em saúde é garantir resultados melhores de saúde considerando seus aspectos objetivos dados por indicadores, tais como, número de anos vívidos, sobrevivência e aspectos subjetivos ao envolver o bem-estar mental do sujeito. Para tanto, este autor corrobora a necessidade de uma “coprodução de autonomia” como finalidade neste processo clínico e coletivo. ´

Merhy e Franco[32] concluem que o principal “referente simbólico” do trabalho em saúde é baseado no:

> “ato de cuidar da vida e do outro, como alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo da necessidade dos usuários individuais e coletivos, visando a produção social da vida e defendendo-a.”

Ao considerarmos a influência política e econômica sobre o modo de operar o trabalho, temos nas últimas décadas uma sociedade que passou por transformações econômicas, políticas e sociais comandadas pelo neoliberalismo e sua reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, guiada por uma onda de privatização, terceirização, flexibilização do trabalho, desemprego e a retirada de direitos sociais[33].

Impulsionada pela articulação e reestruturação do próprio capitalismo em garantir o acúmulo sequencial de capital e do combate de suas próprias crises, temos como sua consequência a desqualificação de direitos sociais e das condições de trabalho, Antunes[33] reflete que:

> “Trata-se, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise estrutural que assola a (des)sociabilização contemporânea: destrói-se a força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental “sociedade do descartável”, que joga fora tudo que serviu como “embalagem” para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital.”

Adams[34], médico estadunidense, descreve em seu livro as dificuldades que possui ao estar inserido em um sistema não universal com baixa adesão a uma APS e com a configuração do processo de trabalho estar vinculado a uma prática meramente comercial, ele escreve:

> "... a medicina funciona como negócio, por isso abriga todo o estresse de um negócio. Pacientes tornam-se fregueses. Os médicos tornam-se fornecedores, rígidos e incapazes de compartilhar das emoções essenciais da amizade. Qualquer profissional da medicina, que haja entrado na carreira para servir a humanidade, sofre a cada dia por causa deste aspecto de negócio. A cura é negada ao pobre e limitada a muitos outros. O relacionamento com pacientes pobres não se compara com o que é dado aos mais ricos. Médicos e outros curadores se desgastam vendo comprometidos os seus sonhos de servir a humanidade. O medo de processos contra erros, outra causa de exaustão, apavora muitos profissionais de saúde. A desconfiança entra na relação doutor-paciente, destruindo-a. Para se preservar contra ações legais, médicos obrigam seus pacientes a exames que são desnecessários e apenas defensivos. Ansiedade por causa de processos também perturbam o médico e inibe a intuição, a criatividade e a investigação científica. "

Ao considerar a lógica do capitalismo, no qual o lucro e a exploração do trabalho se faz necessário como objetivo para elevar o seu acúmulo do capital, neste sentido, temos para o setor saúde, o acesso destinado apenas para quem possui dinheiro, portanto não é um processo de direito universal, mas sim, de acesso e direito à vida seletiva e, consequentemente, austeridade, exclusão e iniquidade. O processo de trabalho fica baseado em produção de procedimentos, a singularidade e o conceito moderno que se propõe sobre processo de saúde doença é extinto em detrimento do capital.

Para Carvalho e Cunha[25] serviços que privilegiam a produção de procedimentos para o alcance de metas desregradas possuem por características trabalhadores atarefados e exaustos sem, ao mesmo, conseguirem avaliar e interferir em seu processo, a saúde se torna fragmentada e sua eficácia duvidosa.

Não desconsideramos a importância da utilização de dados e metas para um trabalho em saúde que produza qualidade e maestria nos serviços de saúde, na verdade, consideramos como ferramentas de grande relevância, mas o que difere é o modo como utilizamos tais artificies. Dados e metas organizadas como marco para avaliação do trabalho, como meio de qualificar o trabalho dos profissionais e melhorar as condições de saúde deveriam ser um de seus objetivos, agora indagamos a

utilização destas ferramentas como uma marca simplória de propaganda de eficiência em saúde, desconsiderando a efetividade real do trabalho a ser alcançado.

Observa-se ainda, a presença em diversos equipamentos de saúde, a incorporação de processos de trabalho do tipo taylorista, Taylor advogava na divisão do trabalho marcada entre quem cria/pensa/planeja e quem executa, dividindo os trabalhadores por setores e metas, o resultado é uma produção fragmentada do ser humano e do próprio processo de trabalho[27].

Advogamos que o trabalho em saúde possui a prerrogativa da defesa da vida[ii] e da luta contra a iniquidade, para tanto, a PNH[27] possui a justificativa da inclusão dos trabalhadores na elaboração do processo de trabalho com o objetivo da produção de autonomia, valorização do trabalho, combate a ações autoritárias e fragmentadas.

O setor saúde possui uma pluralidade de interesses e suas disputas são vivas, acreditamos que o processo de trabalho compartilhado e descentralizado, seja a base para diminuir a distância entre os que planejam, comandam, dirigem e executam as ações, com a finalidade da redefinição do processo de trabalho como instância de produção de sujeitos, individuais e coletivos e de democracia institucional.

Deste modo, o Acolhimento pode ser um provocador, no sentido de instigar e dinamizar uma melhor organização do processo de trabalho para que o cuidado prestado seja realizado não apenas com enfoque biológico, mecânico e de responsabilidade apenas de uma categoria profissional, mas sim de toda equipe, capacitada para um atendimento multiprofissional em seus diversos espaços[6].

Esse rearranjo organizacional do processo de trabalho em saúde, através da proposta do Acolhimento, caminha pela ética e política, de tal modo que propõe mudanças na postura dos profissionais, na gestão e modelo assistencial ao reformular uma assistência pautada por ações burocráticas e rígidas para uma maior oferta de serviços, flexibilização e clínica ampliada propiciando o cuidado interdisciplinar. Estas concepções nos permitem pôr em prática o trabalho para a garantia do direito à saúde em contraponto a um sistema de exclusão[28].

[ii] "Defesa da vida" – Corrente que surge no final da década de 1980 a partir das atividades acadêmicas de um grupo de sanitaristas vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp exercendo influência em diversas estratégias do Ministério da Saúde, entre elas a PNH[35].

Ressaltamos a importância da compreensão de que o processo de trabalho é um ato vivo, dinâmico e, portanto, os olhares devem ser constantemente revistos de modo analítico, principalmente frente às mudanças dadas através do tempo, pois o modo de acolher influencia no direito ao acesso à saúde aos usuários, e sua falta ou sua má qualidade, pode implicar num desgaste ao trabalhador com ações exaustivas e sem resultados positivos.

2.3. Acolhimento como mecanismo de ampliação, facilitação do acesso

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da APS através de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo 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[24].

Em seu livro intitulado “Atenção Primária à Saúde Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologias”, publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Starfield[3], referência mundial neste tema, compara países industrializados e revela que países com sistemas de saúde centrados na APS possuem melhores indicadores de saúde, além de gerir um melhor custo para seu sistema. Esta comparação entre 12 países industrializados nos permite a compreensão que países com maior capital não possuem necessariamente melhores indicadores em saúde, mas sim, países com sistema de saúde voltado para uma APS possuem um menor custo e uma maior probabilidade de melhores condições de saúde à sua população.

Starfield[3] descreve ainda os atributos essenciais que orientam as ações na APS:

1. Atenção ao 1º contato: garantia de acesso universal à saúde e as necessidades de sua população;
2. Longitudinalidade: uso de uma fonte regular em saúde ao longo do tempo, pressupõe a formação de vínculo e continuidade da atenção aos seus usuários ao decorrer dos anos;

3. Integralidade: utilização da rede de atenção de modo que um usuário, bem como sua população, recebam respostas frente as suas necessidades em saúde, mesmo que essa resposta não seja utilizada na APS, como encaminhamento à Atenção Secundária ou Terciária; responsabilização pelo cuidado em saúde do indivíduo/população ofertando serviços de promoção, prevenção, atenção e recuperação em saúde; reconhecimento dos profissionais de saúde pelos diversos determinantes que causam o adoecimento em saúde, conforme descrito em Alma Ata;
4. Coordenação: responsabilização pelos profissionais de saúde ao propiciar a continuidade da atenção, assim como garantir a articulação dentro da rede de atenção.

Segundo a World Health Organization[36] a APS é a principal porta de entrada deveria resolver 80% dos problemas de saúde da população, desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos fossem encaminhados.

No Brasil, a ESF teve origem a partir da observação e análise das experiências pontuais de equipes de saúde da família em alguns municípios brasileiros e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criados desde 1986 no Ceará. Foi reformulado e aperfeiçoado em Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, sendo impulsionada pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) para a expansão das equipes de PSF, e transformada em estratégia diante dos efeitos positivos de suas ações e da necessidade da reorganização da APS no Brasil[7].

Formada por uma equipe multiprofissional com a composição mínima de médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, técnico de consultório dentário e dentista com a finalidade de responsabilização por um território adstrito e de ser resolutivo frente às necessidades de sua população[24].

A ESF está inserida na Rede de Atenção à Saúde (RAS) composta por diversos equipamentos de saúde que compõem seu território orientado pelo perfil demográfico e epidemiológico desta população, trabalha na lógica da superação da fragmentação da atenção e garantia da integralidade e coordenação do cuidado[7,24].

Fundamentada pelos princípios norteadores do SUS e da conferência de Alma Ata, a ESF representa um marco para o fortalecimento do nosso sistema de

saúde uma vez que possibilita na prática a ruptura dos paradigmas tão criticados pela RSB. Por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional centrada na família, a ESF possibilita acesso universal à população, responsabiliza as equipes de saúde por uma área adstrita, coordena os cuidados de seus usuários, acompanha os indivíduos em sua longitudinalidade, garante a participação popular, possibilita a integralidade da atenção e continuidade do cuidado aos indivíduos e coletividades ao contrário da concepção hegemônica hospitalocêntrica, médico centrada, fragmentada e pouco resolutiva[24].

Indubitavelmente a ESF apresenta problemas em muitas de suas funções embasadas pela desigual capacidade resolutiva destes serviços, temos cidades com diferentes taxas de coberturas, contratação precária de profissionais, subfinancimento, mão de obra não especializada e sem uma perspectiva de uma clínica ampliada e integral com predominância num modelo biológico e fragmentado[37].

Embora reconheçamos que haja uma conjuntura de problemas que impactam negativamente o SUS e, por conseguinte, a ESF, temos clareza dos efeitos positivos da ESF ao longo dos anos, pois possibilitou acesso a milhões de usuários proporcionando uma menor iniquidade ao acesso à saúde, melhoria de indicadores de mortalidade infantil, melhoria da cobertura vacinal e redução de internações por causas evitáveis no Brasil[37].

Não obstante, é de extrema relevância o aperfeiçoamento da APS por meio da ESF no Brasil para qualificar ainda mais os indicadores de saúde, organizar as práticas de saúde realizadas pelos profissionais, possibilitar melhor acesso e diminuir a iniquidade ao direito à saúde, para que isso se concretize Campos[16] expõe:

> “Tudo isto, para garantir a devida atenção em saúde aos brasileiros, ampliando o financiamento para 8% do PIB, a ser gasto em investimento prioritário para a expansão da Atenção Básica para 80 a 90% dos brasileiros. E para garantir equipe básica de qualidade com médico, enfermeiro e apoio matricial multiprofissional para o conjunto dos brasileiros. A Atenção Básica não se destina somente a populações pobres, mas trata-se de uma estratégia para resolver 80% dos problemas de saúde, mediante cuidado personalizado e que implique em abordagem clínica e preventiva. Para isto, será necessário melhorar a qualidade da Atenção Básica: melhor infraestrutura e integração com hospitais e serviços especializados e ampliar a liberdade das famílias,

> garantindo-lhes a possibilidade de escolher a qual equipe se vincular em uma dada região. ”

Ações individuais, fragmentadas, centradas na burocratização do processo de trabalho, da simplicidade de uma triagem baseada no recorte de um modelo biológico, na perversidade de manutenção de longas filas e da manutenção do descuido degradam o tipo de acesso que se propõe[25].

Como mudança no processo de trabalho e inclusão do Acolhimento de modo positivo, temos a experiência documentada da cidade de Betim através da UBS Rosa Capuche como exemplo da eficácia deste instrumento.

A decisão da implementação do Acolhimento neste local foi aceita a partir dos dados levantados que demonstravam dificuldade do acesso do usuário à unidade, presença de filas que se estendiam na madrugada para atendimento, trabalho centrado na figura médica com agendamento tardio, insatisfação da equipe e usuários, trabalhos com predominância nuclear sem foco multiprofissional. Após sensibilização e preparo da equipe de saúde, assim como um trabalho em conjunto com o conselho local de saúde foi observado um aumento de 332% do acesso aos usuários antes excluídos de seu direito à saúde, como relata a enfermeira da equipe[38]:

> “Uma das coisas que o Porta Aberta fez, foi isso, a gente passou a enxergar o que não enxergava antes, porque a porta barrava e as pessoas não chegavam aqui dentro. Então a gente começou a entender que vivíamos numa área crítica e que tínhamos que dar conta de alguns problemas, porque eles começaram a aparecer aqui dentro com o Acolhimento. Antes, a porta estava fechada para eles, porque o usuário não tinha acesso”.

Os dados deste trabalho ressaltaram a importância do papel transformador do processo de trabalho da enfermeira e assistente social por meio do aumento considerável do indicador de produção/horas trabalhadas (600% enfermagem e 150% assistente social) utilizando o seu potencial para a assistência em conjunto com os auxiliares de enfermagem, garantindo impacto positivo no acesso aos usuários. Ao tratar a questão da resolubilidade (expressa aqui como a solução de queixas resolvidas pela equipe do Acolhimento sem outro tipo de encaminhamento) foi observada a inversão da atuação após a introdução do Acolhimento com características mais resolutivas e diminuição de encaminhamentos a outras unidades.

Para alcançar estes resultados foi fundamental a inclusão do trabalho em equipe, capacitação, criação de protocolos, exploração de um maior diálogo entre os profissionais e fortalecimento do colegiado gestor[38].

Assim, nesta perspectiva apresentada e no intuito de buscar alternativas à pressão e angústia vivenciadas, delineiam-se os objetivos da presente pesquisa.

2.4 Objetivos

Objetivo Geral

Compreender a concepção dos trabalhadores e coordenadores dos Centros de Saúde da cidade de Campinas em relação à prática do Acolhimento à demanda espontânea.

Objetivos específicos

1. Compreender a concepção de Acolhimento narrada pelos trabalhadores e gestores.

2. Elencar e descrever as experiências exitosas do Acolhimento à demanda espontânea.

3. Identificar e compreender os principais desafios do Acolhimento à demanda espontânea.

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

Para este trabalho utilizamos a pesquisa qualitativa como palco do delineamento investigativo. A pesquisa qualitativa é uma complexa rede formada por diversos planos do conhecimento, com a finalidade de situar o observador no mundo por meio da utilização de diversos métodos como a utilização da semiótica, análise das narrativas, discursos, conteúdos entre outras[39].

Para Minayo[40], a pesquisa qualitativa:

> "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".

Nesse sentido, compreendemos que para responder os questionamentos trazidos neste trabalho, a abordagem a ser utilizada deveria possuir a essência da pesquisa qualitativa, ao possibilitar aos entrevistados nos relatar desejos, emoções, entendimentos de concepções do objeto do estudo que apenas este tipo de abordagem poderia nos garantir.

Para tecer sobre o percurso do processo metodológico deste trabalho, apresentamos três subcapítulos: Métodos e sujeitos; Técnica para coleta de dados: Grupo Focal; e Aspectos éticos.

3.1 Métodos e sujeitos

A pesquisa foi realizada na cidade de Campinas – SP, fundada em 1774 a cidade possui hoje uma população com cerca de 1.091.946 habitantes, com taxas de crescimento acima da média nacional, a cidade é considerada o segundo maior aglomerado industrial do país[41].

O modelo de saúde campineiro é complexo, o que, por sua vez, levou a um processo de descentralização do planejamento e gestão da saúde dividindo seu território em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Sudoeste, Leste e Noroeste) para áreas com uma população com cerca de 200.000 pessoas[42].

Possui 63 centros de saúde com um dimensionamento de uma unidade para aproximadamente 20000 habitantes, contam com equipe multiprofissional envolvendo médicos (generalistas, pediatra e ginecologista), equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), dentista auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Apresentam também vinte unidades de referência com atendimento especializado, três prontos atendimentos, dois hospitais municipais entre outros[42].

Os atores envolvidos nessa pesquisa foram trabalhadores de saúde e coordenadores dos centros de saúde desta cidade. A técnica utilizada para coleta de dados foi um grupo focal realizado entre coordenadores e trabalhadores de saúde.

A escolha destes dois atores teve como finalidade entender, aprofundar e debater os diversos pontos de vista da gestão e dos trabalhadores de saúde sobre o Acolhimento utilizando o recorte do processo de trabalho no Acolhimento para o direito à saúde.

No entanto, separamos cada qual com o seu grupo focal próprio, para que não houvesse nenhum constrangimento e inibição na fala dos participantes, deixando, deste modo, os participantes à vontade para dialogar e expressar seu entendimento sobre o tema.

Foi realizado um pré-campo para avaliar a coerência das perguntas, servir como treino e teste ao pesquisador, antecipar e resolver problemas que poderiam surgir durante o grupo. Este pré-campo foi realizado duas semanas antes dos grupos definitivos, o local foi a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, os atores convidados foram trabalhadores que participavam do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (GEPEPES) e alunos do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Unicamp. Não participaram deste pré-campo pessoas que fossem trabalhadores da Prefeitura Municipal de Campinas para que não houvesse nenhuma correlação com os grupos definitivos, as falas dos participantes não foram utilizadas neste trabalho.

A escolha dos atores da pesquisa deu-se em trajetórias diferentes. Planejamos um grupo focal com um total de dez participantes, sendo um grupo com

dez coordenadores e um grupo com dez trabalhadores de saúde. Tal número demonstrou-se ideal durante o pré-campo para a condução e andamento do grupo.

Para obter participantes de modo equânime de cada região da cidade de Campinas, decidimos convidar dois trabalhadores de saúde e dois coordenadores de cada distrito de saúde, totalizando dez participantes em cada grupo.

O convite aos coordenadores foi realizado nas reuniões de coordenadores existentes em cada distrito de saúde, em vista de contratempos e da realização das reuniões em dias e horários iguais e locais diferentes (cada um em seu distrito), pudemos participar e convidar presencialmente em três reuniões de coordenação (distritos de saúde norte, noroeste e sul), o convite aos distritos de saúde leste e sudoeste foram enviados via e-mail, após contato com os apoiadores ligados ao ensino e serviço destes dois distritos, e aqueles que se interessaram e manifestaram interesse via e-mail, foi realizado contato telefônico para confirmação e demais orientações.

Tivemos como voluntários dois coordenadores de cada distrito, dez participantes interessados no total, entretanto tivemos duas faltas no dia do grupo, totalizando ao final oito coordenadores participantes, dentre esses tivemos como categorias profissionais: médico, enfermeiro e dentista.

A escolha dos trabalhadores de saúde foi feita através de sorteio das unidades por distrito, foi sorteado para cada distrito uma ordem dos centros de saúde para estender os convites aos trabalhadores, respeitando a mesma lógica de dois trabalhadores por distrito, totalizando dez trabalhadores.

A lógica que nos referimos do montante de dois trabalhadores de saúde e dois coordenadores por distrito, possibilitou-nos a construção de um grupo com dez participantes, com o objetivo de ouvir a opinião de representantes de todos os distritos acerca do objeto de estudo, ampliando a lente deste trabalho para o município.

Para a participação dos trabalhadores de saúde em pesquisas na cidade de Campinas, o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), órgão responsável pelo ensino-pesquisa na cidade de Campinas, possui um fluxo no qual

após aprovação do trabalho por este órgão e pelo comitê de ética, é necessária a liberação do profissional pelo coordenador da sua unidade.

Após a realização do sorteio das unidades, entramos em contato com os coordenadores dos dois primeiros centros de saúde sorteados de cada distrito. Fizemos uma explicação do trabalho e pedimos a possibilidade de convidar pessoalmente os trabalhadores de saúde para participar da pesquisa, ressaltando a escolha de um trabalhador por centro de saúde, caso houvesse mais de um trabalhador com o desejo de participar, escolheríamos o trabalhador com maior tempo de trabalho na prefeitura com o objetivo de entender o Acolhimento ao longo do tempo em sua unidade de saúde.

Ao final tivemos doze trabalhadores interessados, duas desistências comunicadas previamente, totalizando ao final um grupo com dez trabalhadores de saúde.

Chamamos de trabalhadores de saúde, qualquer categoria profissional de saúde que participa do Acolhimento e que quisesse participar da pesquisa voluntariamente, tivemos as seguintes categorias participantes desta pesquisa: auxiliar e técnico de enfermagem, enfermeira e agente comunitário de saúde.

Os grupos focais foram realizados na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, local que consideramos neutro para deixar livre a discussão sem a intervenção de ruído externo que coagisse algum participante, os dois grupos foram realizados no mesmo dia, a duração foi de uma hora e trinta minutos para cada grupo, iniciamos primeiramente com o grupo de coordenadores e posteriormente com o grupo de trabalhadores de saúde com um intervalo de trinta minutos de um grupo para o outro, de modo que não ocorresse encontro entre os participantes de cada grupo.

Na sala havia cadeiras numeradas dispostas em roda, o participante livremente sentou na cadeira numerada que desejasse, seu nome foi trocado nesta pesquisa pela numeração da cadeira que sentou precedida pela letra C para coordenadores e T para trabalhadores de saúde, as sessões foram gravadas com dois gravadores de áudio utilizadas somente para fins desta pesquisa.

A pesquisa contou com um mediador com experiência em condução de grupo focal e devidamente instruído sobre os objetivos. Os roteiros (Apêndice I e II) utilizados foram desenvolvidos com o objetivo de trazer luz para a discussão nos grupos frente aos objetivos desta pesquisa, uma vez que consideramos que eles tenham concepções e práticas distintas.

Estavam presentes também um observador e um membro do GEPEPES, com a finalidade de apoiar o pesquisador com a organização, ambos não participaram da condução do grupo.

Utilizamos um Check-list (Apêndice III e IV) que ajudou na organização, dispomos durante o grupo de água, sucos e alguns alimentos para deixar os participantes à vontade, descontrair o ambiente e melhorar a interação entre as pessoas.

Com o término dos grupos os áudios foram transcritos para posterior análise dos resultados.

3.2 Técnica para coleta de dados: Grupo Focal

O grupo focal é uma técnica de origem anglo-saxônica iniciada na década de 1940 sendo utilizada como metodologia em pesquisas sociais. Na área da saúde surge com maior força durante a década de 1980, principalmente na enfermagem e saúde pública[43].

Para Westphal et al[44] o grupo focal é uma técnica que utiliza sessões em grupo imerso em um ambiente permissivo e não constrangedor com o propósito de obtenção de dados a partir de discussões planejadas expressas pelos participantes, que expõem crenças, percepções, atitudes mediante determinado assunto. A discussão transcende a simplicidade da alternância entre perguntas e respostas para uma discussão dos vários aspectos em questão.

A técnica é realizada através de grupos com pessoas, vivências, saberes e opiniões sobre um tema em comum. Deste modo traz a possibilidade para um

aprofundamento da problematização e discussão do tema proposto com a finalidade de aproximar o diálogo entre a teoria e prática[45].

O número de participantes pode variar de seis a quinze pessoas, de tal modo que o número ideal para um grupo seja aquele que não prejudique o andamento da técnica, a disposição dos participantes na sala devem ser realizadas de modo que possa haver o contato visual entre eles, sejam dispostos em uma mesa ou em cadeiras arrumadas em forma circular. O espaço físico a ser realizado deve ser em um ambiente neutro e sem intervenção de ruídos externos e que possibilite um espaço reservado e seguro para a discussão[43].

O mediador possui previamente um roteiro de discussões embasado nos objetivos da pesquisa, no entanto este roteiro não deve ser utilizado como um questionário de perguntas e respostas, mas sim para garantir as discussões acerca do tema com a finalidade de preencher um espaço de diálogo entre os participantes[45].

Para auxiliar o moderador, faz se necessária a presença de um observador, seu objetivo é a de captar as mensagens não verbais dos participantes, com a finalidade de, ao final do grupo, ajudar o moderador na análise de possíveis vieses ocasionados durante o desenvolvimento e pela coordenação do grupo[46].

O observador nessa pesquisa utilizou um caderno de campo descrevendo a disposição dos participantes na roda, captando as mensagens não verbais durante as falas e reconhece veracidade nas mensagens do grupo.

A sessão do grupo focal pode variar de noventa a cento e dez minutos, o número de sessões pode ser variável, de modo que o final seja representado pelo esgotamento das discussões[43]. Após a realização dos grupos, as gravações são transcritas e analisadas, proporcionando observações sobre a opinião dos participantes acerca do tema[46].

A análise dos grupos focais possui uma gama de técnicas como possibilidades de seu uso, sua escolha deve ser coerente com o objetivo do estudo, de tal modo que a visão do pesquisador não fique cristalizada a uma única verdade, mas sim que garanta possibilidades de compreensão de diversas facetas de um tema aprofundando a discussão e focando sua real complexidade[47].

Para este trabalho elencamos a análise de conteúdo de modalidade temática como ideal para nossa análise.

3.3 Aspectos Éticos

Este trabalho respeitou os aspectos éticos envolvidos na pesquisa conforme rege a Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob o número 1.905.625 (ANEXO I) em 02 de fevereiro de 2017. A solicitação para a realização dos grupos focais com coordenadores e trabalhadores da saúde do município foi aprovada pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (Anexo II).

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice V) pelo pesquisador aos convidados a participar do estudo e após esclarecer os objetivos, justificativa, procedimentos da pesquisa, desconfortos, riscos, benefícios, sigilo, privacidade, inexistência de ressarcimento ou indenização e demais dúvidas, os sujeitos interessados assinaram duas cópias deste documento, sendo uma cópia para o pesquisador e a outra para o participante.

Após apresentação sobre o trabalho, os participantes da pesquisa voluntariamente se ofereceram para participar, a participação não era obrigatória e sua desistência poderia ser feita a qualquer momento sem prejuízo ao participante.

Antes do início dos grupos reforçamos também de modo coletivo a não obrigatoriedade da participação nesta pesquisa, discutiu-se o conceito da técnica do grupo focal, salientando a não obrigatoriedade em responder as perguntas, a não necessidade de coerência e assertividade das respostas, a liberdade de retirar-se caso desejasse, a não citação dos nomes na pesquisa.

Objetivou-se a realização de perguntas de modo genérico com o objetivo de não expor os participantes, a gravação de áudio foi utilizada unicamente para esta pesquisa, sendo garantido o anonimato, a identificação na pesquisa é pelo número da cadeira no qual o participante havia escolhido sentar.

O horário da pesquisa deu-se no horário de trabalho dos participantes, liberados pelos seus respectivos gestores, sem qualquer prejuízo aos atores da pesquisa.

CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados desta pesquisa foi realizada por meio da análise do conteúdo utilizando a modalidade temática.

Segundo Bardin[48] a análise de conteúdo pode ser simplificada como:

> "Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter (por procedimentos) sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens) indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens"

Utilizando a técnica referenciada por Bardin[48], após a transcrição do áudio dos grupos foi realizada uma pré-análise, para organizar o material de modo que as questões importantes estivessem explícitas no decorrer do texto; a exploração do material foi realizada após leituras exaustivas, transformando os dados brutos em uma representação de conteúdo categorizado em temas a partir de matrizes temáticas para uma posterior discussão.

Reconhecemos a preciosidade e complexidade das falas e a importância do aprofundamento de uma discussão de mesma proporção, porém direcionaremos neste trabalho aquelas condizentes com o objetivo do estudo.

Os dados serão apresentados segundo a origem de sua produção, portanto separados por grupos focais de coordenadores (itens 4.1) e de trabalhadores (itens 4.2), e seu debate será realizado no capítulo 5. Discussão.

4.1. Coordenadores

Por meio das falas de oito coordenadores de centros de saúde de Campinas, separamos a discussão em doze matrizes temáticas, evidenciadas e pertinentes aos objetivos de pesquisa. 1. O Acolhimento e a demanda espontânea: sinônimos?; 2. Acolhimento como um setor; 3. Acolher ou triar?; 4. Acolhimento à demanda espontânea: com ou sem horário?; 5. Acolhimento e suas ofertas; 6. O desafio da inserção do médico no ato de acolher; 7. Enfermagem: o coração do Acolhimento e seu sofrimento; 8. Estrutura física, aonde acolher? 9. Quero te acolher,

como faço sem profissional? 10. Qual o tamanho da minha população?; 11. Acolhimento – Propostas e reflexões; 12. Acolhimento: Ter ou não ter? Eis a questão.

4.1.1. O Acolhimento e a demanda espontânea: sinônimos?

Ao questionar o grupo sobre seu entendimento do termo Acolhimento, os gestores, quase que em uníssono, com os olhares passando um por um, afirmando uma estranheza na indagação, sentiram a necessidade de ressaltar, no primeiro instante, a presença da diferença entre o termo Acolhimento e demanda espontânea e permearam uma discussão sobre o pensamento que traziam sobre o acolher:

> "Acho que o Acolhimento na verdade é uma postura, independente de qualquer paciente que chega para qualquer necessidade de saúde, acho que a postura de acolhê-lo, de tá aberto ao que ele traz, ao que ele tá procurando e tentar adequar a oferta que você vai ter para aquilo. É uma postura que o objetivo é aproximar mais o usuário da rede do cuidado, do SUS, entender que aquilo tem um valor para ele, fazer um vínculo bom com a unidade, fazer um vínculo bom com os profissionais e o vínculo acho que é a base do nosso cuidado em saúde. Então do Acolhimento em geral, acho que o objetivo é esse, a gente tenta que seja assim , nem sempre a gente consegue (risos) ...mas enfim, o Acolhimento eu acho que o objetivo é esse, realmente é tratar bem a pessoa para que ela queira estar lá, a gente prefere que ela esteja lá, na APS (...) Agora em relação a demanda espontânea, acho que é mais ou menos a mesma lógica, é acolher bem a demanda espontânea na APS, porque você quer que o seu paciente com quem você tem vínculo, vá lá ao invés de ir no pronto atendimento, você não sabe como vai ser o atendimento dele ali né, ele acessa os pontos da rede que você não sabe como vai ser a linha de cuidado dele, e que aquilo pode atrapalhar o vínculo, atrapalhar a adesão, atrapalhar ele ficar acessando pontos diferentes da rede. Entendo tanto o Acolhimento como uma postura geral, tanto como o Acolhimento da demanda espontânea como isso mesmo, você tentar aproximar o usuário da APS que é ali onde ele vai ser melhor cuidado, dentro da longitudinalidade e integralidade. " (C9)

Na mesma linha outros participantes elencaram sua percepção sobre o tema, elencando o Acolhimento como o ato de ouvir a demanda em diversos espaços, de modo resolutivo e pertencente a um processo de trabalho. Para os coordenadores

de saúde, elencou-se o vínculo “Eu vejo o acolhimento assim, na verdade um estabilizador de vinculo da unidade com a comunidade” (C1); Postura ética “Para mim o Acolhimento é uma escuta qualificada, seja uma postura, uma concepção, ou seja, uma sala reservada com um profissional e um paciente” (C2); e ressaltou-se a diferença entre acolhimento e demanda espontânea, evidenciando que o acolher percorre todos os espaços e a demanda espontânea ingressa uma parte desses espaços de escuta.

> “é difícil falar em Acolhimento e não pensar em demanda espontânea, isso é muito parecido, quase que similar ”...” Isso, mas penso num ambiente de uma pessoa escutando e pensando em estratégia com o paciente para resolver a solicitação, o problema que ele traz, mas eu acho que quando a gente conversa sobre a questão do Acolhimento, está muito relacionado à demanda espontânea, e como as unidades se organizam e seus diversos arranjos e diversos processos de trabalho em relação a isso. ” (C2)

> “Para mim o Acolhimento é realmente acolher a pessoa e tentar entender não para uma triagem, mas para organizar o serviço em função dela, e você consegue direcionar ela de uma forma construtiva para que tenha um retorno para ela o mais breve possível, para resolver o problema dela (...) o Acolhimento, como um espaço reservado, eu gosto disso, quando tem um Acolhimento na recepção mas depois ela vai nortear para aonde vai esta pessoa, mas tem hora que não tem jeito, você vai ter que fazer um Acolhimento reservado, para você conversar com a pessoa e deixar a pessoa mais à vontade, para que ela consiga falar o que ela quer, o que ela precisa, às vezes é de foro íntimo, enfim acho que esse lugar reservado é bem importante para a pessoa conseguir conversar.” (C6)

4.1.2. Acolhimento como um setor

Embora possam existir setores denominados “Acolhimento” nas unidades, utilizando-se de salas específicas para realização do Acolhimento distante de ruídos externos, os coordenadores se posicionaram contra a prática do ato de acolher como ação exclusiva à um único local, evidenciando o ato de acolher nos diversos espaços, no entanto as falas expuseram um conflito entre seus desejos e sua prática.

> “Mas existe Acolhimento na sala de vacina, procedimentos, na consulta, enfim, como sendo o contato do paciente com o profissional (...) eu acho que tem que ter um ambiente né, embora deva ser uma postura de todos, a gente está falando aqui de um arranjo entre pacientes e profissional, num ambiente reservado ou não (riso coletivo), às vezes, não tem” (C2)

> “Se não tiver, vai ser ali mesmo no corredor. ” (C9)

> “Sim, é o contato entre paciente e profissional da saúde. ” (C2)

> “Na minha unidade não tem muito disso, não tem o setor do Acolhimento, não tem uma coisa muito assim, o Acolhimento é realizado dentro da atenção primária como um todo, eu penso assim. ” (C3)

> “Concordo com ela também, acho que o Acolhimento se faz na rua pelo agente comunitário de saúde, é o profissional junto com a população, independente se é na rua, se é na porta, se é o guarda... Eu tinha um guarda que era excelente, acolhia bem melhor que muitos profissionais lá dentro. ” (C6)

> “Vejo que talvez a palavra Acolhimento como um setor de Acolhimento na escala, faz muita confusão isso, você colocar alguém no setor de Acolhimento parece que é da responsabilidade do Acolhimento apenas aquela pessoa que está escalada lá. Então a palavra Acolhimento traz um sentido duvidoso do que você quer realmente, como postura, como ideal como foi concebido na idealização e de como foi passado aos profissionais como sendo um setor. ” (C4)

4.1.3. Acolher ou triar?

A palavra triagem possui o significado de seleção, escolha, diferencia-se, portanto, do acolher, relacionado a vinculação, escuta e resolutividade, por outro lado entendemos que triar é identificado também com escolher e excluir. Foi mencionado pelos participantes o início da concepção do acolher na cidade de Campinas e a dificuldade de efetuá-la na tentativa de diferenciar da triagem.

> “Quando esse conceito veio com o PAIDEIA, tinha essa confusão com uma triagem, e não é triagem, o Acolhimento é muito mais que triagem (...) Se instituiu por um projeto como um pacote mesmo, e que vocês processem este pacote, vejam o que é bom ou não é, façam um diálogo com isso. Antes disso não tinha adiscrição, não tinha vínculo, antes disso os agendamentos eram muito centrados na recepção. A recepção que agendava. Aí veio esse conceito com outras diretrizes, essa coisa da triagem que sempre foi muito debatido, não era para ser uma triagem. E uma coisa que sempre foi as diretrizes do PAIDEIA sempre foi a mais difícil de se cumprir, as equipes quebravam a cabeça, chegamos a fazer umas cinco tentativas diferentes de fazer o Acolhimento (...) quando veio, veio muito assim: ‘- Oh, unidade porta aberta, vamos escancarar as portas, pôr o povo para dentro, ter um olhar do profissional de saúde sobre essa demanda’ mas acho que foi dado muita pouca condição para as equipes que fossem fazer isso. Eu lembro que no começo a gente fazia Acolhimento sem médico, sem enfermeiro ia o núcleo da equipe e fazia. ” (C7)

Durante o andamento do grupo, as expressões dos participantes demonstravam preocupação, desânimo e insatisfação com o atual cenário presente no ato de acolher resumidas a uma triagem:

> “Eu acho que uma dificuldade que a gente está apresentando é um amadurecimento do conceito do Acolhimento, porque a gente vinculou ela a uma triagem, querendo ou não a gente vinculou ele a uma triagem, a uma triagem de fluxo, ah... esse aqui vai para cá, esse aqui vai para lá. Ai a gente tem que amadurecer a equipe para entender que o Acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional dentro do serviço como um todo na atenção primária, como ela falou, pode ser feita na recepção, vacina, até na porta a partir do momento que até o guarda pode realizar o Acolhimento. Então estamos numa fase de amadurecer o conceito mesmo, não é uma triagem. ” (C3)

> “A gente está quase falando de um ideal e um real (...) porque o ideal é uma postura, e o real é muito disso que você precisa, porque como as pessoas vão chegando, você acaba precisando desse lugar de Acolhimento, do momento e de uma sala, desse arranjo, nisso muitas vezes vai se transformando numa triagem, então é sempre cuidado que a gente acaba tendo que ter.” (C9)

Envolto na discussão do Acolhimento reduzido a uma triagem, salientou-se o determinismo cultural como agente de estímulo para o entendimento do ato de

acolher assim como o próprio conhecimento da equipe acerca do tema caracterizando-a como uma escuta direcionada para uma consulta médica:

> "Vejo um conflito enorme com relação a subjetividade do paciente, do que ele busca no Acolhimento e o que a própria equipe é capacitada, treinada e dentro da sua formação mesmo para que esse paciente acesse o serviço, entendeu? Por que o que acontece, o paciente busca a unidade porque desde pequeno, desde que ele nasce é assim: - Se você tiver uma tosse, vai toma esse remédio e procure seu médico, procure seu médico; então a gente cria um modelo privativo de busca do profissional médico, médico-centrado (...). Ele já vem com o conceito de precisar do médico, ele entende, pelo menos vejo em minha unidade hoje, o Acolhimento como: A triagem para um serviço de urgência, só! Não vejo Acolhimento, trabalho com a minha equipe o tempo todo a criar vínculos, não perder oportunidades e tudo mais, porém assim, a sobrecarga sobre o profissional de enfermagem, com esse modelo de Acolhimento, faz com que ele faça o que, simplesmente ele passe a bola, se tem vaga com médico tem, se não tem, encaminho. " (C1)

4.1.4. Acolhimento à demanda espontânea: com ou sem horário?

A heterogeneidade dos processos de trabalho e as especificidades dos territórios e das equipes trouxeram o retrato sobre o ato de acolher a demanda espontânea, assim sendo, não houve consenso no grupo sobre a manutenção ou não de horários específicos neste grupo descrita na prática dos serviços.

> "Eu acho que pelo fato de a gente ter mudado um pouco esse modelo, a gente mudou, passou a ter um Acolhimento todos os dias, o dia todo, com um profissional dentro da sala, que é a de enfermagem ainda né, é um técnico ou um auxiliar, mas não tem esse negócio de ficar em pé na recepção esperando. O próprio agendamento ainda é feito na sala de Acolhimento. Às vezes é consulta médica, às vezes não é" (C9)

> "Foi uma involução [do Acolhimento durante] a crise da dengue, a equipe só atendia dengue, antes a gente fazia diferente, as equipes atendiam o tempo inteiro, a gente começou a não dar conta de jeito nenhum, a gente tinha essa demanda da dengue, a gente pactuou com o conselho local e reduzimos para hoje com dois períodos por equipe por semana" (C7)

> “O Acolhimento é durante o funcionamento da unidade, acolhe o funcionário que está escalado, temos uma escala para o Acolhimento (...) Faz o Acolhimento na hora que o paciente chega, o dia inteiro é aberto. A gente vai ouvindo se é coisa que a enfermagem consegue resolver ou se é coisa que tem que atender na hora ou se é coisa que dá para colocar no agendamento”. (C6)

4.1.5. Acolhimento e suas ofertas

O grupo demonstrou consenso na tentativa de oferecer outras ofertas que suprissem a demanda espontânea, alternativas resolutivas diferentes da medicação e na clínica biomédica.

> “Tem uma outra questão também, a gente desde o começo sacou que o Acolhimento não dava fim nele mesmo. Se você não tiver uma estruturação no processo de trabalho, organizado com várias ofertas. E também tinha a oferta do Acolhimento de você pensar em novas práticas, parar de oferecer mais do mesmo. Então tem essa questão do cuidado, como a gente cuida, a gente vai continuar exercendo esse cuidado tradicional: consulta, exame, procedimento com baixa autonomia do usuário frente ao problema dele? Então, quando o Acolhimento começou a ser falado veio com muito conceito, consistência que envolvia tudo. ” (C7)

> “A gente conseguiu realocar as outras ofertas, então na verdade a população mesmo ainda não sendo atendida pelo médico, ela se sentiu mais ouvida. ” (C9)

4.1.6. O desafio da inserção do médico no ato de acolher

Uma dificuldade apresentada pelo grupo foi a inserção do médico para o ato de acolher, segundo os coordenadores isso dificulta acesso e o trabalho em equipe.

> “Tem uma coisa no Acolhimento que é essa transversalidade, sabe... você tem que ter postura acolhedora com o usuário, você tem que organizar isso no processo de trabalho, mas se você não possuir postura acolhedora com teu colega de trabalho, se a equipe não tiver postura acolhedora com ela mesmo vai empacar! ” (C7)

> “Todo mundo tem que se virar, menos o médico (riso coletivo) (...) porque o médico está lá né, na sala dele, tipo não vou atender, ‘já encheu minha agenda, não... já encheu minha agenda’ (...) depende do médico, é claro né, na minha unidade tem médico que vai atender todos que pedirem para ele atender, mas a maioria a gente sabe que não (...)Tem a ver com o perfil, não é obrigação dele” (C9)
>
> “Ele tem agenda fechada. Chega períodos assim de 10, 12, 18, 20 Acolhimentos para um profissional enfermeiro, isso que chega para o enfermeiro, fora que ele já passou pelo técnico lá atrás. O médico tem o que, quatro vagas, é quatro vagas” (C1)
>
> “Então o que vocês estão trazendo hoje é consenso que o acolhimento é uma prática de enfermagem? É instituída como uma prática de enfermagem? (Mediador)
>
> O médico participa, lógico que protegido (C1)
>
> O paciente não tem acesso ao médico sem a enfermagem (C2)
>
> Gente é a realidade (C6) ”

Nesse sentido, os coordenadores concordaram que o Acolhimento se estrutura em algumas barreiras de acesso a começar pela recepção caminhando através do processo de trabalho das equipes:

> “ Quando entrei na coordenação tinha Acolhimento, tinha teoricamente ... era muito um lugar de muito conflito mesmo, porque era uma expectativa da pessoa tinha com uma consulta médica e para isso ela tinha que passar por barreiras, a primeira era a recepção, a segunda era o técnico ou o auxiliar de enfermagem, a terceira barreira era o enfermeiro e talvez ela passasse com o médico ou não, então gerava um local de conflito em que o médico ficava protegido na sala dele. Ele fala não à vontade, porque ele está falando com um colega de trabalho e não com o paciente. E o resto da equipe tem que se virar com a demanda do paciente, era bem conflituoso isso. ” (C9)
>
> “Paciente adentra no serviço, ele espera a recepção, ele senta, ele aguarda, espera um técnico, ele senta, ele aguarda, ele já vai para o enfermeiro, ele já está nervoso, porque o filho tá gripado, ele busca o enfermeiro, o enfermeiro chega para ele três horas depois e fala assim para ele: - Não tem vaga, não tem vaga para o médico; e assim, o conceito distorce, porque na verdade ele já foi acolhido, já era para ter dado uma vazão para isso e quando não tem médico, o que acontece, o paciente sai reclamando, o serviço não presta, é ruim.” (C1)

4.1.7. Enfermagem: o coração do Acolhimento e seu sofrimento

Neste grupo, considerou-se a enfermagem como essencial para o Acolhimento, seja pela sua resolutividade, capacidade de vínculo etc, ao mesmo tempo, os participantes expressaram algumas angustias.

> “Na minha unidade quem faz o Acolhimento é o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário também faz, e é mais ou menos como ela falou o agendamento passa pelo Acolhimento para ter mesmo essa escuta qualificada, porque às vezes agenda na recepção, às vezes um paciente que não é uma coisa tão grave, acaba passando na frente de um que tem uma necessidade maior, quem faz é o agente, auxiliar ou técnico de enfermagem, assim não sei se estou superestimando o valor, mas 70 a 80 por cento da demanda que aparece, a enfermeira acaba resolvendo ali, a população já tem o perfil que se não tiver vaga médica, eu quero passar com a enfermeira. É diferente, eles têm essa percepção, então “eu quero passar com a enfermeira”, então não tenho tanta dificuldade com essa questão. Não tenho vaga com médico, mas assim a população já está acostumada com a procura “eu só quero ser avaliada”, por exemplo, tem muita queixa simples, senhas azuis de pronto socorro, o enfermeiro acaba resolvendo, mas como ele falou ‘enfermeiro fica sobrecarregado’” (C3)

> “Hoje tenho uma equipe que é bastante acolhedora, tem muito a ver com perfil, então assim, por mais que a gente tenha as vagas do médico no papel, a maioria, discutindo os casos aceitam aquele um pouco a mais, mas não deveria ser uma questão de perfil, porque acaba sobrando muito mais para a enfermagem mesmo. ” (C4)

> “Sempre a enfermagem que faz o Acolhimento quando vem uma queixa ou alguma demanda, o que acontece, dificuldades, porque primeiro como é uma população muito pobre e vulnerável dentre um monte de coisa. Apesar de uns 20 a 15 por cento que quer consulta médica, mas eu não posso garantir porque é muita gente né, mas assim, tem o sofrimento da equipe porque não consegue dar respaldo quando o médico fica de férias, fico sem médico nenhum, tenho que pedir ajuda para os outros serviços para socorrer numa urgência. ” (C6)

4.1.8. Estrutura física, aonde acolher?

Os coordenadores apresentaram como um de seus problemas para garantir acesso através do Acolhimento, a infraestrutura precária nas unidades, durante as falas dos participantes houve um consenso da dificuldade de Campinas manter uma uniformidade de estrutura adequada nos Centros de Saúde.

> “Estrutura nenhuma, assim o que a gente faz é o que dá conta de fazer, apesar de ser aberto em todo horário de funcionamento, eu saio da coordenação para fazer atendimento para dar apoio às enfermeiras, então participo desse processo. E uma coisa que tenho de crítica à prefeitura é a questão de que, fala muito de não ser médico centrado, mas eles fazem uma estrutura física médico centrada: é sala da ginecologista, sala da clínica [médica], sala de não sei das quantas, e não tem sala dos enfermeiros e quer que a unidade não seja médica centrada” (C6)

> “Você falou de estrutura, no meu caso, não tenho estrutura mesmo, eu tenho um corredor né que são 3 mesas de Acolhimento, então não tem privacidade para o usuário para falar, então tem um falando da queixa ginecológica, outra falando da violência e eu não tenho espaço físico para isso. ” (C3)

> “Estrutura física né, maravilhosa (riso) nosso corredor é tão estreito que para passar dois, um tem que encostar na parede para outro passar. Se precisar sair de maca não tem jeito, a sala de Acolhimento é uma sala de multiuso que é tudo, inalação, curativo, testes rápidos, pressão, tudo é na mesma sala (...) pela manhã o que demora no Acolhimento é porque a sala está ocupada muitas vezes, então a gente já orienta os pacientes: é curativo? Venha a tarde; não que vamos dispensar, a gente faz, mas pede que da próxima vez retorne à tarde. Muitas vezes passo pela porta do expurgo que hoje a gente tem, e a enfermeira faz o Acolhimento dentro do expurgo, porque não tem espaço físico (...) o médico está lá, mas ele não tem como atender porque a coleta é feita nos consultórios e na sala de multiuso, então nesse período ele pega esses prontuários e vai fazer lá na varanda, na cozinha, porque a cozinha também é sala dos agentes, então ele vai fazer nestes espaços. “ (C5)

4.1.9. Quero te acolher, como faço sem profissional?

Outro ponto convergente da problemática no Acolhimento é a falta de trabalhadores e a dificuldade que essa falta incide no processo de trabalho e no acesso. Além dessa falta, os coordenadores relataram uma dificuldade em estabelecer áreas fundamentais para manterem abertas ou fechadas em suas unidades.

Ao longo de suas narrativas, diante da dificuldade de acolher sem profissional, as falas foram pronunciadas, emocionadas e os relatos permearam a dificuldade em garantir acesso à população, a sobrecarga da equipe de enfermagem e o adoecimento dos trabalhadores.

> "Hoje estou num posto que tem uma estrutura, eu tenho uma sala de curativo, eu tenho uma sala de inalação, urgência, acolhimento, uma sala grande de agentes comunitários e não tenho gente para por lá entendeu? Você pega o período da tarde, por exemplo, tenho quatro técnicos e duas enfermeiras e um desses técnicos ou ele permanece na sala de vacina ou ele dá acesso, os outros três técnicos ou eles ficam na sala de inalação ou procedimento, outro para ajudar no curativo e o outro auxilia na recepção e acabou. Tenho uma unidade enorme, quase mil metros quadrados e não tenho gente para por. O que que acontece? Você pega aquele técnico que já está cobrindo um setor, se não tiver LTS [licença para tratamento de saúde], porque isso adoece a equipe, é demais essa situação, porque é uma sobrecarga, você tira o profissional de um setor para colocar no Acolhimento, porque senão você não consegue dar respaldo para o enfermeiro também, para fazer a questão burocrática: vigilância, vacina e tudo mais que ela precisa (...) faltou, coloca a enfermeira e já estou sobrecarregando ela, esse profissional auxilia na recepção, auxilia na vacina e essa falta, essa insuficiência de profissionais ela impacta direto no Acolhimento, porque você não consegue criar este vínculo mais, porque a pessoas não sabem mais quem procurar dentro da unidade, na verdade ela vai procurar o setor do Acolhimento, e se alguém no Acolhimento, não estiver no Acolhimento, eu não consigo falar com ninguém." (C1)

> "E a gente sempre prioriza como gestor na hora de fazer a escala, o que fecha, o Acolhimento ou um setor, vamos supor, a vacina ou o procedimento? Você fecha o Acolhimento, você deixa um técnico na vacina e outro no procedimento, não no Acolhimento... Eu não posso fechar a sala de vacina." (C3)

> “Poderíamos fazer as coisas diferentes talvez, a vacina é o que tem menos movimento, o Acolhimento tem mais, eu poderia falar, vou fechar a vacina do que o Acolhimento, porque vejo que para a minha população é o mais importante, mas não tenho respaldo para isso “(...) “E tem muito essa questão do RH de enfermagem né, tem que ter postura acolhedora todo mundo, mas tem pessoas que você precisa levar para uma sala, a maioria na verdade, e quem faz isso? É o técnico ou auxiliar de enfermagem, se você tem RH de enfermagem e o que a enfermagem faz, cobre setores, a vacina é a enfermagem que fica, procedimento é a enfermagem que fica, recepção é a enfermagem que fica. Então, todos esses você não pode fechar, porque a secretaria não te permite, então você vai fechar qual? Qual é o mais negligenciado pela estrutura da secretaria? É o Acolhimento, então você tem que se virar, fazer de outro jeito. ” (C9)

4.1.10. Qual o tamanho da minha população?

Elencou-se o tamanho do território e sua população adstrita como uma das causas da dificuldade em possibilitar um Acolhimento seguro e de qualidade, para os coordenadores o tamanho de sua população está relacionado com o aumento da demanda e dificulta uma escuta qualificada, “temos 8 mil, só que tem mais (...) Padrão ouro” (riso coletivo) (C6); “tenho uma população de 16400 para duas equipes de saúde de família” (C3) (...) “Padrão Campinas” (riso coletivo) (C9)

> “Está todo mundo nessa média de 8,9, 10 mil usuários para cada equipe, nunca vai ter fim o Acolhimento porque você nunca vai suprir a demanda daquela população, temos equipes incompletas, RH incompleta, dimensionamento errado, está óbvio que a população vai procurar a demanda espontânea porque ela não tem outro tipo de acesso. ” (C4)

> “Só que esse dimensionamento que o Ministério dá, de 3000 pessoas para uma equipe de saúde de família é irreal, tenho que ter vagas para pediatria, ginecologia, e eu fiz esse dimensionamento, e se eu for atender só o que for determinado para atender por agendamento programático, porque a gente tem que fazer daquele jeito sabe, quantas consultas de hipertenso, diabético, puericultura, eu já não tenho vaga médica para isso nem de enfermeiro, então esse dimensionamento não existe, então tipo assim, a gente imagina que é isso e vocês dão conta e tal.” (C9)

> “Um município tão grande e com tão pouca uniformidade, acho que desde a estrutura e a questão do RH não tem uniformidade, a diretriz é uma e a situação é outra, já tive situação num serviço de ter 150 pessoas para acolher, tinha vontade de pegar minhas coisas e ir embora. ” (C2)

4.1.11. Acolhimento - Propostas e reflexões

Mesmo com o olhar e as posturas preocupadas com a situação da saúde na cidade e imersos em dificuldades, os coordenadores elencaram as experiências positivas, críticas e reflexivas com o Acolhimento em suas unidades, ressaltando a potencialidade e propondo sugestões para qualificar o ato de acolher em Campinas.

> “Acho que tem que ter um investimento nos profissionais, capacitação fica pequena para isso, um investimento nesse aprendizado, ele é muito importante. A gente vê que isso vai mudando com o tempo, essa coisa de compartilhar o Acolhimento com profissionais mais preparados tecnicamente para essas situações, com tempo o profissional que está no Acolhimento vai criando uma autonomia para dar conta nisso, sem sofrer tanto e dá conta até de direcionar, de saber que não precisa resolver, de só escutar. Esse investimento nos profissionais é essencial para qualificação do Acolhimento e para diminuir o sofrimento do próprio profissional e isso é uma coisa da atenção primária fazer, da gente fazer isso uns com os outros, esse é um dos pontos que acho que dá para melhorar e que precisa melhorar, até para quebrar esta lógica de que precisa ser pronto atendimento, essa lógica de que eu não tenho o que fazer, vou até tratar mal para o paciente sair da minha frente, acho que isso é uma coisa que dá para melhorar bastante.” (C9)

> “Você tem um conjunto de atividades que você tem que dar conta, que a equipe tem de desenvolver, das escalas dos setores, dos grupos, das visitas domiciliárias, capacitações e que se você colocar o Acolhimento no centro de tudo, como foi dito no passado, você adoece a equipe (...) em certo sentido no começo do Acolhimento foi dada esta ideia de que Acolhimento não é PA [Pronto Atendimento], mas você escancara a porta, a reflexão que trago é a seguinte, tem que ter a estrutura e o dimensionamento das equipes, a equipe tem que ser dimensionada para aquele território, você tem que ter estrutura física, a gente tem problemas estruturais, rachaduras, condição de trabalho inadequada. O que trago como reflexão para o grupo é que tanto a atenção primária, secundária, urgência e emergência tem que pensar em sistema, senão não acolhe, a unidade básica faz água e não faz seu papel. ” (C7)

> “Entendo que o conceito do Acolhimento, o conceito dele é bastante rico, eu acho que ele é organizador do trabalho, ele dá uma autonomia profissional, o profissional se sente mais capacitado, a resolutividade dele não está relacionada com os aspectos externos, não tem como falar que ele não é prejudicado com infraestrutura, a deficiência em RH, isso não tem como não falar” (C4)

4.1.12. Acolhimento: ter ou não ter? Eis a questão

Questionamos aos coordenadores sobre a percepção que eles têm sobre os sentimentos de quem acolhe, todos os coordenadores corroboram que não há reclamação dos trabalhadores de saúde no ato de acolher, as críticas permeiam sobre as condições que são colocados para sua ação, tornando-as tarefas árduas.

> “Temos enfermeiros de retaguarda para cada período de Acolhimento, o Acolhimento é bastante resolutivo sim, eu acho que uma pequena parte é que passa por consulta agendada, grande parte você consegue fazer agendamentos prévios, de pacientes crônicos, temos grupos de pacientes crônicos fora da unidade, o problema hoje é o espaço físico, a gente não tem RH (...) a queixa é a de que não temos reposição de funcionários, não do processo de trabalho, mas as queixas são das condições de trabalho, da reposição de pessoas que saíram e não voltam e espaço físico. Eu não tenho espaço físico, meu prédio tem 30 anos quando tinha duas enfermeiras, uma de manhã e outra de tarde na unidade. ” (C2)

> “Durante a capacitação que nós fizemos, a gente conversava com outros coordenadores e tudo mais, e assim nas reuniões onde tem profissionais enfermeiros e outros profissionais que participam do Acolhimento, eu cheguei a ter falas, ouvir né, das pessoas falando que a pessoa que ia para o Acolhimento era o dia do tronco, então o cara ia para o tronco. ” (C1)

> “Acaba sendo sofrido para a pessoa por conta da estrutura, se tivesse sala adequada, RH suficiente, ia ser menos gente para cada um atender, por isso é tão sofrido (...) tem uma técnica na minha unidade que veio do pronto atendimento, e ela disse que se sentia muito mais valorizada aqui, porque lá era só receber ordens e reclamação e aqui não, eu tenho uma importância real do meu trabalho, faço diferença para o meu paciente, então eu acho que tem a ver com o Acolhimento, isso os profissionais se sentem valorizados na atenção primária e com vínculo, o paciente reconhece ele.” (C9)

> “Acho que a queixa dos profissionais é o número de atendimento que você tem que fazer, a pressão que você tem que ser rápido, eficiente, porque você tem uma fila grande esperando, e você tem um tempo para fazer isso... é unânime que a enfermagem na atenção primária de Campinas tem bastante autonomia e é bastante resolutiva, o problema é você fazer isso com 10 usuários, o outro é você fazer isso com 70. ” (C4)

> “Acho que o sofrimento de quem está no Acolhimento é a questão social de quem é acolhido sabe, muitas vezes ele percebe que tem uma escuta e que o profissional está disponível para ele, e ele fala coisas, nossa população é bem vulnerável em questão social, financeira e violência muito grande. E ele abre o coração, muitas vezes o profissional sai da sala e vem chorar num cantinho com a gente das escutas das histórias que ele ouviu, o sofrimento vem das histórias. ” (C5)

4.2. Trabalhadores de saúde

O grupo de trabalhadores de saúde contou com um total de dez participantes, as discussões que nortearam o grupo, condizentes com o objetivo da pesquisa, ficaram estruturadas me matrizes temáticas expressas nos seguintes temas: 1. Acolhimento: Percepções teóricas dos trabalhadores da saúde; 2. Acolhimento teórico e sua prática; 3. Triar ou acolher, um “velho” paradoxo; 4. Acolhimento à demanda espontânea: um trabalho do Pronto Atendimento (PA) ou da APS?; 5. Horário limitado para escutar? 6. Trabalho em equipe; 7. Faltas...; 8. Pontos positivos e negativos.

4.2.1. Acolhimento: Percepções teóricas dos trabalhadores da saúde

As percepções sobre o ato de acolher pelos dois grupos demonstraram uma gama de concepções acerca do tema e teve no grupo de trabalhadores o Acolhimento como sinônimos de acesso, “eu acho extremamente vantajoso por conta da questão do vínculo e pela facilidade de acesso” (T9), “Hoje em dia eu vejo o Acolhimento como a principal porta de entrada” (T2); escuta qualificada “eu acho que o que sobrecarrega, às vezes o serviço da unidade básica é que os PA não fazem a função dele, às vezes chega lá não é atendido, não tem uma escuta” (T10); e teve no

processo de trabalho e organização do serviço de saúde, sua maior relevância "É para direcionar o paciente. " (T6), "nós temos esse acolhimento que ele chega para ser direcionado para algum lugar para ser ouvido" (T3) como pontos mais evidentes durante a discussão.

> "Entendo que o Acolhimento é como a própria palavra diz, é acolher o usuário, de forma de escutá-lo e poder direcioná-lo ao atendimento correto (...) É, no caso eu tenho Acolhimento onde eu vou estar avaliando qual conduta eu vou tomar, tipo assim, o paciente vem para ter um esclarecimento de algum problema de saúde que ele está passando, ou também conhecer os atendimentos dentro da unidade, o Acolhimento é a porta de entrada. " (T7)

> "Eu entendo que Acolhimento também é algo que qualquer funcionário da unidade pode fazer, e é um direcionamento, não é uma triagem da enfermagem, ou uma consulta médica. " (T4)

> "Entendo que o Acolhimento seja uma coisa mais ampla mesmo, de acolher a pessoa como os colegas falaram, não só realizado pela equipe de enfermagem, mas por todos os profissionais desde o segurança, o recepcionista, pessoal da enfermagem, médicos também. (...) hoje em dia eu vejo o Acolhimento como a principal porta de entrada, e pelas dificuldades que as unidades vêm passando, por exemplo a minha, a gente tem um Acolhimento numa base principal do centro de saúde, é ali que a gente recebe o paciente, ouve, procura atender ou montar estratégias para que aquilo que o paciente procura, a gente consiga dar o retorno para ele. " (T2)

4.2.2. Acolhimento teórico e sua prática

Ao trazer luz as concepções sobre o Acolhimento, os trabalhadores inferiram a distância entre a teoria construída e sua dificuldade em firmá-la na prática diante das dificuldades existentes em cada unidade. Todos trouxeram um semblante feliz ao declamar sobre o ato de acolher, porém expressaram preocupação ao dissertar sobre sua prática.

> “Acho que são tantas vertentes, tantas problemáticas que pacientes, usuários trazem para gente que conseguir direcionar isso é difícil ’vamos conversar; vamos agendar nova consulta, o que que você acha de fazer isso, será que não pode ajudar? ’ Então hoje eu vejo que é bastante complicado de lidar com a questão do Acolhimento. ” (T2)

> “Quando a gente está lá estudando, a gente aprende que o Acolhimento seja uma coisa mais ampla, ao meu ver, uma prática para gente tentar acolher as necessidades de saúde da população e independe de procedimento. Só que eu acho que com a rotina de trabalho, a gente acabou limitando, o Acolhimento que seria uma coisa maior ao atendimento à demanda espontânea, e a gente fica muito focado ao atendimento. E a gente, com isso, está ensinando a população a chegar com uma queixa, para ela conseguir ser acolhida, a gente meio que está ensinando à população os caminhos para ela entrar na unidade que seria por meio de uma queixa e na verdade não deveria ser assim, né? A gente deveria acolher independente de queixa, e isso está reforçando a questão da queixa-conduta. A pessoa precisa até, às vezes ela traduz a necessidade dela numa queixa, para ela conseguir se inserir na unidade, se sentir acolhida e isso vai ensinando ela a responder a necessidade dela com conduta, consulta, exames” (T9)

> “Eu acho que partilho um pouco do que vocês trouxeram em relação ao que é o Acolhimento na teoria e o que fazemos com ele na prática, esse momento de escuta, de tempo demandado, porque no Acolhimento a escuta do usuário vira tudo, ele vai trazer a queixa dele principal que talvez não seja 10% do 100% que ele tenha a falar para gente, eu acho que a gente rotulou alguns atendimentos mesmo com o Acolhimento e às vezes a gente faz esse Acolhimento, a gente obrigatoriamente faz com que o usuário, quando obrigatoriamente a gente estabelece horários para o usuário, venha só se queixar naquele horário e a gente não abre para os outros problemas dele. E o nosso Acolhimento da demanda espontânea virou isso: queixa e conduta. 90% da demanda espontânea vem solicitando vaga médica mesmo. ” (T11)

> “Eu pego uma ficha e vejo que tem mais 15, como é que consigo fazer uma escuta sabendo que tem mais 15 pessoas para serem atendidas? Vou fazer o que? Queixa e conduta, você não consegue ouvir... mas aquela queixa é mínima, porque que tem atrás daquela queixa por que ele volta tantas vezes por causa daquela queixa? ” (T10)

Outro ponto que se destacou foi o entendimento do acolher independente do setor, pois embora possam existir setores próprios para ouvir a demanda

espontânea, segundo o grupo esse é um ato que deveria ser realizado por toda equipe.

> “Vejo que acolhimento assim... Ele virou setor né? Virou setor nas unidades... sendo que era uma coisa que era para acontecer, a meu entendimento, e eu acho que trabalho muito isso, em todas as partes do serviço de saúde. Sou uma pessoa que na unidade que trabalho, fico muito no curativo, porque tenho paixão por curativo, e no curativo você acolhe, não é só fazer o curativo, às vezes você pega aquele momento que você está, e que é único, que é íntimo da pessoa, daí você acaba conversando, ouvindo a pessoa. Só que esse fato que a pessoa chega e fala que precisa de Acolhimento parece que virou muito setor, sendo que você pode acolher, às vezes, uma mãe que vai vacinar um filho e tem uma dúvida ali e você já acolhe, vai no dentista ali... e já sugere um Acolhimento, entendeu? Só que tudo acaba indo para um setor e isso sobrecarrega demais, e está muito pesado os lugares, e eu falo assim que eu tenho uma história de amor e ódio com o Acolhimento, hoje eu gosto e amanhã eu nem quero ver, quando sei que estou escalada por causa disso né, mas o Acolhimento que eu entendo é que você não precisa estar no setor Acolhimento para você acolher o paciente. Você pode ouvir a qualquer momento e, às vezes, a queixa que ele chega no dia, não é a principal que tenha que ouvir. ” (T10)

4.2.3. Triar ou acolher, um “velho” paradoxo

O ato de triar versus acolher foi um tema discordante durante as discussões neste grupo, embora todos concordaram que acolher possui uma conotação diferente de triar, na prática, embasados nas dificuldades que as unidades possuem, o ato de triar virou uma prática, “ Atualmente a minha equipe a gente faz triagem mesmo...” (T1).

> “Eu entendo que Acolhimento também é algo que qualquer funcionário da unidade pode fazer, e é um direcionamento, não é uma triagem da enfermagem, ou uma consulta médica (...) no meu entendimento é escutar o paciente e ver qual a necessidade dele, às vezes não é a triagem da enfermagem, às vezes é um direcionamento para um setor da unidade, mas realmente a população e até dentro de nossa unidade tem esse sentido de triagem da enfermagem. Então uma dúvida que poderia ser sanada por outro

> profissional, mas vai para a enfermagem para poder ouvir, talvez porque tem essa sala que você tem uma privacidade maior para atender um paciente sim. Mas acho que isso não seria um objeto da palavra, acho que o Acolhimento é muito mais que uma triagem da enfermagem. ” (T4)

> “Também, acho que em todas as unidades, por essa falta de profissional a gente vai tentando limitar esse acesso, foi falado que a gente não faz triagem, mas mais ou menos a gente faz sim, a gente vai limitando esse acesso, porque a gente não dá conta, a verdade é essa. ” (T9)

> “Eu que direciono, dependendo da queixa que o paciente vem para o Acolhimento, passa com o enfermeiro, o enfermeiro acolhe, se a gente não resolve, a gente passa e muitos são encaminhados para o PA mesmo. ” (T3)

> “Passa primeiro no Acolhimento de enfermagem, comigo fica o auxiliar de enfermagem, ele atende e passa os casos para eu estar resolvendo, se for um caso simples a gente resolve na hora (...) mas devido a esta demanda que a gente está tendo, vou ver o Acolhimento da manhã, já está tudo lotado já (...) “Eu nunca aceitei, como se diz, triagem, ‘esse vai, esse não vai’ eu entendo como classificação de risco” (T7)

4.2.4. Acolhimento à demanda espontânea: um trabalho do Pronto Atendimento (PA) ou da APS?

Outro ponto que gerou discussão e divergência no grupo foi o ato dos atendimentos à demanda espontânea sobrepujar as ações programáticas das unidades explicados pela falta de recursos humanos adequados na unidade e na iminência de não prestar um cuidado adequado a um caso de urgência/emergência.

Na mesma linha o grupo lançou um olhar sobre as ações que não estão sendo realizadas e os impactos em outros equipamentos de saúde.

> “O que eu percebo muito, nesse feriado que teve agora, de quinta-feira, o centro de saúde abriu normal na sexta, mas na segunda feira você vai pegar pessoas que estão passando mal desde a quinta e não foram no PA porque cansam de ir lá e eles demoram para ser atendidos, ou às vezes não são tão bem atendidos nas queixas deles, e eles esperam o final de semana inteiro para voltar para a unidade. Aí você abre a segunda feira de manhã, você sente as pessoas querendo passar pelo Acolhimento. ” (T10)

“O Acolhimento é uma coisa difícil, sempre gera discussão, mas acho que na verdade o que a gente está reclamando é sintoma de RH que a gente tem, porque é difícil culpar o usuário, porque a gente está lá no dia-dia, construindo o vínculo, pedindo, por exemplo, para uma mãe que vem numa consulta de puericultura e ela se sentiu acolhida, e acontece uma situação de emergência, consigo ver o outro lado também. Eles vão querer ir no local aonde eles têm vínculo com os trabalhadores, um local em que eles se sintam acolhidos, porque a gente sabe que num PS é correria, é difícil a mãe vai querer ir num centro de saúde que já foi acolhida ou vou para o pronto-socorro que talvez o médico nem vá olhar para a minha cara, vai prescrever e vou embora, além de pegar uma fila imensa, é difícil, temos que pensar pelo outro lado. Ai, como ela tinha falado, que a paciente briga, briga, briga e depois falta, às vezes, na correria do dia-dia, a gente transforma a necessidade daquele usuário em uma consulta, a gente vai lá e marca, às vezes, pela sobrecarga não fizemos a escuta qualificada e a gente acaba reforçando aquilo que ele falou, uma consulta, talvez não fosse isso que ele precisava. No dia-dia, a gente atolada, você tentando sair, o que você faz? Vamos marcar consulta (riso) ” (T9)

“Difícil saber qual o ideal, o ideal era ter queixas quem nem deveria passar com a gente, tem muita queixa que o paciente está ali, que é PA mesmo, a gente não tem suporte para resolver a situação dele “ (T3)

“Eu sinto a demanda espontânea como 90% do tipo queixa conduta, atendimento de pronto atendimento mesmo e fico me perguntando mesmo quais são as características do modelo de atenção básica de Campinas, que estão nos meus estudos, totalmente fora o que está no Ministério da Saúde. Quando você traz para mim: ‘eu tenho que fazer a priorização da retaguarda’, por que eu tenho que cancelar uma agenda de puericultura para ficar na retaguarda se faço parte de uma atenção básica, se sou enfermeira da estratégia da saúde da família, e eu sei que tenho que fazer o atendimento de pronto atendimento. ” (T11)

“Um relato de experiência, fiquei um ano mais ou menos como hora extra no Mario Gatti, na classificação de risco, gente, eu vivi o acolhimento da unidade básica, no meu dia dia e no final de semana, era o inverso, eu estava recebendo na unidade básica, o que ela falou, era um infarto, um avc, as coisas graves, e lá no Mario Gatti, um hospital, a nossa maior emergência em Campinas, chegava o povo querendo controlar a pressão, a diabetes, querendo trocar receita, fazer teste de gravidez, e lá na frente já está avisado que não tem ginecologista, então eu via muito isso como ela falou, chegava no Mario Gatti o que chegava na unidade básica, e na unidade básica o que

> deveria ir para o PA, então tem uma inversão muito grande das queixas que chega para gente, ai eu fico pensando que essas pessoas não deveriam nem chegar no Mario Gatti, a gente enquanto Saúde da Família deveria conhecer, deveria entrar na casa dela, mas não tenho pernas, não tenho cobertura, não tenho tempo, não tenho profissional, Entendeu? Não tenho como chegar dentro da casa dela (...). E assim, conto muito com a ajuda, dos auxiliares e técnicos de enfermagem e os agentes de saúde, que me ajudam muito assim, que determinam a olhar, organizar esse fluxo, para não deixar de atender a população, eu entendo que não é culpar a população, é a gente que não tem tempo nem de orientar: 'Olha quando seu filho estiver com broncoespasmo que é assim, assim e assim, você leva para o pronto socorro, não é aqui, não espera o final de semana', ás vezes a criança está com bronquite desde sábado e a gente consegue atender só na segunda-feira, às vezes a gente não consegue ensinar o que que é nosso papel quanto a unidade básica e o papel do pronto atendimento." (T1)

4.2.5. Horário limitado para escutar?

Segundo o grupo, horários específicos para acolher a demanda espontânea dificultam o acesso e prejudicam o vínculo com o usuário ocasionando uma perda da continuidade do cuidado, no entanto, as unidades apresentaram diferentes processos de trabalho com e sem horário para esta ação.

> "Mas quando a gente limita horário, isso tem um conflito muito grande dentro de mim, porque acho que não deve limitar horário. Por exemplo, um paciente da minha equipe só tem acesso a minha equipe de segunda e quinta-feira. Se ele quiser vir no Acolhimento, ele vai vir no Acolhimento nos outros dias, vai vir no Acolhimento da demanda espontânea? Sim, mas não necessariamente passará na equipe dele. Então acho que a gente destrói o vínculo, a gente desorganiza tudo, o que a gente precisa. " (T11)

> "O que chamamos de Acolhimento funciona das nove às cinco da tarde, mantemos as cinco portas abertas (...) temos um setor da observação para os que não são cadastrados nossos, temos um profissional que faz esse Acolhimento e para atender as coisas mais urgentes, para não fechar as portas num momento que aparece um infartado. " (T1)

Evidenciamos o tom da fala e a expressão facial dos participantes de modo emocionados e com semblantes cansados ressaltando as estratégias que realizam para dar luz a este acesso:

> “A gente luta muito, a gente está mantendo um auxiliar e técnico da equipe para manter isso, e para que o enfermeiro possa manter uma agenda, sempre mantemos um enfermeiro num apoio geral. ” (T1)

> “Aonde trabalho são quatro equipes, lá é uma região 100% SUS, a gente tem quatro enfermeiros e tem uma escala, cada dia tem uma enfermeira no acolhimento, na recepção além do funcionário, nós temos uma técnica de enfermagem que acaba fazendo o direcionamento do acolhimento, infantil, adulto e já dá uma selecionada, mas tudo que chega com queixa passa, não deixamos nada na porta. Fica um técnico fazendo esse acolhimento e dependendo da queixa o enfermeiro dá o apoio” (T3)

4.2.6. Trabalho em equipe

Segundo o grupo, o trabalho em equipe em meio às dificuldades atuais é uma saída para tentar qualificar o cuidado e a escuta ao usuário, na prática a dificuldade com o dimensionamento adequado de pessoal prejudica e sobrecarrega os trabalhadores. Ressaltou-se ainda a dificuldade do profissional médico apoiar a equipe no Acolhimento à demanda espontânea.

> “Eu prezo o vínculo com o usuário, acho que a nossa demanda é totalmente pesada, o Acolhimento da demanda espontânea é extremamente pesado. Recebemos na nossa unidade desde uma dor de garganta até um infartado. Aí temos todos os problemas técnicos e estruturais para atender um paciente de urgência, então quanto tempo demanda isso? Por exemplo, estou no Acolhimento da demanda espontânea hoje no período da manhã, vou atender, avaliar, 90% será de queixa clínica, das 08 às 11h, se recebo um paciente infartado às 09 horas da manhã, o restante vai ficar esperando, se meus colegas não puderem me apoiar, para eu terminar [o atendimento a] esse infartado até que o SAMU o leve. Então talvez eles não esperam, vão embora. ” (T11)

> “É um grande problema que vejo porque o Acolhimento, apesar da gente falar em equipe, eu vejo os agentes de saúde fazendo isso porque pela atual situação que a gente passa, a gente não consegue sair da unidade, então essa questão de virar setor eu concordo, porque virou um setor muito por

> imposição. Eu, como enfermeira, quase que não consigo sair para fazer visita domiciliar, então Acolhimento na rua, quem faz para mim são os agentes comunitários de saúde. O recepcionista eu vejo... até nossa guardinha fica atenta e acolhe. Mas os médicos são os que dão mais problema quando você fala que tem Acolhimento. Para eles é atendimento de PA, muito complicado." (T1)

> "Não é certo para nós, enfermeiros, ficar implorando para que o médico atenda Acolhimento, 'Aqui é PA? Não é PA aqui? '. Então tem a parte de Acolhimento médico, o médico tem a agenda dele de Acolhimento a ser preenchida naquele dia." (T7)

Segundo o grupo a equipe de enfermagem é a principal categoria que possibilita o Acolhimento nas unidades, descrevem, portanto, a dificuldade a sobrecarga que possuem.

> "Hoje temos um quadro de 45% do que a gente precisa, então a gente tem o apoio da equipe de enfermagem... A demanda espontânea é a que mais vai para as equipes, então a gente não tem o enfermeiro para dar suporte para o auxiliar, é o que sobrecarrega e o que deixa os profissionais mais frustrados. Assim como todas as unidades, a enfermagem centrada no Acolhimento. " (T11)

> "É a enfermagem que carrega, a enfermagem é a porta de entrada, se tem uma dúvida a recepção até conversa, mas geralmente encaminha para a equipe, então a enfermagem carrega muito. " (T2)

4.2.7. Faltas...

Para o grupo a defasagem de recursos humanos e estrutura adequada repercute no atendimento adequado aos usuários e dificulta acesso, vínculo e escuta adequada, ressaltam que essa é a realidade de suas unidades de saúde.

> "Lá é assim, chegou paciente passa na recepção e passam para mim, todo dia sou eu que 'tô'. Eu escuto, vejo sinais vitais e falo: - Não tem médico e não tenho enfermeiro (...) para mim essa maneira seria um sonho, eu ter um suporte do enfermeiro para eu conversar, discutir, se possível passar a queixa para ele. " (T5)

> "Nossa grande dificuldade é que não temos enfermeiro para ficar no suporte, tudo é a gente que tem que resolver mesmo, às vezes, a gente acaba

> passando para o médico algo que o enfermeiro poderia resolver, mas a gente não tem, aí quando alguém que precisa mesmo da vaga do médico não tem porque utilizamos essa vaga, e ficamos resolvendo coisas que não são da nossa alçada. ” (T4)
>
> “Quando entrei tínhamos 25 auxiliares e técnicos de enfermagem, hoje estamos com 13 e para gente é insuficiente. Isso acaba sobrecarregando a equipe de uma forma que as pessoas já estão adoecidas, os profissionais estão adoecidos, temos profissional de LTS, afastamentos, problemas crônicos de saúde, e a gente tem dificuldade nesse sentido, a gente deveria fazer esses atendimentos à população, mas a gente vê que a gente não dá conta mais. A gente acaba encaminhando para o pronto socorro porque a gente não tem como resolver a necessidade daquele paciente ... Hoje a gente tem esse problema, essa questão da precarização, principalmente essa questão do RH é geral no município e acho que a gente tem muita dificuldade de resolver as coisas, vejo que, sei lá, caso de micose, é para nós atendermos e não o pronto socorro, só que, às vezes, a gente não tem vaga, porque a gente não tem profissional ali” (T2)
>
> “Neste momento a gente sofre com o RH de médico, tenho quatro médicos na unidade, um de licença saúde, um de férias, outro entrou de férias, atualmente tenho um, e quando ele precisa de uma consulta, por exemplo na equipe azul, eu digo: - Pois não senhor, eu não tenho consulta agora. Eu ouço a necessidade dele e sei que ele precisa de um atendimento médico, então são algumas coisas que vai frustrando o profissional. “ (T11)
>
> “Nós que estamos pior aqui, nós não temos estrutura, não temos retaguarda de enfermeiro, não tem RH...” (T4)

4.2.8. Pontos positivos e negativos

O grupo, de modo unânime, descreve a importância de acolher, relata com feições de afeto sobre o ato de acolher, elencando pontos positivos, todavia as condições que possuem para efetuá-lo permeiam as críticas e os pontos negativos do acolher em suas unidades.

> “Na unidade que estou, reclamação do Acolhimento não existe, eu que estou no Acolhimento todo dia, agora eu é que tenho reclamação porque não tenho retaguarda (...) Eu gosto, gosto de conversar (risos). Às vezes o paciente vem com uma queixa e eu acho mais três queixas, olho no prontuário e vejo o que ele perdeu... eu não me importo, mesmo um ‘vozinho’ que só quer conversar, peço para chamar ele e vamos começar (risos), não me importo. O que me

queixo é de não ter retaguarda. A minha colega, enfermeira, não reclama de mim no Acolhimento, mas eu reclamo dela. ” (T5)

“Acho que o Acolhimento possibilitou uma porta de entrada muito grande para os usuários, acho que existe um sentimento de frustração com o fato da gente não conseguir resolver as necessidades dos pacientes, mas eu acho que facilitou muito a entrada do usuário na unidade, para que pelo menos a gente consiga conversar com ele, consiga refletir, mas agora, neste momento de política da secretaria municipal, a gente vive um momento de frustração, de desânimo, porque a gente não dá conta mais de resolver, dar as respostas para os pacientes. Mas vejo como um grande potencial que é uma forma do usuário chegar e avaliar as necessidades, avaliar os riscos, e tentar direcionar da melhor forma possível. ” (T2)

“Fico pensando que o positivo, mesmo que seja transformado em um setor o atendimento destas pessoas, você está mostrando para a população de certa maneira como que acessa o SUS. Acho que esse é um ponto positivo, não fechar as portas. Ponto negativo, por outro lado é que acaba limitando, mesmo você mostrando que ela tem esse acesso, acaba limitando aquelas queixas pontuais, e a gente acaba até naturalizando que a queixa de saúde é, como posso dizer, que acolher é uma queixa de saúde, infelizmente acaba limitando a isso. Aí é engraçado porque a gente tem o setor Acolhimento que seria o setor de atendimento à demanda espontânea e a gente acaba acolhendo mais fora dele, nas outras atividades. ” (T9)

O ponto negativo do Acolhimento principalmente à demanda espontânea eu não consigo garantir cuidado baseado na integralidade, porque acho que a demanda sobrecarrega e às vezes a gente acaba sendo rápido demais resolvendo a necessidade pontual, pronto e acabou. Mas do Acolhimento por equipe que a gente tem lá na unidade, eu acho extremamente vantajoso por conta da questão do vínculo e pela facilidade de acesso. Tenho um projeto piloto onde trabalho que foi um projeto que desenvolvi em minha especialização que é a inserção do acesso avançado, mas o acesso avançado é uma utopia. Então é um acesso parcialmente avançado, que é quando o usuário chega na equipe e a gente consegue resolver a necessidade dele, mesmo que ele precise do médico no momento e ele não volta mais... eu resolvo as coisas dele em um dia só. Eu acho que principalmente pelo vínculo eu acho vantajoso Acolhimento por equipe. ” (T11)

“Ponto negativo é essa questão de acabar virando um setor, é muito ruim, o Acolhimento é essa questão mais ampla mesmo que a gente não consegue viver devido a uma série de problemas, RH, espaço e fica muito aquela coisa de setor ‘é aquela porta ali’. Hoje em dia vejo que a porta para a nossa unidade, a porta aberta para o Acolhimento por equipe está melhor, mais ampla, acho que está mais qualificada. O que era antes, era um transtorno fazer a escala e colocar um técnico ali no Acolhimento, hoje em dia a gente sabe aqueles que gostam mesmo e gostam de ficar ali... hoje em dia o Acolhimento infelizmente está muito no colo da enfermagem só, a enfermagem assumiu muito isso e fica muito ali, mas acho que está bem mais qualificado. ” (T1)

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO

Nesse capítulo trazemos o olhar crítico reflexivo sobre as discussões realizadas pelos grupos com foco nas modalidades temática da apresentação de nossos resultados, elencamos os pontos altos dos diálogos aliados ao olhar teórico de nossas referências, para trazer um retrato do acolher nos centros de saúde pela ótica de coordenadores e trabalhadores de saúde da cidade de Campinas.

No entanto, entendemos o desafio do olhar para a essência desses fenômenos para além de uma percepção imediata, sem correr o risco de simplificar o que é complexo.

> "A percepção de uma realidade através da simples captação do fenômeno, não esgota toda a possibilidade do conhecimento. É somente um primeiro nível de conhecimento. O conhecimento científico procura não somente descobrir e captar um fenômeno em suas aparências visíveis, mas penetrá-lo em sua essência e explicá-lo, rompendo sua aparente individualidade e mostrando suas relações, sobretudo, suas relações causais que fazem dele o que ele é".[49]

Para tanto, não foi o objetivo desse trabalho esgotar um tema complexo como o Acolhimento, mas sim aproximar um diálogo com algumas categorias temáticas condizentes com o foco desse estudo que possibilitam um olhar crítico dos pontos elencados pelos participantes dessa pesquisa.

5.1. Acolhimento: percepções teóricas trazidas pelos participantes

Entendemos que a APS no Brasil é a principal porta de entrada do usuário no SUS, o que torna o Acolhimento como sua principal ferramenta de acesso ao possibilitar um cuidado de qualidade e responsável. A procura dos usuários por estes atendimentos nos centros de saúde representa uma demanda do usuário, de sua população adstrita, e deve ser encarada como uma importante oportunidade de empregar os princípios da integralidade, da coordenação do cuidado e qualificar este atendimento em contraponto às ações de queixa e conduta, ou de referências desenfreadas a outros níveis de atenção[50].

Para Starfield[3] o acesso na APS opera na lógica da facilitação da entrada dos usuários nos serviços, torna-se uma metáfora para a “porta aberta”, no qual o intuito é a facilidade da possibilidade dos encontros, do vínculo, e da resolução das demandas. Sua importância expressa ainda a capacidade em diminuir a mortalidade, morbidade e possibilitar uma redução dos custos totais.

Nesse sentido, o acolher como símbolo de acesso esteve presente em ambos os grupos, porém com uma maior discussão no grupo dos trabalhadores de saúde que associaram o acesso como meio de organizar o processo de trabalho na unidade.

A luz da discussão sobre o acesso, observou-se a dificuldade para sua manutenção mediante a diversas faltas enaltecidas pelos dois grupos, o que torna um dado preocupante, uma vez que a APS é a principal porta de entrada ao SUS e essa possui falhas tanto quantitativamente como qualitativamente, ou seja, pela relação de ofertas a serem oferecidas ou pela qualidade como se faz esta ação.

Ao que pese a qualidade do Acolhimento prestado pelos trabalhadores, Carvalho e Cunha [25] ressaltam:

> “...caberia a todos os trabalhadores assegurar a boa qualidade do atendimento priorizando os casos mais necessitados, resolvendo o máximo de problemas e assegurando o encaminhamento que se fizesse necessário.”

Sendo assim, não se trata apenas de contar com uma estrutura predial de portas abertas, há a necessidade de sua abertura ser direcionada para a resolutividade das demandas e que se tenha condições favoráveis para isso, do contrário teremos mais um edifício e profissionais dentro. O que pretendemos é que as ações produzidas causem impactos positivos à saúde da população e que se transcenda a velha lógica biomédica, assistencial, com dificuldade de acesso sem trabalho em equipe multiprofissional.

Para qualificar o acolhimento, ressaltou-se a escuta qualificada como importante instrumento, enfatizado por ambos os grupos, entendemos que sua função esteja relacionada à lógica de ouvir para entender, comprometer e auxiliar a demanda do usuário.

A partir dessa lógica, compreende-se que ao abrir uma oferta de escuta para o usuário, possibilita-se a entrada das pessoas com suas demandas, queixas, problemas e necessidades. Trata-se de uma tarefa com uma certa dificuldade ao desconsiderar apenas uma queixa de ordem clínica, porém ao estender uma parte para o diálogo, abrimos uma porta para que a vida desse usuário entre na dinâmica do trabalho[28].

Acolher bem relaciona-se com ações que garantam escutas qualificadas que objetivam ofertar o máximo de tecnologias com a finalidade de produzir procedimentos eficazes, independente do local[25].

Esse ato pertence a complexidade da tecnologia leve que demanda tempo, responsabilidade e condições favoráveis para sua ação, porém os dois grupos ressaltaram a alta demanda de usuários para um número restrito de trabalhadores, prejudicando esta ferramenta e o cuidado integral.

Entende-se a importância do fortalecimento do vínculo a partir de momentos de sofrimento do usuário, momentos esses de desamparo, ameaça, fragilidade etc, no qual a procura pelos serviços de saúde onde o amparo e a confiança se faz pressente, nessas situações, fica perceptível a procura dos usuários pelos centros de saúde, onde sua demanda possa ser ouvida e resolvida[6].

Para Merhy e Franco[51] o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência utilizada como uma ferramenta de consolidação de referências e responsabilização dos trabalhadores para uma determinada parcela da população.

A partir da responsabilização da escuta de modo qualificado, descreveu-se a coordenação e a responsabilização através do vínculo como personagem para o apoio as demandas deste usuário. Temos no vínculo outro ponto elencado por ambos os grupos como ponto áureo do Acolhimento e manutenção de um cuidado longitudinal.

Para os grupos, o acolhimento possibilita o acesso ao SUS, para tanto sua qualidade depende dos instrumentos baseados numa postura ética que exige escuta qualificada e construção do vínculo para a coordenação do cuidado do usuário que deveriam ser realizadas a todo momento, porém as unidades estão submetidas a condições que dificultam a utilização desses equipamentos, distorcem o ato de acolher, dificultam o acesso e causam um paradoxo entre a teoria e prática conforme descreveremos no próximo item.

5.2. A práxis na ótica dos participantes da pesquisa

Segundo a PNH[27] a organização do processo de trabalho no acolhimento trabalha na perspectiva da participação de todos os envolvidos em seu processo, ou seja, inclui o pensar e agir dos trabalhadores, coordenadores e usuários.

Os trabalhadores e coordenadores entendem que embora possam existir setores denominados de Acolhimento para ouvir a demanda espontânea, este setor não restringe o ato de acolher nos diversos espaços existentes na unidade, não devendo, portanto, ficar a cargo de uma única categoria profissional ou a uma “sala de acolhimento”, entretanto vimos, através dos relatos, a existência do acolher focado apenas em “setores”, perdendo, portanto, a potência de qualificar o acesso que esta ferramenta possui.

O percurso para o ato de acolher estrutura meios para a sua execução, deste modo pode realocar o sentido original da palavra para outras funções de modo a inserir no serviço ações diferentes do sentido original, o Acolhimento reduzido a um

setor, a uma única sala é uma amostra desta contradição teórico prática que necessita ser trabalhada nas unidades.

Nesse sentido, o acolhimento explicitado pela maioria dos participantes caminha para setores específicos de escuta e apresenta dificuldade em ser uma prática universal.

Do mesmo modo encontramos uma discussão nos dois grupos sobre horário limite para o Acolhimento, entendemos que se o Acolhimento é uma postura ética, que utiliza a escuta, o vínculo em seus diversos espaços para garantir acesso e direito à saúde, nesse sentido o limite de horário causa uma barreira ao acesso e ao cuidado. Ambos os grupos concordam sobre a necessidade da abertura, em tempo integral, para um espaço de Acolhimento, e reconhecem a contrariedade teórico prática do fechamento de setores para escuta e facilitação de acesso com qualidade.

Para Vasconcellos e Pasche[1], um grande desafio de nosso tempo é o acesso oportuno aos usuários de modo resolutivo e humanizado, segundo estes autores não se trata apenas de aumentar o número de equipamentos de saúde, uma vez que mesmo com o aumento do número de trabalhadores e equipamentos de saúde persistem longas filas de espera em diversas áreas de assistência, principalmente na atenção especializada, mas se trata da necessidade de mudanças de práticas herdadas historicamente pelo ato curativista, individual e exclusivamente medicamentoso persistente em nosso cotidiano.

Campos et al[37] citam a necessidade do acolhimento dos usuários no momento em que demandam, pois, caso não ocorra a APS não se constituirá de fato na porta do sistema, para tanto o Acolhimento necessita disposição, organização e preparação de equipe para receber, em diversos horários, uma gama de demandas, avaliando riscos e visando a máxima resolutividade.

No entanto, observa-se a distância teórico-prática para dispor de uma rede de atenção com ampla cobertura e eficácia adequada, causada por financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal, dificuldade na manutenção das diretrizes da APS e falta de apoio e orientação para garantia de acesso concomitantemente a qualificação do processo de trabalho[37].

Nessa discussão, concordamos com Aith[11] ao elencar os desafios para a efetivação do SUS, acreditamos que os desafios político e econômico possuem em seu alicerce, para sua manutenção e proliferação, a influência de alguns setores da sociedade, como agentes catalisadores dessas dificuldades, tratam-se de arbitrariedades por não concordância efetiva com o SUS.

Observamos que o “desfinanciamento” da saúde não é algo novo, as faltas descritas pelos participantes não surgem por acaso, elas impactam diretamente no processo de trabalho, dificultam o cuidado, mancham a credibilidade e inviabilizam anos de luta e projeto para colocar em xeque um sistema de saúde de direito.

Nesse sentido, abrem um espaço para uma ideologia, de que saúde como comércio é um caminho a se seguir, o que descaracteriza o SUS, como uma falsa ideia, já descrita nos capítulos anteriores, portanto o que se objetiva com esse pensamento é o lucro, uma vida não pode ser vista como algo a ser pago, para nós uma vida não pode ser mensurada por uma moeda de troca.

Os grupos corroboram a dificuldade da abertura em tempo integral devido à falta de recursos humanos adequados para compor todos os setores e atividades da unidade, implicando numa dificuldade na abertura dos diversos setores e manutenção de ações fundamentais da APS programadas e não programadas, e consequentemente, causando uma sobrecarga nos trabalhadores, em especial a equipe de enfermagem, descrita como fundamental para o ato de acolher pelos dois grupos.

A enfermagem tem como objetivo central de sua profissão o ato de cuidar, sua ação é embasada por uma sistematização com alicerce científico que alude em seu ato uma produção de um cuidado terapêutico, transcendendo a concepção de atos de cuidados vinculados somente ao cuidar por caridade. Na APS, a enfermagem ganha espaço e importância ao preencher as ações pelo seu cuidado sistematizado, científico, possuir respaldo legal para suas ações baseadas em protocolos, ser uma das primeiras personagens a receber os usuários na unidade, ser o agente coordenador de cuidados entre outras.

A atuação da enfermagem com foco na família se expande no Brasil, e para tanto necessita vir acompanhada de uma análise e reflexão de seus resultados, a fim

de que haja garantia de assistência integral à saúde como direito universal. Nesse caminho temos principalmente enfermeiras (os) com ampla percepção da ampliação de cobertura, acesso universal e da equidade, porém através da dificuldade da presença do trabalho multidisciplinar, assim como a manutenção de uma relação democrática em seu sistema e de postura mais reivindicativa, essa classe tem absorvida diversas atribuições que impõem mais responsabilidade e desgaste, uma vez que o número de trabalhadores adequados para a efetuação de tais trabalhos é sempre menor que o desejado[52].

Como consequência, caso não haja um senso crítico do trabalho nos espaços onde se concretiza a inclusão/exclusão social, a enfermagem se coloca em risco ao incorporar ações de modo simplista, recorrendo a velhas práticas e dificultando garantir o direito à saúde com efetividade[52].

Os centros de saúde campineiros demonstraram uma dificuldade do trabalho multiprofissional, incidindo no isolamento do ato de acolher pela equipe de enfermagem, sua sobrecarga foi descrita por diversos participantes com peso no tom das falas, ao tentar cobrir todos os setores, a prática tão rica pelo cuidado característico desta profissão tornam-se ações simplistas diminuindo o impacto esperado.

Não obstante, observou-se uma prática em sua maioria isolada pela equipe de enfermagem, dissociando o trabalho em equipe, sobrecarregando, adoecendo e a posicionando como única detentora da responsabilidade pelos usuários em seu território. Não foi nosso objetivo avaliar isoladamente o trabalho de enfermagem no Acolhimento, no entanto questionamos se o trabalho da equipe de enfermagem em Campinas não está desvirtuado para um trabalho “tampão” de setores ao invés de produção de cuidado?

Reiterou-se ainda, por ambos os grupos, os relatos sobre a falta do número adequado dos profissionais da equipe de enfermagem, assim como a sobrecarga de trabalho e o adoecimento profissional, lançamos, portanto, outra indagação:

- Qual cuidado a cidade de Campinas está ofertando pela equipe de enfermagem aos usuários?

Para Ayres[53], o cuidado deve ser vislumbrado a partir de um projeto de vida, de responsabilização mútua entre usuário e profissional a partir de confiança como pontos vitais para a reconstrução da ética, política e técnica de cuidado em saúde.

Pare este autor[53], tal construção é necessária, pois as práticas de saúde contemporâneas estão em crise, representadas pelo contraste da elevação do nível tecnológico frente às limitações das respostas às complexas necessidades de saúde de indivíduos ou populações.

Ao relatar o cuidado da ontologia na reconstrução das práticas de saúde, Ayres[53] menciona o trabalho do profissional de saúde para um projeto de felicidade que transcende a concepção saúde-doença e encontra na prática da humanização como seu pilar fundamental para o cuidado:

> "Por isso defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá-se denominar Cuidado essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. "

Novamente indagamos como possibilitar estas ações que impactem na vida da população mediante as crises apontadas por Aith[11] e evidenciadas nesse município?

Discutiu-se, no grupo de trabalhadores, a importância e necessidade da enfermeira apoiar sua equipe no acolhimento à demanda espontânea, desde a uma escuta concomitantemente, assim como avaliação e discussão quando solicitado. Através do relato de alguns participantes, constatamos barreiras que a própria categoria cria, opondo-se a um trabalho em equipe e multidisciplinar no qual a Política Nacional de Humanização[27] se baseia.

Rotineiramente, o auxiliar de enfermagem é designado como o trabalhador responsável pelo Acolhimento, enquanto etapa do processo de trabalho, e ao

estabelecer um responsável para essa ação, o ato de acolher é envolto a uma parte do processo de trabalho, o resultado tende o descomprometimento do resto da equipe, e a simplificação de que o ato de acolher passa a ser mais um procedimento, perdendo a força e o real sentido dessa ferramenta na APS[50].

Para tanto, ressalta-se a importância dos demais trabalhadores como enfermeiros e médicos a participar do ato de acolher, mantendo uma agenda flexibilizada para o apoio e supervisão dos técnicos e auxiliares, uma vez que o ato de acolher necessita de um olhar multiprofissional. Observa-se também a limitação dos serviços de saúde ao disponibilizarem apenas consultas de enfermagem e médica para suprir a demanda dos usuários, o que torna o ato de acolher pautada na "queixa-conduta-medicalização" e pouco resolutivo, assim como afirma Tesser e Campos[28]:

> "Se a atividade profissional utiliza-se desses 'núcleos de competência' para justificar a burocratização, se há pactos perversos que alimentam o não cuidado, se não há espírito de equipe e de trabalho multiprofissional, o Acolhimento tende a transformar-se em PA. Nesse caso, a medicalização tende a avançar e se difundir. "

Merhy[54] corrobora com a concepção do trabalho multidisciplinar uma vez que as necessidades do usuário não se esgotam em uma única profissão:

> "Os profissionais de saúde que não perceberem que é isto que está em jogo, hoje, correm o risco de quererem construir como seus núcleos de competência o poder sobre o campo da saúde, como se o conjunto do mundo das necessidades fosse do seu domínio exclusivo, em vez de entenderem que só acordos interprofissões, que se ordenam por uma ética do cuidado em saúde centrada no mundo complexo das necessidade dos usuários, é que podem dar conta do que há de desafio para superar a crise no campo da saúde, sem dúvida não resolvível por acordos de reservas de mercado."

No entanto, mesmo diante das diversas tentativas de rearranjar o processo de trabalho, os grupos indagaram como fazer, com este recorte temporal de nosso tempo, sem um dimensionamento de pessoal adequado ou estrutura física adequada para suprir todos os objetivos que a ESF solicita? O que priorizar diante da falta?

Elencou-se, ainda, pelos dois grupos, a falta do número adequado do profissional médico nas unidades, dificultando um agendamento para a continuidade ou início de um tratamento, assim como avaliação de queixas pontuais. Ao que pese

a categoria médica, além da falta do número adequado, os grupos descreveram a dificuldade da participação desse profissional no Acolhimento.

Através de uma análise histórica, Pires[55] narra a construção do saber médico como resultante de um saber hegemônico lapidado pela incorporação dos saberes de saúde dos povos captado pelo interesse mútuo e em conjunto às classes dominantes implicando na apropriação de cargos administrativos gerenciais de saúde aliado a um interesse econômico, da manutenção do status quo, e sua intervenção no Estado. Este controle alicerçado sobre o processo de profissionalização das demais profissões, do seu entendimento como único, verdadeiro, dificulta o trabalho multidisciplinar e implica barreiras de acesso, como por exemplo, presença de número restrito de vagas para usuários no setor de acolhimento para consulta com o profissional médico.

Concordamos com Franco e Merhy[56] que tecem a necessidade da interação dos trabalhadores com trocas de conhecimento e articulação para um campo de produção de cuidado que seja comum a todos os trabalhadores, a formação cristalizada de núcleos específicos de trabalho engessam o processo de trabalho a um conhecimento técnico estruturado individualizado com dificuldades em abranger um cuidado integral com o usuário e entre a própria equipe.

Sobre o modelo biomédico hegemônico, Cunha e Carvalho [25] referem que:

> “ [...] no melhor dos casos se incubem de realizar triagens sob a lógica biomédica em que está ausente o trabalho em equipe. Nessa concepção os serviços de saúde não mudam a sua forma de trabalhar em equipe, embora aumentem quantitativamente o acesso dos usuários. Este acesso, no entanto pode não garantir a qualidade do cuidado, uma vez que os atos de saúde obedecem à lógica de queixa e conduta [...] prática de uma clínica degradada.”

Posto nessa lógica, a discussão do grupo caminhou para uma avaliação de práticas desintegradas entre a equipe médica e o restante da equipe, um abismo surge nesse sentido e dificulta a qualidade de acesso que defendemos.

A distância da equipe médica referida pelos grupos, mantendo-se ora em “salas fechadas”, ora “com agendas protegidas”, não caminha apenas para uma

distância física de consultório, mas sim da proximidade com sua equipe e usuário e consequentemente, indica o tipo de acesso que estamos oferecendo na cidade, no qual há a necessidade da equipe torcer para que haja na unidade um médico “bonzinho”, “legal” ou com “perfil” para participar do Acolhimento, descaracterizando um trabalho em equipe, dificultando o processo de trabalho e consequentemente acesso e o cuidado integral multidisciplinar. Questionamos, portanto, se esse é o tipo de acesso e a qualidade de assistência que a secretaria de saúde preza aos seus usuários, fruto de um modelo inegavelmente debatido como retrógrado.

Para os coordenadores outro fator que dificulta a resolutividade do Acolhimento é o número de pessoas presente em seu território, segundo o Ministério da Saúde[24], a recomendação da população adstrita a cada equipe de saúde deveria tanger no máximo quatro mil pessoas para garantir a funcionalidade das diretrizes da APS brasileira, no entanto segundo os coordenadores e trabalhadores presentes nos grupos, a média de cada equipe em seus territórios variam, por vezes, até o dobro do preconizado.

Diante desse cenário, abriu-se uma discussão nos dois grupos, sobre como organizar o cuidado para uma população maior que a preconizada, com déficit no recurso humano e com dificuldades no trabalho em equipe. Para os coordenadores, uma das consequências dessas faltas gera uma desigualdade em garantir um acesso oportuno, de tal modo que o acesso seja garantido para alguns grupos específicos como hipertenso, gestantes etc.

Nesse sentido, as discussões sobre triar versus acolher ganharam força nos diálogos, ressaltando que os grupos corroboram uma prática da triagem nas unidades explicadas pela falta do número adequado de trabalhadores mediante a um número elevado de usuários na demanda espontânea desejando consulta imediata.

Embora seja uma prática habitual nas unidades, ambos os grupos descreveram a ação de “triagem” de modo pejorativo e contrário a uma prática desejada, ao incorporar um fluxo de seleção daqueles que terão acesso as consultas na demanda espontânea no dia, para tanto, foi sugerido a classificação de risco como uma aposta diferente no ato de cuidar com garantias.

Acreditamos na Ambiência como uma aposta para a organização dos processos de trabalho de acordo com o acompanhamento da gravidade do cuidado dos usuários presentes nas unidades, e deve, portanto, tratar a classificação de risco como instrumento de diálogo entre os envolvidos, individualizando aquele que sofre[27].

A partir desse modelo observamos a diferença entre uma ação inclusiva e uma ação de exclusão meramente pautada na formulação de critérios a serem seguidas por todos ao dissolver a individualidade do indivíduo[27].

Deste modo ao utilizar a escuta qualificada durante uma "triagem/Classificação de risco", o diálogo e a coordenação do cuidado do usuário caminha numa prática para a construção do vínculo e responsabilização do cuidado, de tal modo que o usuário possa ser atendido nos pontos da RAS, descaracterizando um cuidado desregrado, burocratizado e sem garantia de acesso e continuidade.

Para Franco e Merhy[57] quando o profissional utiliza o "trabalho vivo" (trabalho em ato, no seu momento de produção, criação) em contraponto a um "trabalho morto" (trabalho já realizado, já incorporado em instrumentos de trabalho) sua capacidade de acolher, estabelecer vínculo e acompanhamento de projetos terapêuticos transformam se em uma liberdade de criação e ação dialogada com o usuário, por outro lado o caminho para uma prática de "trabalho morto" desassocia a capacidade do diálogo e da liberdade que perpetue uma prática de velhas formas de agir sob novos nomes como triar e acolhimento de risco.

Estes autores exemplificam este ato com a chegada de um usuário com hipertensão arterial descompensada na unidade, e sugerem duas soluções:

a) Cuidado pautado em protocolo com solicitação de exames e medicamentos centrado no ato prescritivo, caracterizado pelo "trabalho morto"
b) Trabalho com projeto dialogado com usuário e mesmo utilizando ações do "trabalho morto" reconhece a singularidade do usuário de modo integral como parte determinante na sua condição de saúde.

Nessa perspectiva sobre o ato de triar e acolher, Carvalho e Cunha[25] posicionam-se contrários a um trabalho com arranjos que no melhor dos casos

resumem o ato de acolher a realização de triagens no modelo biomédico. Para esses autores, os serviços de saúde não mudam o processo de trabalho, embora possa aumentar o quantitativo do acesso, isso não implica na garantia de qualidade do cuidado, uma vez que o processo de tratamento “queixa-conduta” leva a uma consolidação de procedimentos técnico assistências e uma clínica degradada, diferente da pretendida.

A discussão do acolher na demanda espontânea gerou um diálogo entre os trabalhadores sobre o entendimento de que essas queixas deveriam ser atendidas apenas em pronto atendimento.

Para Merhy e Franco[56] uma questão central refere-se ao discurso da estruturação e demanda de serviços nos centros de saúde a partir exclusivamente de usuário referenciados para este equipamento. Para os autores, esta ação com o intuito de eliminar a demanda espontânea torna-se uma “doce ilusão”, e escrevem que a população continuará a procurar os serviços de saúde devido às suas necessidades, angústias e sofrimento, e não havendo um projeto para atendê-los e dar uma reposta satisfatória as suas demandas, irão procurar os PA, como rotineiramente acontece, enfraquecendo assim, a proposição da APS, e determinando e reafirmando modelagens do tipo médico-centrado para a resposta às necessidades dos usuários.

Tal proposição foi exposta nos dois grupos novamente, mesmo tentando fazer diversos rearranjos para ofertar cuidado a demanda espontânea, sentem se exauridos e preocupados pela falta do número de trabalhadores para garantir acesso e direito à saúde em suas unidades.

Diante de tantas problemáticas, Merhy e Franco[56] utilizam a metáfora da Esfinge para propor mudanças que possam auxiliar, diante de tantas faltas e em tempos de luta por um sistema em defesa da vida, para que o protagonismo dos trabalhadores se expanda e auxilie na produção de acesso com qualidade na APS, escreve ele:

> “Conta a mitologia grega que a Esfinge tenha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge ficou-se nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: ‘Qual é o animal que anda com quatro pés pela manhã, dois ao meio dia e três à tarde? ’ Édipo respondeu: ‘O homem, que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice. ’ Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta. No PSF acontece o mesmo, ou seja, o programa enxerga o problema do atual modelo assistencial: No processo de trabalho. Contudo não decifra o como no caso da esfinge, é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medico centrado, e por não saber – inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção de cuidado e cura”.

Para estes autores[56], a interpretação dos processos de trabalho em saúde é um caminho para decifrar os enigmas e impedir a ação destruidora da Esfinge, relacionada à dinâmica do capital, no caso da saúde. Para tanto há a necessidade da reorganização do processo de trabalho dos trabalhadores operando nos processos de decisão que ocorrem no ato da produção de saúde.

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento foi descrito pelos grupos como uma postura ética ocorrendo em todos os espaços e horários, uma ferramenta capaz de possibilitar o acesso com qualidade, ser formador de vínculo e permitir novos rearranjos no processo de trabalho que garanta um cuidado com responsabilidade e inclusão em contraponto a exclusão.

Os participantes elencaram como positivo e ideal possuir o Acolhimento estruturado nesses moldes, com expressões e tons de falas entusiasmadas, descreveram o processo de trabalho em suas unidades relatando o ganho que cada um possui ao utilizar essa ferramenta. Os discursos dos trabalhadores e coordenadores foram muito próximos e percorreram os temas apontando percepções e problemas com falas com resultados semelhantes.

Observou-se que os participantes falaram abertamente nos grupos, com a palavra circulando por todos os indivíduos, de tal modo que ambos os grupos percorreram o discurso convergente e pautado em um Acolhimento como uma ferramenta essencial para garantir acesso às unidades, em especial na APS, principal “porta de entrada” para o SUS, para que a possibilidade de garantia à saúde aos usuários se afirme.

No entanto, seus discursos tiveram maior força sobre as dificuldades que possuem para manter a porta aberta em meio a tantas contradições teórico-práticas vivenciadas em seu meio de trabalho. Com expressões e falas preocupadas, ora com tons emocionados, ora com lágrimas, ora com o silêncio da fala e do olhar, buscaram no discurso do grupo possíveis soluções para sua unidade.

Analisamos que o grupo foi um canal de exposição do funcionamento do acolher de cada unidade a partir das falas de cada participante, assim como um espaço de troca sobre como organizar o processo de trabalho em meio às faltas.

A falta do número adequado de trabalhadores nas unidades foi um dos problemas mais ressaltados pelos grupos, impedindo e dificultando a abertura dos vários setores das unidades, em horários mais acessíveis, assim como a garantia de ofertas programáticas e não programáticas para os usuários.

Ressaltaram a sobrecarga da equipe mediante a demanda crescente tendo como consequência o adoecimento dos trabalhadores, em especial a equipe de enfermagem, descrita em uníssono pelos dois grupos como fundamental para o processo do acolhimento à demanda espontânea.

O trabalho em equipe com foco na multidisciplinaridade foi pauta para a discussão evidenciada pelos trabalhadores, relatando problemas de apoio entre os trabalhadores da enfermagem, assim como a dificuldade, descrita por ambos os grupos, sobre a participação do médico em ser um membro da equipe que acolha e se responsabilize pelo usuário conjuntamente com o grupo de trabalho, implicando em barreiras de acesso no processo de trabalho.

Outros problemas foram somados a esses como estruturas prediais precárias, tamanho da população sob responsabilidade das equipes maiores que as preconizadas pelo Ministério da Saúde; transformação em uma visão restrita ou “simplista” do Acolhimento em setores com horários definidos.

A discussão sobre triar, classificação de risco e acolher vieram à tona como um arrocho para alguma garantia de acesso em meio às faltas, no entanto observamos velhas práticas sendo utilizadas como novas, evidenciando um trabalho do tipo “queixa-conduta” e médico-centrado. No mesmo sentido, a discussão entre o que são queixas de Pronto Atendimento versus centro de saúde veio à tona mediante o grande número de usuários que procura por consulta médica imediata.

Apostamos na Ambiência para um processo de trabalho que responsabilize os diversos atores presentes na construção de um acolhimento que priorize sua concepção teórica como busca para sua prática, num trabalho ético, responsável, em equipe, com vínculo e resolutivo, e lembramos que a prática do Acolhimento remete a uma constante remodelação a ser realizada por esses atores.

Por outro lado, se há uma defasagem no dimensionamento de pessoal, com estruturas prediais precárias, imersas em um tamanho da população maior que a preconizada para cada unidade de saúde, com restrições na educação permanente, implicando numa prática de trabalho médico centrado, do tipo “queixa-conduta”, questionamos que tipo de acesso está sendo oferecido à população de Campinas administrado pelos governantes? Com qual qualidade? Qual o objetivo deste acesso?

Garante-se um acesso universal com equidade, integralidade ou só a porta está aberta, em alguns horários e com trabalhadores e gestores sobrecarregados ou doentes?

Pretendemos dar continuidade com os grupos sobre a prática do Acolhimento para que possamos traçar estratégias de como qualifica-lo, além de discutir com gestão local e central sobre o retrato do acolher nos centros de saúde e a necessidade do trabalho para efetivá-lo de fato com a qualidade merecida.

O SUS é a garantia do direito universal a saúde no Brasil, sua conquista emoldurada na constituição é uma vitória e um avanço para um país em que a desigualdade econômica e social é presente. Sua luta para mantê-lo é viva e percorre todos os espaços, temos naqueles que prestam o cuidado aos usuários como representantes para esta garantia e apostamos no seu protagonismo para efetivar, continuar e lutar pela sua melhoria.

Concordamos que há uma necessidade de qualificar a APS na figura dos centros de saúde em Campinas através de um financiamento adequado para um serviço público e de qualidade, para proporcionar educação permanente ao trabalhadores; recurso humano favorável; espaço de diálogo nos espaços legais entre trabalhador, usuário e gestão; estrutura predial adequada, tamanho de população correta para cada unidade, e um trabalho pautado na prevenção e promoção à saúde que cause um impacto positivo nos indicadores de saúde e diminuição de gastos desnecessários como descrevemos em nossa linha teórica.

Nesse mesmo caminho, compreendemos que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”[14] quais políticas sociais e econômicas estão sendo garantidas para que esse sistema dê atenção e respostas adequadas às necessidades de sua população?

Consideramos ter alcançado o objetivo do trabalho ao evidenciar a percepção do processo de trabalho no Acolhimento a demanda espontânea pelos dois grupos, elencando sua estruturação, evidenciando tantos pontos positivos quantos negativos, ressaltando desejos e angústias para qualificar esse processo.

Entendemos que a APS é a principal porta de entrada do usuário ao SUS, ao direito à saúde, à vida, seu funcionamento é vital para a consolidação do SUS e na

condição de saúde do povo brasileiro. Para tanto seu acesso é influenciado pelo modo de acolher nas unidades de saúde, nesse sentido, sua influência pode atingir tanto positivamente, quanto negativamente sobre o direito que está escrito na constituição, portanto, consideramos o ato de acolher como uma peça estratégica para consolidação do SUS, acesso e de garantias, reforçamos ainda que temos que ocupar os espaços legais para discutir, defender e qualificar esse sistema para oferecer condições adequadas para que a lei e o direito humano à saúde sejam de fato acessíveis a todos e ressaltado aos que mais necessitam.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O SUS em perspectiva. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p.559-90.
2. Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ed.UNESCO. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Giovanella L, Lobato LVC. Sistema de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014. p. 89-120.
5. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol. Inst. Saúde. 2010; 12 (2): 109 – 14.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF); 2011.
7. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC, Silva RM. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p.845-902.
8. Mendes EV. Entrevista – O SUS e a Atenção Primária à Saúde. Rev. APS. 2005; 8(2):218-19.
9. Fleury S. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre instituinte e instituído. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(3):743-752.
10. Merhy EE, Cecílio LCO. Planejamento e gestão dos serviços em defesa da vida - Textos. 1ª Ed. São Paulo: CEFOR; 1992.
11. Aith F. O direito Sanitário no Brasil. In: Santos L, Souza AE, Medici A, Souza CA, Covas DT, Aith F. et al. Direito da Saúde no Brasil. Campinas: Saberes; 2010. p. 183-238.
12. Bobbio N. A Era dos Direitos. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
13. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/FIOCRUZ, 2008.

14. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
16. Campos GWS. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia possível: O SUS em questão?. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2):301-06.
17. Cebes.[internet]. Rio de Janeiro; c2016 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em:http://cebes.org.br/2016/07/pec-24116-uma-afronta-a-saude-aos-direitos-sociais-e-a-constituicao/.
18. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)[internet]. Rio de Janeiro; c2016 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-abrasco-contra-a-pec-241-em-defesa-do-sus-dos-direitos-sociais-e-da-democracia/20711/.
19. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) [internet]. Rio de Janeiro c2016; [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-divulga-carta-sobre-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida.
20. World Federation of Public Health Associations (WFPHA) [internet]. Geneva c2016. [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.wfpha.org/images/Letter__Brazil_government_WFPHA_2017.pdf;
21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde(CONASS) [internet]. Brasília c2016; [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.conass.org.br/pec-n-24116-e-aprovada-em-2o-turno-na-camara-dos-deputados-confira/.
22. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) [internet]. Brasília c2016[acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-lancam-manifesto-contra-pec-55_47512.html.
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) [internet]. Brasília c2016; [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf.

24. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da União 14 out 2011; Seção 1.
25. Carvalho SR; Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. “In”: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p.903-34.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2013.
27. Ministério da Saúde (BR),Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Brasília (DF); 2016.
28. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3):3615-3624.
29. Marx K. O Capital. São Paulo: Difel; 1994.
30. Gonçalves RBM. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR;1992.
31. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2016. P.39-78.
32. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2017 [Acesso em Mar17] Disponível em:http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html.
33. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995.
34. Adams P, Mylander M. A Terapia do Amor. Rio de Janeiro: Mondrian; 2002.
35. Carvalho SR. Saúde Coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudança. Hucitec. 2005.
36. World Health Organization. Primary Health Care. Genebra: World Health Organization; 1978.

37. Campos GWS; Gutierrez, AC; Guerrero, AV; Cunha, GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS; Guerrero AVP; Cosser A; Massuda A; et al .Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.
38. Franco TB; Bueno WS; Merhy, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 1999; 15(02), 345-53.
39. Denzin NK, Lincoln, YS. O planejamento da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2006.
40. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.
41. Prefeitura Municipal de Campinas. Dados do município [Internet].Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2017 [Acesso em Maio2017] Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do municipio/cidade/.
42. Prefeitura Municipal de Campinas. SUS em Campinas [Internet].Campinas: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; 2017 [Acesso em Maio2017] Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/.
43. Trad LA. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis; 2009. 19(3): 777-96.
44. Westphal MF, Bógus CM & Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá 1996; 120 (6): 472-482.
45. Miranda L, Ferrre AL, Figueiredo MD, Onocko Campos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos RT, FurtadoJP, Passos E, Benevides, R. (Org.) Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1ed.São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008, v. 1, p. 249-77.
46. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Rev Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação. 2002; 12(24): 149-62.
47. Costa GS. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. Rev intercâmbio. 2012, 5(25), p.153-72.

48. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

49. Duque-Arrazola LS, Thiollent MJ. João Bosco Guedes Pinto: Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação. 1ªed. Belém: UFPA; 2014.
50. Takemoto MLS; Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 331-40.
51. Merhy EE; Franco T. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde On-Line, [internet]; 1996 [acesso em 04 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf.
52. Antunes MJM, Egry EY. O Programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. Rev Brasileira de Enfermagem.2001. 54(1): 98-107.
53. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de se (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(13): 16-29.
54. UFF [internet]. c2007-18 [acesso em 04 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos29.pdf Acesso em 03 de janeiro de 2018.
55. Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
56. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.55-124.
57. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. Brasília: 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ROTEIRO COORDENADORES

1. Qual objetivo do Acolhimento?
2. Como tem sido estruturar o processo de trabalho, coordenar a unidade e organizar o acesso?
3. Quais os pontos positivos do Acolhimento?
4. Quais os pontos negativos do Acolhimento?
5. Existem queixas dos trabalhadores sobre o Acolhimento? Se sim, quais?

APÊNDICE II - ROTEIRO TRABALHADORES DE SAÚDE

1. Qual objetivo do Acolhimento?
2. Como tem sido acolher em sua unidade? Explique.
3. Como está estruturado o processo de trabalho para acolher em sua unidade?
4. Como as pessoas se se sentem fazendo Acolhimento? Explique.
5. Quais os pontos positivos do Acolhimento?
6. Quais os pontos negativos do Acolhimento?
7. Existem queixas de seus colegas sobre o Acolhimento? Se sim, quais? Quais os sentimentos sobre isso?
8. Existem queixas dos usuários sobre o Acolhimento? Se sim, quais? Quais os sentimentos sobre isso?

APÊNDICE III. CHECK-LIST I

1. Dois gravadores;
2. Um roteiro de perguntas profissional de saúde;
3. Um roteiro de perguntas gestores;
4. Termo de Consentimento livre e esclarecido – quarenta unidades;
5. Identificação numérica das cadeiras e nominal para observador, mediador e agente administrativo;
6. Lanche, água e suco.

APÊNDICE IV. CHECK LIST II

1. Disponibilizar treze cadeiras (identificadas numericamente) em círculo;
2. Disponibilizar uma mesa para alimentos e bebidas;
3. Disponibilizar duas cadeiras, uma em cada ponta, para os gravadores;
4. Na porta da entrada disponibilizar o TCLE;
5. Observador explica sobre o grupo focal, os objetivos da pesquisa e reforça novamente sobre os termos do TCLE;
6. Mediador inicia a condução do grupo.

APÊNDICE V. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: DESAFIOS PARA UM ACESSO INTEGRAL
Pesquisador: Edson Pavarini Filho
Orientadora: Prof. Dr². Eliete Maria Silva
Número do CAAE: 62782116.9.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O Acolhimento é uma importante ferramenta de garantia de cuidado à população aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde(APS), através dele podemos proporcionar a resolução ou diminuição de uma grande maioria dos problemas e danos à saúde, de modo ético, humanizador ao possibilitar com que seus atores sejam ouvidos, propiciando o fortalecimento do vinculo e continuidade de seu cuidado o que transforma o ato de acolher em um papel fundamental para a efetivação da APS como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Para tanto, expor um trabalho que explora o Acolhimento realizado pelas equipes de saúde da família nos permite descrever o modo singular como cada unidade oferta o acolhimento, assim como entender suas dificuldades, elencar experiências exitosas, e realizar uma reflexão que apoie boas práticas no ato de acolher os usuários.

Procedimentos:

Ao participar deste estudo você fará parte de dois grupos focais com um período de 90 minutos a serem realizados em dois momentos. Participarão 10 profissionais de saúde que trabalham nos centros de saúde da cidade de Campinas para discutir sobre o tema Acolhimento, esta discussão será realizada através de um mediador que norteará o debate. Serão utilizados gravadores de áudio durante os grupos focais de tal modo que o áudio utilizado será descartado após a avaliação exaustiva pelo pesquisador.

Desconfortos e riscos:

A participação na pesquisa não é obrigatória;
Não haverá qualquer tipo de prejuízo, caso não concorde em participar da pesquisa;
Poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, caso assim deseje;
Informamos que esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

Este estudo traz a possibilidade para uma auto reflexão sobre a prática do Acolhimento, assim como discutir, aprender, reorganizar e qualificar este ato em seu serviço de saúde.

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, porém sua participação neste estudo traz a possibilidade para uma auto reflexão sobre a prática do Acolhimento, assim como discutir, aprender, reorganizar e qualificar este ato em seu serviço de saúde.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, assim como nas gravações a serem realizadas.

Ressarcimento e Indenização:

Informamos que os grupos focais poderão ser realizados durante o horário de trabalho com a autorização da chefia imediata, não havendo, portanto, nenhum prejuízo financeiro para os participantes.

Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Edson Pavarini Filho, telefone (19)981917913, edsonpavarinifilho@yahoo.com.br, Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126 - Barão Geraldo - Departamento de Saúde Coletiva-FCM-Unicamp CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil. Eliete Maria Silva, telefone (19)997249137, e-mail: elietemariasilva22@gmail.com Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126 - Barão Geraldo - Faculdade de Enfermagem s - Unicamp CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/_____/_____.
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/_____/_____.
(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____

ANEXOS

ANEXO I. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNICAMP - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: DESAFIOS PARA UM ACESSO INTEGRAL.
Pesquisador: EDSON PAVARINI FILHO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 62782116.9.0000.5404
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.905.625

Apresentação do Projeto:
Resumo:
O acolhimento é a porta de entrada para o usuário na Atenção Primária a Saúde (APS), uma importante ferramenta organizacional de fluxo das unidades e pilar para a construção do cuidado a sua população. É através deste instrumento de acesso que possibilita o atendimento a demanda espontânea nas unidades na APS. Entretanto, diante de diversos fatores como o subfinanciamento, falta de estrutura, profissionais e educação permanente predispõem barreiras e produzem um hiato entre a teoria e prática. Portanto, este trabalho possui por objetivo compreender e identificar
o processo de trabalho no acolhimento nos centros de saúde da cidade de Campinas-SP. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participativa utilizando-se da técnica de Grupo Focal como método para coleta de dados primários que abordará profissionais da saúde e coordenadores de Centros de Saúde de Campinas. Espera-se com este trabalho descrever o modo singular como cada unidade oferta o acolhimento, assim como entender suas dificuldades, elencar experiências exitosas, e realizar uma reflexão que apoie boas práticas no ato de acolher os usuários.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Compreender o processo de trabalho do acolhimento à demanda espontânea nos Centros de Saúde de Campinas.

Objetivo Secundário:

1. Compreender a concepção de acolhimento dos profissionais.
2. Elencar as experiências exitosas do acolhimento à demanda espontânea nos centros de saúde de Campinas;
3. Identificar e compreender os principais desafios do acolhimento à demanda espontânea nos Centros de Saúde de Campinas;
4. Sugerir propostas para aprimorar o processo de trabalho na demanda espontânea nos Centros de Saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- A participação na pesquisa não é obrigatória;
- Não haverá qualquer tipo de prejuízo, caso não concorde em participar da pesquisa;
- Poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, caso assim deseje;
- Informamos que poderá ser um possível desconforto o tempo estimado de noventa minutos para a discussão em grupo;
- Informamos que esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

- Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, porém sua participação neste estudo traz a possibilidade para uma auto reflexão sobre a prática do Acolhimento, assim como discutir, aprender, reorganizar e qualificar este ato em seu serviço de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participativa utilizando-se da técnica de Grupo Focal. Irão participar 20 indivíduos > de 18 anos de idade profissionais da saúde e gestores de centros de saúde da cidade de Campinas, os mesmos serão divididos em dois grupos de 10 participantes cada: Grupo de trabalhadores da saúde e Grupo de Coordenadores de Centros de Saúde.

A pesquisa será realizada em 4 sessões e as discussões serão gravadas. Após as gravações as falas serão analisadas e após esta avaliação, será desenvolvida uma narrativa sobre a argumentação realizada e no segundo grupo será realizada sua leitura que disparará discussões sobre a visão do objeto de estudo descrito no primeiro grupo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: devidamente preenchida e assinada;
2. Projeto detalhado:adequado;
3. Vinculo com a instituição:adequado;
4. Cronograma:adequado;
5. Orçamento: adequado;
6. TCLE: adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825827.pdf	06/12/2016 23:28:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	06/12/2016 23:25:01	EDSON PAVARINI FILHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.pdf	06/12/2016 23:24:33	EDSON PAVARINI FILHO	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	06/12/2016 18:55:08	EDSON PAVARINI FILHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/12/2016 17:59:37	EDSON PAVARINI FILHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosecretario.pdf	04/12/2016 17:55:35	EDSON PAVARINI FILHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/12/2016 17:51:29	EDSON PAVARINI FILHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 02 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO II. AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

SUS

AUTORIZAÇÃO
078/2016

Autorizo a realização da pesquisa intitulada **"ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: DESAFIOS PARA UM ACESSO INTEGRAL"** que tem como objetivo compreender o processo de trabalho do acolhimento à demanda espontânea nos Centros de Saúde.

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, junto a coordenadores e profissionais que atuam em Centros de Saúde do município de Campinas, sob a orientação da Professora Doutora Eliete Maria Silva.

Campinas, 21 de novembro de 2016

Cármino Antonio de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 125.344-1
CPF: 723.931.818-49

Av. Aquidabã, 505 – 4° Andar – Centro – Campinas/SP – CEP 13015-900
Fone / Fax: (19) 3232-8415 E-mail: saude.cets@campinas.sp.gov.br / cets.smscampinas@gmail.com