



**Universidade
Estadual de Londrina**

SONIA REGINA NERY

**O ACOLHIMENTO NO COTIDIANO DOS
PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM LONDRINA-PR**

LONDRINA-PARANÁ

2006

SONIA REGINA NERY

**O ACOLHIMENTO NO COTIDIANO DOS
PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Regina Melchior

Co-orientadora: Prof^a Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

LONDRINA-PARANÁ

2006

SONIA REGINA NERY

**O ACOLHIMENTO NO COTIDIANO DOS
PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM LONDRINA- PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª Dra. Regina Melchior

Co-orientadora: Profª Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Dra. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina

Profª Dra. Mara Lúcia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina

Profª Dra. Regina Kazue Tanno de Souza
Pontifícia Universidade Católica - PUC Paraná.
Campus Maringá

Londrina, 23 de fevereiro de 2006.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antonio e Alzira, pelo amor sempre presente, pelo apoio incondicional, incentivo, confiança e por acreditarem em meu potencial.

Aos meus irmãos, Juliana e Carlos, pelos intensos laços de afeto que nos unem.

Ao Djalma, meu companheiro, escolha de meu coração, por compreender minhas ausências e pelo carinho, atenção e cuidado, suportes que me ajudam a superar os desafios.

AGRADECIMENTOS

A uma força superior, que nos ampara e que me permitiu chegar até aqui e prosseguir na caminhada.

À Prof^a Dra. Regina Melchior, pela orientação do trabalho, mesmo nos momentos difíceis e delicados que juntas vivenciamos.

À Prof^a Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, pela competência, disponibilidade, atenção, paciência, reconhecimento de meus limites e valorização de minhas potencialidades. Agradeço por acreditar em mim.

À Prof^a Dra. Mara Lúcia Garanhani, pelo apoio, respeito e carinho e pelas inestimáveis contribuições no aprimoramento deste estudo.

À Prof^a Dra. Regina Kazue Tanno de Souza, que dividiu comigo os seus conhecimentos no início de minha vida profissional, exemplo de referência no exercício de minha prática nos serviços de saúde. Agradeço também pelas valiosas sugestões que tornaram possível a concretização desta dissertação.

À CAPES, pelo incentivo na realização do curso e suporte ao meu aperfeiçoamento profissional.

A todos os professores e funcionários do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pela acolhida e por tornar possível meu sonho que ora se transforma em realidade.

Aos funcionários da biblioteca da Universidade Estadual de Londrina e à Sueli, bibliotecária da Secretaria Municipal de Saúde, pela atenção e solicitude às minhas necessidades no processo de busca.

Aos colegas de curso de mestrado, em especial à Fátima e Lucimar, pelo companheirismo nos momentos de angústia e de conquista, de dificuldades e de vitória, enfim, pela partilha durante toda esta trajetória.

À Secretaria Municipal de Saúde, pelo incentivo e por propiciar condições para a realização deste curso.

A minha amiga e companheira de trabalho, Brígida Gimenez Carvalho, sempre próxima e atenta às necessidades que se fizeram presentes não apenas em minha caminhada acadêmica, mas no campo profissional e pessoal.

Às colegas Débora, Fátima, Flávia, Marilda, Maria Luiza, Mara, Raquel, Rosângela Libanori, Simone e Vânia, pela valiosa colaboração e incentivo durante todo o curso. Vocês são parte importante desta conquista.

Às colegas do grupo de pesquisa, Ariadne, Bárbara, Brígida, Elizângela, Fátima, Jossiane, Regina, Roseli e Rossana, por dividirem comigo as inquietações e as descobertas que permearam o estudo realizado.

Aos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos, sujeitos do universo de amostra desta pesquisa e companheiros no acolhimento aos usuários das Unidades de Saúde da Família do município de Londrina.

À Juliana, mana querida, pela contribuição na formatação e digitação deste trabalho e pelos sonhos que juntas partilhamos.

Enfim, a todas as pessoas que passam em nossas vidas e não nos deixam sós, porque deixam um pouco de si e levam um pouquinho de nós.

“Não faças do amanhã o sinônimo do nunca, nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais. Teus passos ficaram. Olhes para trás. Mas vá em frente, pois há muitos que precisam que chegues para poderem seguir-te.”

(Charles Chaplin)

NERY, Sonia Regina. O Acolhimento no Cotidiano dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina- Paraná. 2006. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

Analisa-se o acolhimento no cotidiano do trabalho de profissionais que atuam em três unidades de saúde da família no município de Londrina, Paraná. Adotou-se a pesquisa qualitativa e os dados foram coletados utilizando-se a técnica de grupo focal. Os sujeitos que compõem o universo desta pesquisa foram 12 agentes comunitários de saúde, nove auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiras e seis médicos, num total de 32 profissionais. A análise de conteúdo possibilitou a definição de duas categorias temáticas: o acolhimento e o modelo predominante de atenção em saúde e a organização e os métodos de trabalho. Na primeira categoria, analisou-se a escuta, a construção da autonomia do usuário, a responsabilização e a resolutividade pelo trabalhador dos problemas/necessidades de saúde do usuário e comunidade. Na segunda categoria, destacam-se as facilidades e dificuldades relacionadas à organização da demanda, à atenção domiciliar e ao trabalho em equipe. A escuta foi considerada um elemento importante na acolhida, mas não ocorre de forma plena. A promoção da autonomia do usuário encontra-se relacionada à transmissão de informações, não se concretizando a perspectiva de ampliar a compreensão das pessoas sobre o processo de adoecer e seu autocuidado. A resolutividade depende do acolhimento e responsabilização clínica e sanitária dos profissionais no desenvolvimento de ações envolvendo o coletivo da equipe de saúde da família e demais serviços de saúde. A estratégia saúde da família levou ao aumento da demanda espontânea nas unidades e não se conseguiu ainda compatibilizar esta demanda com as atividades programáticas. Quanto à atenção domiciliar, a visita propiciou maior conhecimento dos problemas de saúde do território/famílias, mas esta atividade não foi incorporada por todos os profissionais. O trabalho em equipe foi considerado como um processo que está em construção, demandando novas práticas em saúde, visando superar a fragmentação no cotidiano do trabalho. A educação permanente apresenta-se como possibilidade para que os diferentes atores sociais envolvidos no processo de atenção em saúde questionem sua própria maneira de agir na atenção individual e ou coletiva. Assim, o acolhimento constitui um importante elemento no atendimento às necessidades de saúde das pessoas, mas na realidade analisada ainda não ocorre de forma plena, tendo como referência o modelo de atenção voltado à integralidade das ações em saúde.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; avaliação dos serviços; acolhimento, pesquisa qualitativa

NERY, Sonia Regina. **The welcomeness in the Daily Life of the Professionals at the Family Health Centers in Londrina, Paraná.** 2006. Dissertation. (Master's Degree in Public Health) – State University of Londrina.

ABSTRACT

This study analyzes the welcomeness in the daily life of professionals who work at three family health centers in the city of Londrina, Paraná. In view of the nature of the object of study, the qualitative research method was adopted and data were collected using the focal group technique. The sample of this research consisted of twelve community health agents, nine nurse aids, five nurses and six doctors, adding up to 32 professionals. The content analysis made possible the definition of the two theme categories: welcomeness and the predominant model of care in health as well as organization and methods of work. In the first one, hearing, the construction of the user's autonomy, the responsibility and resoluteness by the worker regarding the health problem and/or needs of both users and community were considered. In the second one, both readiness and difficulties regarding the organization of demand, homecare and team work were discussed. Hearing was considered an important element when it come to wellcomeness, but it doesn't occur in depth. The promotion of the users' autonomy is related to information transfer, thus this perspective of broadening people's understanding on the process of falling ill and its self-care is not fulfilled. Resoluteness depends on the welcomeness as well as on the clinic and sanitary responsibility of such professionals regarding the development of actions comprising the whole family health staff and related health services. The family health strategy resulted in the increase of demand at the centers in a spontaneous way and so far it has not been possible to compromise such a demand with programmed activities. Now concerning homecare, the visitation provided a deeper knowledge of a health problems afflicting families and the town itself, but this activity was not incorporated by all the professionals, however. Team work was considered as a process which is under way, requiring new practices in the health domain, aiming at overcoming the fragmentation in the every day work. Constant education presents as a possibility so as the many social members involved in the process of attention on health argue their own way of acting concerning individual or collective care. Thus, wellcomeness constitutes an important element in the attendance to the necessities of health of the people, but in the analyzed reality it still does not occur of full form, having as reference the health model of attention directed to the integrality of the actions in health.

Key-words: Family Health Program; evaluation of services; welcomeness, qualitative research

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Serviços hospitalares que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR.....	38
Figura 02 – Serviços ambulatoriais que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR.....	39
Figura 03 – Distribuição de Recursos Humanos das USF, segundo número e categoria profissional, Londrina, 2005.....	44
Figura 04 – Características das USF, segundo data de inauguração, horário de funcionamento, população, número de famílias e número de equipes de saúde da família de Londrina – PR.....	46
Figura 05 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	50

LISTA DE SIGLAS

AMEPAR	Associação dos Municípios do Médio Paranapanema
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema
CAPS	Centro de Apoio Psico-social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DAS	Diretoria de Ações em Saúde
DRH	Diretoria de Recursos Humanos
E	Enfermeira
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERHUS	Gerência de Recursos Humanos em Saúde
GIS	Gerência de Informações em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
M	Médico
NAPSCA	Núcleo de Apoio Psico-social à Criança e Adolescente
NOB	Norma Operacional Básica
NV	Nascidos Vivos
PAI	Pronto Atendimento Infantil
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIATE	Serviço Integrado de Atenção ao Trauma e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
US	Unidade de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

VD Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO ADOTADO E O CONTEXTO DO ESTUDO	17
1.1 EXPLORANDO O TEMA ACOLHIMENTO.....	17
1.2 O MODELO ASSISTENCIAL E O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS PRÁTICAS.....	19
1.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	27
1.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE LONDRINA.....	29
1.5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	31
CAPÍTULO II - OBJETIVOS	41
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	42
3.1 OBJETO DE ESTUDO E A PESQUISA QUALITATIVA	42
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	43
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	47
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	52
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 ACOLHIMENTO E O MODELO PREDOMINANTE DE ATENÇÃO EM SAÚDE	55
4.1.1 A escuta como componente do acolhimento	57
4.1.2 O acolhimento e a promoção da autonomia no usuário	65
4.1.3 O acolhimento, a responsabilização e a resolutividade no atendimento ao usuário	69
4.2 ACOLHIMENTO: A ORGANIZAÇÃO E OS MÉTODOS DE TRABALHO	77
4.2.1 A organização da demanda	78
4.2.2 Atenção domiciliar	84

4.2.3 O trabalho em equipe.....	89
CAPÍTULO V- CONCLUSÕES	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES	112
APÊNDICE 1 – SOLICITAÇÃO À SMS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	113
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	115
APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL	117
ANEXOS	119
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	120
ANEXO 2 –TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA INICIAL	122
ANEXO 3 –TERMO DE APROVAÇÃO DO SUBPROJETO	124

APRESENTAÇÃO

Este estudo decorre de minha trajetória acadêmica e profissional, após o término do curso de Habilitação em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e na atuação como enfermeira coordenadora de unidade de saúde dos municípios de Cambé e de Londrina, na qualidade de gerência no Consórcio Intermunicipal Médio Paranapanema (CISMEPAR), além do exercício de docência no Departamento de Saúde Coletiva da UEL, por um período de dois anos e meio. A partir de 2001, venho atuando na função de gerência da Diretoria de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em Londrina, cuja atenção está voltada às unidades de saúde da família (USF).

Estas experiências propiciaram que eu acompanhasse importantes transformações ocorridas na construção do serviço municipal de saúde do município de Londrina, avanços, retrocessos, dificuldades e desafios impostos aos profissionais que atuam nesta área.

Ao longo de toda esta caminhada, muitas inquietações puderam ser sentidas em relação à compreensão do modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere aos cuidados que devem ser dispensados aos usuários que buscam atenção à sua saúde e cujos direitos encontram-se garantidos na Constituição Federal de 1988.

Nestes vários períodos de busca por consolidação dos princípios do SUS, em 2001, o município de Londrina passou a utilizar a estratégia saúde da família (ESF) para contribuir na transformação do modelo assistencial vigente

naquele momento, no qual procurou-se preservar aspectos positivos da atual organização dos serviços de saúde e a incorporação de novas práticas sanitárias.

Decorridos dois anos da implantação da ESF, sentiu-se a necessidade de avaliar o processo que estava sendo vivenciado na esfera municipal. Foi, então, solicitado, pela DAS, aos docentes do departamento de Saúde Coletiva da UEL, a elaboração e execução, em conjunto, de um projeto de pesquisa de avaliação que denominou-se “Reorganização das práticas sanitárias no Sistema Municipal de Saúde: a Estratégia Saúde da família - um retrato do processo.”

Em novembro de 2003, enquanto pesquisadora, como integrante da equipe de pesquisa, e tendo sido aprovada na seleção para o Mestrado em Saúde Coletiva da UEL optei por realizar um desdobramento da pesquisa maior, tendo em vista a relevância da análise no sentido de buscar subsídios para as inquietações que permeiam o universo da minha atuação.

A pergunta que permitiu direcionar o trabalho foi assim formulada: Como o acolhimento acontece no cotidiano da USF, por parte dos trabalhadores em saúde, em relação à atenção ofertada ao usuário e comunidade? Como premissa inicial sobre o qual se amparou o estudo, deve-se enfatizar a possibilidade de que o acolhimento ao usuário seria o primeiro passo para estabelecer vínculos e responsabilização, podendo propiciar o alcance da resolutividade nas diferentes situações vivenciadas pelos usuários na prestação de assistência em saúde.

Este estudo encontra-se distribuído em cinco capítulos. Na tentativa de trazer contribuições a este questionamento, o capítulo um aborda o referencial teórico adotado com a exploração no tema acolhimento, relacionado ao modelo assistencial e o trabalho em saúde e suas práticas. Apresenta-se, também, a caracterização do município de Londrina e a evolução de seu sistema de saúde.

O Capítulo 2 traça os objetivos propostos para o trabalho, buscando estruturar, de forma ordenada, os passos da pesquisa. O Capítulo 3 enfoca os procedimentos metodológicos que orientaram o presente estudo, com uma abordagem qualitativa

No Capítulo 4, apresentam-se os resultados da pesquisa realizada com agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem pertencentes a três unidades de saúde do município de Londrina, bem como as discussões resultantes da análise de conteúdo dos dados obtidos.

No Capítulo 5 são tecidas as conclusões referentes ao estudo realizado e nas considerações finais são apresentadas as reflexões acerca das práticas presentes no cotidiano dos sujeitos da pesquisa, sinalizando para a educação permanente como possibilidade de contribuir no enfrentamento dos problemas vivenciados pelos profissionais de saúde na unidade saúde da família.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO ADOTADO E O CONTEXTO DO ESTUDO

1.1 EXPLORANDO O TEMA ACOLHIMENTO

Estudar o acolhimento nas USF apresenta-se como importante estratégia na consolidação do SUS, pois remete a reflexões a respeito das relações no cotidiano do trabalho em saúde, no compromisso com a demanda dos serviços de saúde em determinado território e com a realidade sanitária na qual vivem as pessoas.

Para Ferreira (1999), a palavra acolhimento significa:

O ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. Acolher significa dar acolhida ou agasalho a. Dar acolhida a; receber. Atender; receber. Dar crédito a, dar ouvidos a. Admitir; aceitar. Tomar em consideração; atender. Abrigar, agasalar. Agasalar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se. Refugiar-se; amparar-se (FERREIRA, 1999, p. 38).

No entanto, o acolhimento não se limita à recepção dos serviços de saúde e Malta et al. (2000) assinalam a importância do acolhimento ocorrer em todos os locais e momentos em uma unidade de saúde.

Franco e Merhy (2003) apresentam o acolhimento como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a

todos os usuários que dela necessitam, possibilitando um novo formato na organização da assistência, a partir da reorganização dos processos de trabalho.

Acolhimento é assim para Merhy (1994, p. 138): "uma relação humanizada acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam."

O acolhimento como diretriz operacional, busca inverter a lógica da organização e do funcionamento dos serviços de saúde e que seja organizado de forma usuário-centrado. Franco, Bueno e Merhy (1999) apresentam os seguintes princípios:

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

Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque do seu eixo central, o médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347).

Para Matumoto (1998), em seu estudo da rede básica de serviços de saúde e seus componentes:

O acolhimento desperta uma necessidade de olhar para como estão organizados os serviços de saúde e seu modelo de assistência. Ao mesmo tempo, nos estimula a repensar atitudes para mudar este panorama (MATUMOTO, 1998, p. 202).

Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento se refere à:

[...] recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004b, p.41).

O acolhimento se apresenta com possibilidade para reorganização

dos serviços de saúde, no sentido de garantia dos princípios doutrinários do SUS de acesso universal, equânime e integral.

Desta forma, depreende-se que o ato de acolher envolve o acesso aos serviços, a escuta, a responsabilização e a resolução dos problemas de saúde.

1.2 O MODELO ASSISTENCIAL, O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS PRÁTICAS

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados posteriormente ao SUS reforçando que era preciso mudar o sistema de saúde e torná-lo mais eficiente, efetivo e disponível a toda população.

Em outubro de 1988, a Constituição Federal foi promulgada e o SUS finalmente instituído. Estavam, deste modo, consagradas as propostas da Reforma Sanitária, movimento desencadeado no final dos anos 70. Os seus princípios doutrinários são: a universalidade, a equidade e a integralidade. Os princípios organizativos são: regionalização, hierarquização, descentralização, comando único, a participação popular e complementaridade do setor privado (BRASIL, 2001).

Demarca-se então, legalmente, um novo modelo de atenção à saúde, em substituição ao existente, até então voltado para a dicotomia entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. Antes do SUS, o direito de acesso aos serviços era assegurado apenas para os trabalhadores vinculados ao

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com a universalização, a saúde passa a ser um direito de cidadania e cabe ao Estado assegurá-lo, sendo assim o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas (BRASIL, 2001).

O princípio da equidade busca diminuir as desigualdades. Mesmo todos tendo direito aos serviços de saúde, as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes. Deste modo, os serviços devem se organizar para atender as reais necessidades da população (BRASIL, 2001).

A integralidade busca considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação. Logo, deve-se se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Para Mattos (2001):

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2001, p. 57).

Os princípios da regionalização e a hierarquização orientam para que os serviços de saúde sejam organizados em níveis de complexidade, com área geográfica determinada, planejados segundo critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, com vistas a garantir o acesso necessário, considerando a complexidade requerida para cada caso (BRASIL, 2001).

A descentralização é uma forma de organização que permite aos municípios a gestão do sistema de saúde local, por meio da promoção de ações de saúde diretamente voltadas para seus cidadãos. Este comando único considera que cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, sendo assim a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo Ministério da Saúde, nos estados pelas secretarias estaduais de saúde e nos municípios pelas secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2001).

A participação popular está garantida no SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. A complementaridade do setor privado pode ocorrer, caso o setor público se mostre sem condições de atender a demanda programada e devem ter prioridade de contratação as entidades não-lucrativas ou filantrópicas (BRASIL, 2001).

Neste cenário, os municípios assumem a gestão do SUS e para tanto exige-se a utilização de estratégias planejadas para dar respostas às necessidades assistenciais legítimas dos usuários.

Mendes (1999) considera o SUS como um processo social em construção, que não começou ontem e nem termina hoje. As mudanças são lentas em ambientes democráticos e o SUS deve ser apreendido na sua complexidade, considerando as dimensões política, ideológica e tecnológica.

Na dimensão política, sua construção acontece em ambientes constituídos por cenários e sujeitos diversificados, e na dimensão tecnológica exige a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas apropriadas para sua implementação.

O SUS possui também dimensão ideológica, pois parte da necessidade de transitar de um modelo da atenção médica para um modelo de atenção à saúde com concepção ampliada do processo saúde-doença.

Entende-se por modelos assistenciais as combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 1999).

O sistema de saúde no Brasil convive sob a lógica de dois modelos assistenciais complementares: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo sanitarista. O primeiro volta-se para a demanda espontânea sob a forma de atenção individual e curativa, privilegiando a assistência médico-hospitalar, e enquanto o segundo enfrenta problemas de saúde pública por meio da realização de campanhas pontuais, programas especiais centralizados e ações de vigilância epidemiológica e sanitária desarticuladas (PAIM, 1999).

Essa composição tem-se mostrado insuficiente para alterar os níveis de saúde da população pois não enfatiza a integralidade da atenção. Desta maneira, a partir da década de oitenta são desencadeados esforços na construção de modelos assistenciais alternativos, voltados para uma nova prática sanitária, que visam articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no âmbito individual e no coletivo por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico) e de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária) (PAIM, 1999).

Para Mendes (1999), a prática sanitária é reconhecida a partir da

forma como a sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde.

No conceito de ser saudável tomado como ausência de doença, em sua dimensão individual e biológica, os serviços organizaram respostas sob a forma da prática da atenção médica clínica, estruturado pelo paradigma flexneriano, privilegiando os aspectos curativos. A prática da atenção médica objetiva ofertar à população a maior quantidade possível de serviços médicos, com a utilização crescente de tecnologias (MENDES, 1999).

No entanto, com a compreensão diferenciada do processo saúde-doença, que ultrapassa a dimensão do normal ou patológico do corpo humano, é possível, segundo Gonçalves (1994), relacionar o estado de saúde das pessoas ao “modo de andar a vida”. Logo, estar saudável seria determinado socialmente, considerando o modo com o homem se insere ou pode se inserir no processo de produção social.

Com esse entendimento sobre o processo saúde-doença, Mendes (1999) sugere a construção social de uma nova prática sanitária, a vigilância da saúde:

[...] essa prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (MENDES, 1999, p. 243).

As práticas em saúde são constitutivas na sociedade, são práticas sociais e Almeida, Mishima e Peduzi (1999) apresentam:

Quando se fala em práticas sociais, e no caso a saúde ou a enfermagem, estamos nos referindo a tomar estas práticas para além de sua dimensão profissional e técnica, ou seja, para além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos. Estamos nos referindo a tomar em

consideração a dinâmica social, ou seja, as inter-relações de cada âmbito de prática com as demais, seja na produção do conhecimento, na reprodução sócio-econômica e política, quanto na inserção de sujeitos (ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 1999, p. 262).

Dada sua condição de prática social, o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, e deriva do encontro do profissional com o usuário; insere-se, portanto, no setor de serviços, na esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Deste modo, não apresenta como resultado um produto material, sendo este a própria realização da atividade (PIRES, 1999).

A mesma autora complementa:

[...] processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto- o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho- os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência à saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999, p. 32).

Para Merhy et al. (1997), enquanto os instrumentos e a organização do processo de trabalho são considerados trabalho morto, o trabalho vivo em ato assume contornos diferenciados:

[...] pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologia de relações de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY et. al., 1997, p. 120).

Segundo Merhy et al. (1997), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em três tipos: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam os equipamentos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras incluem os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica e as leves são aquelas envolvidas nas relações de produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

O autor apresenta a fragilidade do usuário de serviços de saúde frente aos trabalhadores que irão prestar a assistência, no que se refere a fazer com que estes compreendam o seu problema e dos quais espera um determinado tipo de resposta. Assim, o usuário submete-se a um processo de produção de saúde, mas ignora os caminhos a percorrer e quais os resultados que poderão ser obtidos (MERHY, 1994).

Esta situação deve ser compreendida tendo em vista que a saúde é um bem inerente à vida, à doença e à morte, não sendo passível de troca.

Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem o acolhimento como dispositivo de análise dos processos que constróem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há como produzir a responsabilização.

No momento do encontro, busca-se atender as necessidades dos usuários, apresentadas por Cecílio (2001) como eixo estruturante para o sistema de saúde, que possibilita aos trabalhadores deste serviço fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados, tomando as necessidades dos usuários como centro de suas intervenções e práticas.

O mesmo autor ainda define uma taxomia das necessidades de saúde, discutindo que esta é uma forma do serviço construir a integralidade da assistência e as necessidades são classificadas em quatro grandes conjuntos, sendo o primeiro, “ter boas condições de vida”; o segundo, “ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”; o terceiro, diz respeito a “insubstituível criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma

equipe e/ou profissional; e o quarto “à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida” (CECÍLIO, 2001).

O desafio se apresenta em garantir integralidade nas ações em saúde e que no encontro entre usuário com a equipe esteja presente a responsabilidade de se fazer a escuta, atender e traduzir da melhor forma possível as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa.

As necessidades de saúde, no entendimento de Cecílio (2001), muitas vezes refletem-se na busca, pelo usuário, de algum tipo de resposta, por exemplo, às más condições de vida, à violência no lar, ao desemprego e outras problemáticas que devem ser traduzidas pela equipe de saúde no momento do encontro.

Nesse encontro, o acolhimento apresenta-se como importante recurso tecnológico, e o trabalhador deve utilizar todo o seu saber para atender as necessidades do usuário e assim garantir a qualidade nos serviços de saúde. Significa a humanização do atendimento e, como tecnologia leve da prática do trabalho, deve estar presente no serviço de saúde, com vistas a organizar o processo de trabalho e conduzir a mudanças. Deste modo, o acolhimento busca garantir a escuta, o vínculo, a responsabilização, a atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde, quando necessário, para continuidade da assistência à saúde do usuário.

Logo, o processo de trabalho em saúde necessita do uso de tecnologias leves que envolvam as relações entre os sujeitos no processo de assistência e que se configuram por meio de práticas de acolhimento, vínculo, produção de autonomia e respeito pelo outro.

1.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família, concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, é a principal resposta ofertada pelos órgãos governamentais no âmbito da assistência, para superar a crise do modelo atual de atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Mendes (1999) aponta para necessidade de constituir o Programa Saúde da Família como estratégia de reformulação da atenção primária, organizando os demais níveis de atenção do sistema de saúde e salienta que:

A saúde da família não é, ademais, medicina familiar. Não se trata de, simplesmente, desenhar um sistema de adscrição de famílias a uma equipe médica que, mais aproximadamente, as atenderá na mesma lógica medicalizadora. Ao revés, sem negar às famílias atenção médica de boa qualidade, procura instituir, na prática social, o novo paradigma da produção social da saúde. Por consequência estará referida pela saúde e, não exclusivamente pela medicina (MENDES, 1999, p.273).

Esta estratégia surge em um cenário em que:

[...] a organização da assistência à saúde entra nesse novo século intensamente interrogada, por ter se mostrado cara e pouco resolutiva diante das necessidades dos indivíduos. Da mesma forma o processo de

trabalho tem-se organizado em torno do trabalho médico...representado pelo uso excessivo do aparato tecnológico, pela solicitação freqüentemente desnecessária de exames laboratoriais, pela insuficiente escuta...essa forma de trabalhar em saúde pouco tem contribuído para a formação de vínculos, com impacto negativo na qualidade da assistência (SILVEIRA, 2004, p.72).

Silveira (2004) complementa que os desafios propostos para a ESF estimulam a produção de um novo agir em saúde, em que a lógica do trabalho esteja centrada na produção de sujeitos autônomos e que o acolhimento, a responsabilização da equipe de saúde, a resolutividade e a autonomização passem a ser o eixo estruturante do modelo assistencial possibilitando que o usuário seja o grande beneficiário de todo esse processo.

Na perspectiva de superar essa problemática, muitos municípios utilizam a ESF para a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional. Esta estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, buscando facilitar o acesso aos serviços de saúde e fornecer um atendimento personalizado, de forma mais acolhedora, mantendo uma relação de vínculo direto com a clientela e estabelecendo responsabilidades com relação à manutenção da saúde de cada comunidade (BRASIL, 1998).

A ESF caracteriza-se por propor o desenvolvimento de trabalho por uma equipe multiprofissional e pretende estabelecer vínculo entre os profissionais e as famílias do território em que cada equipe irá atuar, com vistas a ampliar o acesso e a resolutividade das ações (BRASIL, 2002).

A estratégia desenvolve-se no âmbito da atenção básica, definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) como:

[...] um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível da atenção dos serviços de saúde, voltada para a promoção

da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2002, p. 17).

A análise histórica da construção do SUS brasileiro aponta que a saúde da família é mais uma estratégia para alcançar os pressupostos básicos deste sistema, instituído pela Constituição de 1988, portanto, deve ser valorizada pelos seus princípios, como um modo de organizar as práticas de saúde.

1.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Em 1929, na tarde do dia 21 de agosto, chegou a primeira expedição da Companhia de Terras Norte do Paraná ao local denominado Patrimônio Três Bocas, no qual o engenheiro Dr. Alexandre Razgulaeff fincou o primeiro marco nas terras onde surgiria Londrina. O nome da cidade foi uma homenagem prestada à Londres – “pequena Londres”, pelo Dr. João Domingues Sampaio, um dos primeiros diretores da Companhia de Terras Norte do Paraná. A criação do Município ocorreu cinco anos mais tarde, por meio do Decreto Estadual nº 2.519, assinado pelo interventor Manoel Ribas, em 3 de dezembro de 1934. Sua instalação foi em 10 de dezembro do mesmo ano, data em que se comemora o aniversário da cidade. O primeiro prefeito nomeado foi Joaquim Vicente de Castro (LONDRINA, 2004b).

O sistema de ocupação do solo foi baseado na repartição de terrenos em lotes relativamente pequenos, o que estimulou a produção cafeeira, a

rápida expansão de núcleos urbanos, o aparecimento de camadas médias rurais e o crescimento demográfico.

O município localiza-se no norte do Estado do Paraná, tem uma extensão geográfica de 1.724,7Km², ocupando 1% da área total do estado e registra uma população de 467.332 habitantes. Na área rural estão distribuídos 22.115 habitantes, representando 4,73% da população total. Os dados demonstram o movimento de urbanização do Paraná (LONDRINA, 2004b).

O município de Londrina é sede da Associação dos Municípios do Médio Paranapanema (AMEPAR), congregando vinte e um municípios, com uma população estimada de 847.605 habitantes, segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000 (LONDRINA, 2004b).

No decorrer de sua história, Londrina vem apresentando um papel predominante, voltado para a prestação de serviços, assumindo tendência de centro de comércio no atendimento a toda uma região. Este movimento culminou na criação da Região Metropolitana que envolve os municípios de Cambé, Ibiporã, Jataizinho, Rolândia, Tamarana e Bela Vista do Paraíso, constituindo uma população de 678.032 habitantes no ano de 2000 (LONDRINA, 2004b).

A condição apresentada confere ao município uma influência econômica representada principalmente pelos recursos disponíveis nas áreas de saúde, educação e tecnologia (RAMOS, 2002).

A população advinda de outras regiões e da área rural do próprio município, em decorrência da mecanização agrícola, sem qualificação para o emprego, instalou-se nas áreas periféricas da cidade, muitas vezes desprovidas de infra-estrutura mínima, constituindo vários bolsões de pobreza.

Além disso, a existência de vários fundos de vale, áreas inicialmente desabitadas, ricas em mananciais, o empobrecimento da população nos últimos anos e concomitante à ausência de uma política ambiental de proteção dessas áreas, contribuíram para a ocupação irregular de vários espaços, provocando a deterioração dos mesmos. Estas áreas constituem-se as principais áreas de risco do município, considerando o baixo nível sócio-econômico, precárias condições de moradia e de saneamento, maior incidência de doenças infecciosas, de violência e drogadição (LONDRINA, 2003).

Quanto à distribuição da população por faixa etária, Londrina está acompanhando uma tendência nacional: o envelhecimento da população. Em 1970, a população com mais de 60 anos era de 5,4%, em 2004 esse percentual passou para 8,5%. O aumento da população de idosos e redução da natalidade e da população jovem sugere um envelhecimento populacional, com a emergência de doenças crônico-degenerativas (LONDRINA, 2004b).

1.5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A organização do Sistema de Saúde de Londrina reflete, desde seu início, a incorporação de alguns princípios constantes nas diretrizes do SUS, os quais foram sendo aperfeiçoados.

Esta história teve início nos anos 1970 a partir da implantação, pela UEL, de duas unidades de saúde (US) em bairros urbano-periféricos (Jardim do Sol

e Vila Fraternidade), para servirem de campo de estágio para estudantes do curso de Medicina.

A organização do modelo de atenção primária à saúde no município, proposto pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata, contou com a participação de auxiliares de saúde, que eram pessoas da própria comunidade, capacitadas no serviço para o diagnóstico e tratamento dos agravos mais prevalentes, como forma de ampliar as ações de promoção e prevenção, simultaneamente às ações de recuperação da saúde (LONDRINA, 2004b) .

Os auxiliares de saúde, além de realizar ações como vacinas, curativos, tinham a responsabilidade, por meio das patologias delegadas, no atendimento às doenças comuns, de fácil diagnóstico e tratamento como verminose, escabiose, granuloma umbilical e outros (RAMOS, 2002).

Esta proposta de implantação apresentou como principais objetivos romper com a dicotomia da medicina preventiva e curativa, hegemônica neste período, além da melhoria do acesso da assistência implantando unidades de saúde em que as pessoas passaram a ser atendidas dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural. Essas idéias foram se consolidando e deram origem ao movimento pela Reforma Sanitária, ganhando expressão em todo o país.

Ainda na década de 1970, foi criada a Autarquia dos Serviços Municipais de Saúde e implantados os primeiros postos de saúde na Vila Nova, Jardim Bandeirantes, Conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Jardim Leonor, Jardim Piza e Centro Social Urbano, considerados marcos importantes da história da saúde em Londrina (LONDRINA, 2004b).

Na década de 1980, houve uma grande expansão no número de US, inclusive para a zona rural, acompanhada do aumento do quadro de recursos humanos, auxiliares de saúde, enfermeiros, odontólogos e médicos (LONDRINA, 2004b).

Nesse período, o rápido crescimento da rede acompanhou o crescimento populacional nas regiões periféricas da cidade, em função da ocupação dos conjuntos habitacionais. A consequência disso foi um aumento da demanda por assistência à saúde, fazendo com que o modelo preconizado inicialmente fosse pressionado a assumir características do modelo médico-curativo, com prioridade na produção de assistência individual (RAMOS, 2002).

Ressalta-se a discussão, em nível nacional, por um sistema de saúde integral, equânime, que atingiu seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e se concretizou com a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988.

Outro fato marcante para a história da saúde em Londrina foi a criação da Escola Municipal de Enfermagem de Londrina, proporcionando formação profissional para auxiliares de saúde tornando-os auxiliares de enfermagem (AE), o que era uma exigência da legislação de então (LONDRINA, 2004b).

Destaca-se que em meados da década de 1980, o município credencia-se junto ao governo federal na busca de recursos financeiros por meio das Ações Integradas em Saúde (GUTIERREZ, 1999). No final desta década, Londrina já contava com uma rede de 43 US, um laboratório de análises clínicas e clínicas odontológicas.

No início dos anos 1990, foram implantados serviços de pronto atendimento nas US do Jardim Leonor, Centro de Saúde “José Belinati”, do

Conjunto Habitacional Maria Cecília e União da Vitória, que aumentaram a resolutividade do serviço, incorporando demandas da população (LONDRINA, 2004b). Em cumprimento à normatização do SUS, no município, foi editada, no ano de 1991, a Lei Orgânica Municipal, que criou o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde.

O processo de municipalização da atenção foi incrementado a partir de 1992, com a descentralização do agendamento das consultas especializadas para as Unidades de Saúde e a municipalização dos profissionais do INAMPS e Secretaria de Estado da Saúde que ofereciam atendimento nas áreas básicas de clínica geral, pediatria e ginecologia/ obstetrícia, que passaram a desempenhar suas funções na rede básica municipal. Dentro dessa mesma diretriz, foram municipalizados os Postos de Saúde de Guaravera e Paiquerê, gerenciados até então pela UEL. Essas medidas permitiram importante etapa na reorganização das responsabilidades dos diferentes níveis de governo no SUS. Com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) 93, no plano federal, foram municipalizadas as ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária (LONDRINA, 2004b).

No ano de 1994, tornou-se mais evidente a necessidade de transformação do modelo de atenção, sendo realizadas várias ações na perspectiva da Distritalização em Saúde, como as Oficinas de Territorialização, a implantação dos Colegiados de Gestão e a realização do Curso de Gerenciamento de Recursos Humanos (GERHUS) para os coordenadores de US. Neste mesmo ano, iniciou-se a informatização da rede, modificando a sistemática do trabalho e propiciando a agilização dos dados e informações em saúde, além da implantação do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), que organizou o atendimento ao trauma no município (LONDRINA, 2004b).

Para dar resposta à necessidade de ampliação da oferta de serviços em especialidades, os 19 municípios da 17ª Regional de Saúde criaram o CISMEDPAR, que a partir de 1995 passou a gerenciar a rede de serviços especializados de saúde no município de Londrina (LONDRINA, 2004b).

Ainda em 1994, foi implantado em 4 unidades de zona rural o Programa Médico de Família, como estratégia para efetivar os princípios e diretrizes do SUS por meio de um novo modelo assistencial. Esse projeto foi premiado pela Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford, como Destaque no Programa Gestão Pública e Cidadania em 1996 (SILVA, 1996).

Outro fato positivo no processo de descentralização e apropriação do papel do município como gestor da saúde foi a estruturação do Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle - DPPAC, que possibilitou ao município a garantia de assumir a Gestão Semi-Plena em dezembro de 1995. Esta forma de gestão propicia o repasse de todos os recursos da saúde, inclusive os recursos da assistência por meio dos serviços credenciados do SUS, diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde. Com o gerenciamento desses recursos, foi possível a implantação, no ano seguinte, dos Serviços de Internação Domiciliar e de Saúde Mental – Núcleo de Apoio Psicossocial à Criança e ao Adolescente (NAPS-CA) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS Conviver) (LONDRINA, 2004b)

Em 1998, foi implantado o Pronto Atendimento Infantil (PAI), que deu vazão ao atendimento de urgências pediátricas no município. Neste mesmo ano, ocorreu a implementação da NOB 96, e o município foi enquadrado na Gestão Plena do Sistema Municipal (LONDRINA, 2004b).

Na área da atenção básica, o modelo vigente encontrava-se estruturado de forma tradicional, com a oferta de assistência médica, odontológica e de enfermagem, apesar dos esforços em ampliar o desenvolvimento de ações preventivas e reabilitadoras. Neste modelo de atenção, prevalecia a doença, com ênfase em ações curativas direcionadas para a demanda espontânea. Apesar da ampliação progressiva na oferta assistencial, o contingente de pessoas cresceu aguardando por atendimento (LONDRINA, 2001).

Diante dessa situação, a equipe da SMS optou por retomar o processo de mudança iniciado em 1994, quando da implantação do Programa Médico da Família. Em 2001, houve a expansão das equipes de saúde da família para a área urbana, passando de 4 para 81 equipes, chegando a 93 equipes no final do ano. O processo de implantação desencadeou uma série de oficinas de trabalho com os funcionários e no ano seguinte para os conselhos locais de saúde (LONDRINA, 2004b).

Os profissionais de saúde já contratados (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) foram convidados a ampliar a sua carga horária e a participar das equipes para atuarem de forma vinculada às unidades de saúde. Pretendia-se que as unidades de saúde fossem, neste processo, transformando-se em USF, isto é, incorporando os princípios da ESF à organização do trabalho das tradicionais US. Por meio de Projeto de Lei Municipal, foi autorizado legalmente que os profissionais tivessem sua jornada de trabalho ampliada e também foram criados incentivos funcionais para os profissionais que atuavam em uma equipe de saúde da família, bem como para aqueles que fizessem parte da equipe de trabalhadores de uma USF. Com a adesão, foi possível preencher todas as vagas de auxiliares de enfermagem (AE) e uma quantidade significativa de médicos e enfermeiros, estes

em quantidade insuficiente para a composição de todas as equipes (LONDRINA, 2003).

Para viabilizar a implantação, optou-se por buscar parcerias com entidades vinculadas ao SUS e assim, em julho de 2001, foi firmado convênio com a Santa Casa de Londrina, a qual se tornou parceira do município no desenvolvimento das ações da ESF. Assim, médicos e enfermeiros foram contratados pelo regime da Consolidação das leis Trabalhistas (CLT) e também os agentes comunitários de saúde (ACS), garantindo uma implantação ampla da ESF, e atuação em áreas periféricas e com maior risco social e epidemiológico do município (LONDRINA, 2003). Cada equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, dois AE e de quatro a cinco ACS.

Em 2002, houve a melhoria da estrutura física de várias unidades para dar suporte ao trabalho que estava sendo desenvolvido. Para qualificar os profissionais médicos na assistência às famílias, 81 profissionais realizaram curso de especialização em medicina familiar. Ainda no ano de 2004, foram implantadas 8 equipes de saúde bucal e de outras terapias, como a fitoterapia, acupuntura e a fisioterapia, além do Programa Municipal de Controle da Asma, que deram suporte às equipes (LONDRINA, 2004b).

Para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes, foram desenvolvidas oficinas de trabalho objetivando consolidar a estratégia à saúde da família e seus princípios: trabalho em equipe, vínculo entre trabalhadores e usuários e a possibilidade de intervenção nos danos, mas também nos fatores de risco de adoecer (LONDRINA, 2004b).

Atualmente, o município conta com 102 equipes de saúde da família, que atuam em 52 unidades de saúde, com cobertura de 75% da população urbana e 100% da população rural e 13 equipes de saúde bucal atuando em 10 unidades de saúde (CONFERÊNCIA..., 2005).

De acordo com informações obtidas junto à Diretoria de Recursos Humanos (DRH), a SMS de Londrina contava, no mês de março de 2005, com um total de 2473 trabalhadores. Deste total, 368 são médicos, 193 enfermeiros, 106 dentistas, 43 técnicos em higiene dental, 715 auxiliares de enfermagem, 152 auxiliares de odontologia e 442 agentes comunitários de saúde. O Sistema Municipal de Saúde de Londrina conta com o serviço público municipal e estadual, filantrópico e privado e estão relacionados na Figura 1 (hospitalar) e na Figura 2 (ambulatorial).

SETOR PÚBLICO MUNICIPAL	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai Serviço de Internação Domiciliar (120 paciente/mês)
SETOR PÚBLICO ESTADUAL	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná – HURNP (309 leitos) Hospital Dr. Anísio Figueiredo – Zona Norte (56 leitos) Hospital Eulalino de Andrade – Zona Sul (41 leitos)
SETOR FILANTRÓPICO	Hospital Evangélico de Londrina (HEL), com 203 leitos (93 leitos – SUS) Irmandade Santa Casa de Londrina (ISCAL), com 151 leitos (135 leitos – SUS) Hospital do Câncer de Londrina (ICL), com 106 leitos (85 leitos – SUS) Hospital Infantil Sagrada Família, com 42 leitos (20 leitos – SUS)
SETOR PRIVADO	Hospital dos Olhos, Hoftalon (9 leitos, 6 – SUS) Hospital Ortopédico (16 leitos, 5 – SUS) Clínica Psiquiátrica de Londrina (240 leitos, 230 – SUS)

	Maxwell – Hospital Dia de Psiquiatria (40 leitos, 30 – SUS) Clínica Psiquiátrica Vila Normanda (65 leitos, 65 – SUS)
--	---

Fonte: Londrina, 2004b

Figura 01 – Serviços hospitalares que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR, 2004.

Verifica-se, na Figura 1 e Figura 2, que o sistema municipal de saúde do município de Londrina, nos diferentes setores, apresenta uma estrutura diversificada com vistas ao atendimento nos diversos segmentos.

SETOR PÚBLICO MUNICIPAL	52 UBS (39 na zona urbana e 13 na zona rural)	3 unidades de Pronto Atendimento 24 horas 2 unidades de Pronto Atendimento 16 horas 47 unidades de Pronto Atendimento 12 horas
	3 Unidades de Saúde Mental	1 CAPS III – adulto (CONVIVER) 1 CAPS-i – infantil (NAPS-CA) 1 CAPS A/D – álcool e drogas (ESPAÇO VIDA)
	1 Laboratório de patologia Clínica	
	CISMEPAR(consultas especializadas/diagnose/terapia)	
	1 Farmácia Municipal	
	1 Pronto Atendimento Infantil	
	1 Policlínica Municipal	
SETOR PÚBLICO ESTADUAL	Centro de Ref. Em doenças infecto-contagiosas – CIDI	
	Ambulatório de Especialidades, Diagnose e Terapia – HC/UEL	
	Farmácia Regional de Medicamentos Excepcionais	
	Hemocentro – UEL	
	Clínica de hemodiálise – HU	
	Clínica de Quimioterapia – HU	
SETOR FILANTRÓPICO	3 ambulatórios de Especialidades – Diagnose e Terapia	Ambulatório do Alto da Colina (HEL) Ambulatório da Irmandade Santa Casa de Londrina Ambulatório do Instituto do Câncer de Londrina (quimioterapia e radioterapia)

	1 Clínica de Reabilitação Otológica – ILES	
SETOR PRIVADO	Fisioterapia	1 Clínica UNOPAR 3 Clínicas de Reabilitação
	Especialidades Médicas	8 Clínica de Oftalmologia 1 Clínica Cardiologia 1 Clínica Gastroenterologia 3 Clínica Ortopedia 1 Clínica Saúde Mental
	Serviços de Diagnose	10 laboratórios de Patologia Clínica 3 laboratórios de Citopatologia 1 Serviço de Radiologia 2 Serviços de Ultra-sonografia 2 Serviços de Mamografia 2 Serviços de Tomografia
	Terapia Especializada	1 Clínica de Hemoterapia 2 Clínicas de Terapia Renal Substitutiva

Fonte: Londrina, 2004b

Figura 02 – Serviços ambulatoriais que compõem o sistema municipal de saúde (SUS) de Londrina – PR, 2004.

Outra ação que objetiva dar suporte aos agravos mais prevalentes atendidos pelas equipes da saúde da família refere-se à implantação em 2004 da Policlínica Municipal. Essa tem como finalidade contribuir para minimizar a ocorrência de lacunas no sistema público municipal de Londrina, dando suporte por meio de um acréscimo na oferta de consultas de especialidades para aquelas de maior demanda como em dermatologia, neurologia, cardiologia, reumatologia, pneumologia, acupuntura e endocrinologia. A Policlínica tem ainda como função orientar e apoiar as USF, por meio de ações de educação permanente, fornecimento de orientações e de realização de inter-consultas com os especialistas (LONDRINA, 2004a).

Em relação ao perfil de mortalidade, Londrina segue uma tendência mundial. Segundo dados obtidos junto à Gerência de Informações em Saúde (GIS) da SMS, no ano de 2004, repetindo o perfil dos anos anteriores, o grupo de doenças do aparelho circulatório foi responsável por 29,7% das mortes no município, seguidas das neoplasias, com 18,9% e as causas externas, com 14,3 %.

Os dados referentes à mortalidade infantil no município, nos últimos três anos, foram de 10,98/1000 nascidos vivos (NV) em 2002, 12,09/1000 NV em 2003 e 8,99/1000 NV em 2004 (LONDRINA, 2005).

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acolhimento no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde nas USF do município de Londrina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a compreensão dos profissionais de saúde sobre o conceito de acolhimento;
- Identificar as práticas adotadas pelos profissionais de saúde nas USF para o acolhimento do usuário;
- Identificar possíveis facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no processo de acolhimento dos usuários, referentes à organização e método de trabalho na USF.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1 OBJETO DE ESTUDO E A PESQUISA QUALITATIVA

Segundo Minayo (2004), a metodologia é um caminho e um instrumento de abordagem da realidade e inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e a potencialidade de criação do pesquisador. Portanto, a escolha da metodologia leva em consideração a natureza do problema estudado.

De acordo com Bauer e Gaskel (2003), a escolha sobre a prática de pesquisa quantitativa ou qualitativa deve ser tomada em função da decisão sobre a geração de dados e análise, seguidos da escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento.

A pesquisa qualitativa, diferentemente da quantitativa, preocupa-se com realidades que não podem ser quantificáveis. Assim sendo, lida com o universo de significados, motivos, crenças e valores capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VICTORA, 2000).

Ainda conforme Minayo (2004), a pesquisa qualitativa é importante para apreender os valores culturais, os conflitos entre grupos sociais, as compressões de determinado grupo sobre temas específicos e para formulação de políticas públicas e sociais.

Neste sentido, considerando o objeto deste estudo - conhecer e compreender o desenvolvimento do acolhimento, pelos profissionais de saúde na USF - a metodologia qualitativa mostrou-se mais adequada.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em três USF do município de Londrina, duas delas localizadas na área urbana do município e uma na área rural, que serão denominadas, a partir de então, de USF I, USF II e USF III.

As unidades de saúde foram escolhidas por apresentarem uma boa avaliação de qualidade, segundo a gerência do serviço municipal de saúde permitindo estudar o acolhimento aos usuários do SUS. É importante ressaltar que estas unidades possuíam estrutura e número de profissionais semelhantes às demais unidades do município.

As USF oferecem os seguintes serviços de saúde à população de sua área de abrangência: atenção à saúde individual no ciclo vital com consulta em ginecologia/obstetrícia, pediatra, clínico geral e enfermagem; procedimentos de enfermagem; controle e notificação de doenças transmissíveis; ações programáticas no controle e acompanhamento de desenvolvimento da criança e prevenção das doenças comuns na infância, da gestação e puerpério, das doenças crônico-degenerativas, na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, imunização, prevenção e tratamento da asma, visita domiciliar, acompanhamento de acamados e ações coletivas de educação a saúde a grupo de caminhada de hipertensos,

asmáticos, gestantes, entre outros. Na USF II e III, o atendimento odontológico é realizado a usuários na faixa etária de 0 a 21 anos e gestantes. A USF I, além do atendimento às crianças e gestantes, possui uma equipe de saúde bucal para atendimento a adultos.

Para desenvolver as atividades citadas anteriormente, as USF contam com o seguinte quadro de recursos humanos, conforme Figura 3.

PROFISSIONAIS	USF I	USF II	USF III
Médico Clínico Geral	02	02	01
Médico Pediatra	02	01	00
Médico Gineco/Obstetra	01	01	00
Dentista	04	02	01
Enfermeiro	05	02	01
AE	26	10	04
ACS	13	10	02
Auxiliar Administrativo	03	02	00
Técnico em Higiene Dental	01	02	00
Auxiliar de Odontologia	07	04	01
Fisioterapeuta *	01	01	00
Plantonista	07	00	00
Auxiliar de Serviços Gerais	08	02	02
Vigia	04	00	02
TOTAL	94	39	14

* Fisioterapeuta – Um Período de 6 horas/ semanais

Fonte: Diretoria de Recursos Humanos/SMS, 2005

Figura 03 – Distribuição de Recursos Humanos das USF em estudo, segundo número e categoria profissional, Londrina 2005

A USF I encontra-se localizada em uma área que foi urbanizada a partir de um assentamento de sem-terras. Trata-se de uma comunidade de extrema pobreza, com elevado número de moradores desempregados, subempregados havendo elevado índice de violência na comunidade. Conta com 94 profissionais, dos quais 25 constituem as três equipes de saúde da família desta USF.

Esta unidade, diferentemente das outras duas, funciona 16 horas por dia e realiza, além das atividades listadas anteriormente, ações de pronto atendimento de urgência e emergência para os moradores da área de abrangência da unidade e para os demais usuários da região, e esta estrutura é coordenada por uma enfermeira.

Em 2004, segundo informações da GIS, detectou-se, na USF I, como principal causa de mortalidade as causas externas (33,9%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (24,5%) e em terceiro lugar, pelas doenças do aparelho respiratório (9,4%). O coeficiente de mortalidade infantil foi de 8,03/1000 NV, pois ocorreram 02 óbitos no ano de 2004 na comunidade.

Já a USF II abrange uma região em que se encontram várias indústrias e fábricas, e grande parte da população atua como trabalhadores nessas empresas. Conta com 39 profissionais, e dezesseis deles atuam em duas equipes de saúde da família. A coordenação desta unidade é realizada por uma enfermeira que, além de integrar uma equipe da saúde da família, também tem a responsabilidade pela supervisão da sua equipe.

No ano de 2004, predominaram as mortes por doenças do aparelho circulatório (28,3%), seguidas das causas externas (15%). Em terceiro lugar, situam-

se as neoplasias (13,2%). No ano de 2004, não ocorreu nenhuma morte infantil na região atendida pela USF II.

A USF III está localizada na área rural do município, foi colonizada por poloneses, dista 23 km de Londrina, possibilitando que tenha características urbanas e oferece alternativas diferenciada de trabalho à sua população. Atuam na unidade 14 profissionais, sendo que seis compõem uma equipe de saúde da família que atende a toda a comunidade. Essa USF é coordenada por uma enfermeira que também integra a equipe.

A análise dos dados referentes ao ano de 2004 permite identificar predomínio das mortes por doenças do aparelho circulatório (30%) e doenças do aparelho respiratório (30%), seguidas das neoplasias, transtornos mentais e comportamentais, doenças do aparelho digestivo e causas externas. No período, não ocorreu nenhuma morte infantil na área de atuação da USF III.

Em relação às características de ano de inauguração, horário de funcionamento, número de população, número de famílias cadastradas e número de equipes de saúde da família de cada USF, a Figura 4 proporciona melhor visualização:

CARACTERÍSTICA	USF I	USF II	USF III
Data de Inauguração	1995	1993	1978
Horário de Funcionamento	07 – 23:00	07 – 19:00	07 – 19:00
População	9996	10179	1496
Número de Famílias	2602	2855	428
Número de Equipes da Saúde da Família	03	02	01

Fonte: Diretoria de Ações em Saúde/SMS, 2005

Figura 04 – Características das USF, segundo data de inauguração, horário de funcionamento, população, número de famílias e número de equipes de saúde de família de Londrina – PR, 2005.

Para a entrada no cenário de estudo, foi solicitada a autorização formal ao dirigente da SMS, conforme Apêndice 1.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Definiu-se previamente que iriam participar do estudo somente os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde por serem os membros que compõem as equipes de saúde da família.

O trabalho de campo iniciou-se por meio de contato prévio com as três coordenadoras das unidades de saúde escolhidas. Foi entregue uma cópia do pré-projeto e expostos os objetivos e propósitos da pesquisa.

Coube a cada coordenadora de unidade a definição dos profissionais AE e ACS que iriam participar da pesquisa. Os médicos e enfermeiros foram escolhidos por membros da equipe de pesquisa.

Os critérios para definir os participantes dos grupos foram: ter boa comunicação; estar trabalhando há no mínimo 6 meses na USF; contemplar representantes do sexo feminino e masculino (quando possível); ter representantes das diferentes equipes de saúde da família (formais e não-formais) de uma mesma USF; e contemplar diferentes graus de escolaridade, quando possível, no caso de ACS e AE.

Considerando estes critérios, foram escolhidos 12 ACS, 12 AE, 07 médicos e 05 enfermeiras que atuavam nas USF.

O grupo focal foi a técnica utilizada para coleta de dados, pois possibilitava a aproximação do trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, apreensão de suas características tecnológicas e as necessidades que direcionam a prática do trabalho em saúde no momento atual da ESF.

As entrevistas coletivas de caráter exploratório grupal, também chamada de grupo focal, constituem uma técnica utilizada para a investigação social, de exploração qualitativa, onde se reúne um pequeno número de pessoas guiado por um moderador que facilita as discussões. Os participantes falam livre e espontaneamente sobre o tema que está sendo o objeto da pesquisa (CARLINI-COTRIN, 1996)

Para Minayo (2004, p.129), o grupo focal consiste em uma técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo das relações dos diferentes grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Segundo Westphal (1996), o grupo focal possibilita pensar o coletivo de uma temática que é parte integrante do cotidiano das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de intenção entre os participantes, observar como as controvérsias se manifestam e são resolvidas, reproduzindo os processos de interação que ocorrem no cenário de estudo fora dos encontros grupais. É recomendado que seja composto de 6 a 15 pessoas que tenham aspectos em comum, o que permite uma homogeneidade da discussão do tema proposto.

Sena e Duarte (1999, p. 328) citam como vantagem da utilização do

grupo focal, considerado um método dinâmico e descontraído, a possibilidade de identificar e analisar profundamente problemas a partir das percepções, sentimentos e emoções dos participantes, bem como a observação de controvérsias a partir da interação entre comentários e opiniões dos membros do grupo.

Conforme Minayo (2004), a discussão de grupo tem a função de apreender a diversidade dos processos de trabalho das equipes, e seus objetos específicos são as opiniões, interesses e valores dos pesquisados, o que vem ao encontro dos objetivos propostos por esta pesquisa.

Os profissionais escolhidos para participar da pesquisa foram convidados previamente, com agendamento de horário para início e término dos trabalhos de grupo.

Os grupos aconteceram nos meses de novembro e dezembro de 2004, com duração média de uma hora e meia, em ambientes da sede da secretaria de saúde, por facilidades relacionadas ao acesso dos funcionários.

Foram realizados 04 grupos contando com a participação de 05 a 12 profissionais. Participaram do estudo 32 profissionais distribuídos pelas seguintes categorias: 12 ACS, 09 AE, 06 médicos e 05 enfermeiras.

A figura 5 proporciona melhor visualização das características dos sujeitos de pesquisa.

CARACTERÍSTICAS		ACS	AE	MÉDICOS	ENF.
Sexo	M	02	02	01	0
	F	10	07	05	05
Faixa Etária (Anos)	19 30	07	01	01	01
	30 50	03	08	04	04
	≥ 50	02	00	01	01
Grau de Escolaridade	Médio	11	07	0	0
	Superior	01	02	06	05
	Especialização	00	00	03	03
Tempo de contratação (Anos)	< 1	01	00	01	00
	1 5	11	01	02	02
	5 10	00	05	03	01
	≥ 10	00	03	00	03
Tempo de trabalho na USF (Anos)	< 1	01	00	01	01
	1 5	11	01	03	01
	5 10	00	05	02	01
	≥ 10	00	03	00	02
Vínculo Empregatício	Estatutário	00	09	04	04
	CLT	12	00	02	01
Equipe Formal SF	Sim	12	05	05	04
	Não	00	04	01	01

Figura 05 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa, Londrina, 2005.

Os grupos focais foram realizados por categoria profissional e tiveram a intenção de facilitar a expressão das visões, interesses e valores de cada categoria, considerando a divisão técnica e social do processo de trabalho e contribuir para atingir os objetivos da pesquisa.

A coordenação de cada grupo focal foi desenvolvida por uma das pesquisadoras que atuava como moderadora e com a colaboração de outro membro da equipe de pesquisa, que assessorou na gravação e no registro das falas dos participantes. A equipe de pesquisa decidiu não incluir, nas atividades dos grupos focais, nenhum membro da direção da SMS para evitar constrangimentos, inibições e, por conseguinte, um possível viés na pesquisa.

No início do trabalho dos grupos, houve um momento para apresentação sucinta entre os participantes, na tentativa de promover vínculo e estimular o interesse e confiança ao tornarem-se sujeitos ativos no grupo. Foram apresentados os objetivos da pesquisa, esclarecimentos quanto aos aspectos éticos e legais, com garantia de anonimato. Logo após, cada participante assinou o termo de consentimento esclarecido, em duas vias (Apêndice 2). É importante ressaltar que não houve recusa de nenhum dos convidados em participar das entrevistas.

A discussão entre os participantes foi gerada a partir de um roteiro contendo questões semi-estruturadas (Apêndice 3). Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de uma situação específica como de situações de dimensões maiores.

O conteúdo manifestado pelos sujeitos de pesquisa foi registrado com o auxílio de gravador. As transcrições foram realizadas por duas pessoas contratadas para esta finalidade.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os dados foram trabalhados utilizando a técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (1977). Esta define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Segundo Triviños (1987), qualquer técnica de coleta de dados (entrevista, questionário etc..) adquire sua força e seu valor exclusivamente mediante o apoio de determinado referencial teórico, e, naturalmente, a análise de conteúdo não foge a este enunciado geral.

A análise do conteúdo foi realizada por meio da técnica de análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105).

Nesta pesquisa, a primeira etapa ocorreu com a audição de cada

grupo focal e leitura de todo material buscando conhecimento e aprofundamento do conteúdo manifesto e também realizar as correções no material transcrito. Os termos e expressões fonéticas como “né”, “tá” e “ai” foram excluídos do texto. Foram cortados também os risos, as ausências, os silêncios, porque não faziam parte do objeto de estudo.

Em seguida, foi realizada a leitura horizontal, que possibilitou a identificação e recorte de fragmentos do material da pesquisa e, na seqüência, buscou-se o encadeamento/articulação entre eles. Os recortes foram feitos manualmente, sem utilização de programas de computadores, porque se percebeu, nesta conduta, a oportunidade para o aprofundamento dos conteúdos manifestos, considerando que os programas computacionais não promovem este tipo de análise.

Identificaram-se as congruências e/ou ambigüidades no conteúdo manifesto dos trabalhadores que seriam importantes para o estudo e assim a interpretação ia sendo elaborada, tendo como norteador o quadro teórico trabalhado. Neste sentido, o agrupamento dos fragmentos do texto possibilitou a definição das seguintes categorias temáticas:

- Acolhimento e o modelo predominante de atenção em saúde;
- Acolhimento: a organização e os métodos de trabalho.

Com a intenção de garantir o anonimato e facilitar a leitura, cada citação de depoimento é seguida de uma ou mais letras, conforme categoria profissional: M- médicos, AE- auxiliar de enfermagem, E- enfermeira e ACS- agente comunitário de saúde, numeradas de maneira aleatória.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é parte de um projeto intitulado Reorganização das Práticas Sanitárias no Sistema Municipal de Saúde: a Estratégia Saúde da Família - Um Retrato do Processo.

O estudo seguiu os critérios definidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL,1996), tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, em cinco de maio de 2004: Parecer CEP 027/04 (Anexo1).

Em maio de 2004, o projeto foi apresentado por meio do processo 15422, sendo aprovado em 19 de maio de 2004 pela Diretoria de Pesquisa da UEL (Anexo 2), e também está cadastrado no CNPQ, desde novembro de 2004. O subprojeto, cujos resultados estão sendo apresentados por meio desta pesquisa, também está aprovado pela Diretoria de Pesquisa da UEL (Anexo 3).

CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo descreve a construção dos resultados a partir da análise dos quatro grupos focais realizados com os diferentes profissionais de saúde. Está estruturado em duas categorias temáticas, apresentadas a seguir.

4.1 ACOLHIMENTO E O MODELO PREDOMINANTE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O acolhimento revela-se como uma postura de abertura para a escuta humanizada. Apresenta-se também como possibilidade de ampliar a resolutividade, pois ao se perceber, orientar e escutar a necessidade de saúde do outro, pode-se atendê-lo, ou pelo menos, acolhê-lo e encaminhá-lo.

Eu acho assim que o acolhimento, ele vai além [...] do sorrir, do dar um bom dia [...] é você escutar o outro mesmo, tentar ser resolutivo, naquilo que ele vem trazer para você. Respeitando-o [usuário] como um ser humano mesmo. Muitas vezes nós, no dia-a-dia, parece que viramos uma máquina e esquecemos do outro [...]. (E1)

[...] a maioria sempre procura acolher bem os pacientes, tentar, dentro do possível, resolver o problema dele [...]. (AE 4)

Verifica-se, nos depoimentos, o reconhecimento do acolhimento para os profissionais e que este pode se constituir em uma ferramenta para estabelecer maior vínculo, aumentando a percepção de necessidades e conseqüentemente a resolução dos problemas apresentados pelos usuários no cotidiano das US.

Assim, busca-se respaldo em Schraiber e Gonçalves (2000), quando os mesmos destacam que a unidade de saúde configura-se como um espaço privilegiado em que são desenvolvidas novas maneiras de agir que permitam humanizar a relação entre a instituição e a comunidade.

No entanto, o depoimento de E1 reconhece que, em algumas ocasiões, os profissionais de saúde agem segundo a lógica taylorista, em que as pessoas são equiparadas a máquinas cuja produção deve ser continuamente superada. Conforme Schraiber e Gonçalves (2000), a fragmentação da assistência e o grande número de casos atendidos no dia-a-dia do trabalho terminam por levar a um certo mecanicismo do desempenho profissional e equiparar o usuário a uma coletividade de iguais.

Tendo em vista os inúmeros fatores que estão presentes no processo de atenção em saúde, é necessário, neste ponto, focar a visão mecanicista no tratamento dispensado pelo trabalhador de saúde ao usuário, que estabelece como prioridade a doença, e não a pessoa.

O acolhimento e sua relação no atendimento em saúde ultrapassa o simples “bom dia”, o chamar pelo nome, envolve também ações que possibilitam atender às necessidades e resolver, por meio da escuta, os problemas de saúde apresentados no dia-a-dia pelo usuário, desencadeando uma relação humanizada.

Ao analisar os recortes dos informantes na lógica da atenção proposta pela ESF, conforme expressa a fala apresentada abaixo, há um predomínio do modelo de atenção à saúde voltado para a doença.

Não olha na cara, você olha no problema, por exemplo, se está com o dedão machucado, Doutor, lembra do seu José? Seu José, aquele

que tem o problema no dedão, lembro! Daí você lembra, você fala do problema você vai lembrar, agora do seu José não lembra. (ACS 1)

Algumas práticas, não somente dos profissionais médicos, mas também dos demais sujeitos que atuam nas USF, refletem esta tendência, a qual tende a fazer com que a relação do profissional seja com a doença e não com a pessoa.

Foram considerados como componentes do acolhimento e sua relação com o modelo de atenção: a escuta; a construção da autonomia do usuário; a responsabilização e a resolutividade dos problemas/necessidades de saúde do usuário e comunidade pelos trabalhadores.

4.1.1 A escuta como componente do acolhimento

Deve-se relacionar a escuta a uma etapa importante no atendimento à saúde e sua possibilidade depende dos sentimentos e afetos mobilizados, tanto pelo usuário com o trabalhador, como pelo trabalhador com o usuário (BRASIL, 2005c), conforme se percebe pelo recorte a seguir.

Os auxiliares sentam, conversam, perguntam, aquela coisa toda ‘a senhora está comendo com sal?’ ‘E essa pressão, está alta?’ ‘O marido da senhora vai bem? Parou de beber?’ Então é assim, eles conhecem toda a população. (M 1)

O acolhimento pressupõe que o encontro entre profissionais da equipe de saúde com os usuários seja marcado pela disponibilidade em receber, escutar e tratar humanizadamente, considerando suas necessidades e

estabelecendo, desta maneira, uma relação de interesse, confiança e apoio mútuo (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Para os trabalhadores, o acolhimento tem início desde o momento de chegada do usuário na USF.

O acolhimento já começa quando o paciente põe o pé no posto de saúde [...]. (AE 2)

Porque vai muito da pessoa que está ali no balcão [recepção], que está lá na frente. A orientação que dá. Dependendo do tom da voz o pessoal já não se sente acolhido. (E 3)

Os relatos revelam que a postura do profissional ao receber o usuário, demonstrando cordialidade, atenção e respeito ou não, poderá ser determinante no acolhimento ao usuário de forma humanizada. Nestes termos, o trabalhador que fica na recepção da USF é elemento importante na acolhida que se deve dispensar ao usuário. Ações como um cumprimento mais atencioso, ou mesmo o fato de olhar mais atentamente o usuário que chega são elementos importantes na prática profissional.

Quando a informante refere-se ao tom de voz, denota-se que a escuta pode tratar-se também de uma comunicação não verbal. Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p. 244) complementam esta idéia ao afirmar que “A escuta no campo da Psicanálise ocupa lugar privilegiado, por ser algo relacionado às palavras ditas ou silenciadas.”

Você não precisa tirar [dispensar] o paciente ali do balcão, igual, passa pelo administrativo, ele mete a falar que não tem médico, não quer saber o que o paciente tem realmente, se [...] ele está doente, ou porque ele veio. Às vezes ele não precisa de remédio, ele precisa de atenção, ele precisa que você ouça [...]. (ACS 2)

A postura dos profissionais na recepção do serviço de saúde não deve se apresentar como barreira no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Entende-se que acolher pressupõe não dispensar nenhum usuário que procura a USF sem uma avaliação. Esta preocupação se fez presente na fala anterior.

A apresentação do cartão de identificação do usuário, na recepção, também apareceu como empecilho para o acesso ao serviço de saúde, não favorecendo o acolhimento e a escuta ao usuário. Muitas vezes a exigência da carteirinha que iria facilitar a identificação e o atendimento do usuário torna-se uma possível barreira ao acolhimento.

[...] tem pessoas lá assim [...] que falam: cadê a carteirinha? Por que você não trouxe? Tem que trazer a carteirinha. Sabe, fala grosso com paciente, às vezes a gente fica com vergonha [...]. (ACS 3)

[...] eu já vi colega falar assim: 'Vai na tua casa buscar o cartão', não é isso vai para tua casa, não de maneira nenhuma, nós atendemos, sim [...]. (AE 6)

Entende-se, assim, que é atribuição dos profissionais responsáveis pelo atendimento a solicitação de um documento de identificação, que possibilite otimizar a entrada na unidade de saúde, no entanto, o que se verifica é que esta prática passa a ser uma forma de barreira ao usuário no acesso aos serviços e não como um benefício para obter maior agilidade no serviço.

Muitos informantes mostraram-se cientes de que a escuta na acolhida do usuário ao serviço mostra-se vital e deve representar um ato de responsabilidade do funcionário que o realiza, em relação até mesmo à vida do cidadão, que veio à unidade para receber, mais que somente serviços, a atenção devida a qualquer ser humano.

[...] depois tem a questão se você manda um desse embora [usuário] e ele tem um derrame ali perto [...]. (AE 4)

A fala anterior demonstra uma preocupação do profissional, reforçando a necessidade de, além de dispensar uma atenção individualizada a cada usuário, não liberá-lo antes de uma avaliação de risco adequado. Este fato nos leva a refletir sobre a responsabilidade que este momento da recepção e de uma primeira triagem possui. A tarefa de realizar a avaliação de risco cabe à equipe técnica, a qual, segundo Campos (2003) deve encarregar-se de manejar os casos conforme sua gravidade, não pesando desta forma somente no trabalhador que o recepciona.

Percebe-se a importância do acolhimento na recepção da USF e o papel que desempenha o trabalhador responsável por esta atividade de orientar o fluxo do atendimento nos espaços do serviço de saúde.

Outro aspecto identificado diz respeito à participação do usuário no encontro com o trabalhador na USF, determinante para ambos os lados. Este momento é permeado pelo aspecto humano envolvido na relação que se estabelece a partir das experiências vividas, dos valores, crenças e estados emocionais de cada um, revelando a subjetividade por meio do ser e atuar em condições determinadas. Vislumbra-se, assim, a existência de duas pessoas que travam, na acolhida, um diálogo repleto de intencionalidade ao qual se deve atribuir importância em termos de buscar a qualidade nos serviços prestados. Nem sempre, porém, a interação entre o profissional e o usuário se desenvolve de forma harmônica.

[...] eu acho que eles [usuários] têm que ser reeducados também. Porque é difícil e dependendo do local de trabalho é pior ainda, eles chegam batendo no balcão, discutindo.[...].Acolhimento acho que quase todos os nossos funcionários fazem, tirando um ou outro que é mais nervoso [...]. (AE 4)

Existem situações, no entanto, em que se faz necessário um atendimento diferenciado ao usuário, conforme o relato a seguir.

Tem que tirar ele de lá, porque o que ele quer é chamar a atenção [...] e no momento que você tira e o coloca lá dentro, ele sai pedindo desculpas e agradecendo. (E 3)

A profissional menciona a situação em que o usuário chega alterado ao serviço de saúde, demandando uma atenção maior, a qual é realizada em separado, procurando promover a escuta no intuito de buscar a resolução dos problemas apresentados. Percebe-se que a ação sugerida por E3 propicia a diminuição de conflitos que acontecem no dia-a-dia das unidades de atendimento em saúde. Deve-se acrescentar ainda que a maneira como o profissional lida com situações diferenciadas mostra-se determinante no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário.

Então como eu não gosto que faça para mim então, eu não vou fazer para ninguém [...]. (AE 9)

[...] eu trabalho isso muito com a equipe, sempre que surge qualquer problema, qualquer coisa, eu sempre peço para que eles se coloquem no lugar do outro, e se fosse alguém da sua família era assim que você queria que fosse atendido? (E 1)

Como possibilidade para o atendimento acolhedor, nos relatos apresentados, revela-se uma abertura para desencadear a reflexão pela equipe de saúde sobre seu cotidiano como possibilidade para mudanças. Isto se dá a partir de um posicionamento amparado na empatia e alteridade. Esta posição é reforçada quando os profissionais enfatizam que devem tratar os usuários como gostariam de ser tratados, e, quando não concordam, esforçam-se em compreender e transformar sua prática.

A vivência da alteridade pode ser apresentada como possibilidade para: “abertura à diversidade e à presença de fatos e processos com os quais não concordamos, mas nos esforçamos em entender profundamente, transmutando o nosso trabalho de organização da gestão e da atenção à saúde” (BRASIL, 2005b, p. 57). Já o termo empatia remete à idéia de “tendência para sentir o que sentiria como se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa” (FERREIRA, 1999, p. 636).

Os informantes relataram dificuldades relacionadas à estrutura física e o processo de escuta na USF. Neste contexto, verifica-se que a ausência de um ambiente que propicie um atendimento mais individualizado foi abordada como uma barreira ao acolhimento no momento da escuta e encontro para descoberta dos problemas e necessidades do usuário.

Fazer acolhimento como um todo apresenta dificuldades. A própria estrutura física. Às vezes você tem que ficar procurando uma salinha [...]. (E 4)

Em outra situação, a escuta mostrou-se decisiva para a busca da solução de uma possível ameaça à integridade de uma criança.

[...] se ela está com desvio para depressão, se essa criança [...] está sendo prejudicada pelos familiares, um assédio, [...] se estou achando essa criança estranha, porque às vezes não tem como abordar esse assunto, mas com a visita do auxiliar, ele pode averiguar e chegar a uma posição de violência sexual, ou alguma coisa [...]. (AE 9)

Assim, a integração do trabalho realizado dentro da USF e as atividades realizadas fora da unidade, ou seja, na família e na comunidade e a escuta atenta por parte do profissional de saúde representam meios para identificar problemas graves que envolvem situações de risco.

Segundo Leitão (1995), a importância da escuta acolhedora durante o atendimento em saúde possibilita interpretar o pensar, sentir e agir do outro de acordo com a realidade na qual a pessoa está inserida e a escuta ultrapassa o ouvir as falas dos usuários. Na mesma direção, a compreensão da realidade vivida pelos usuários fortalece o vínculo da equipe de saúde com os usuários e amplia a possibilidade de resolução de problemas apresentados na USF.

Também para Boareto (2004) a interação que pode e deve resultar do encontro entre o profissional de saúde e o usuário revela-se um elemento de forte influência no tratamento, cabendo à equipe preparar-se para lidar com emoções, incorporando a dimensão subjetiva e social daquele que procura a assistência, com vistas a dar suporte emocional para o tratamento que será realizado. Neste sentido, a escuta pode propiciar a redução dos medos e ansiedades que representam um empecilho para o processo de cura. Assim sendo, a escuta, na concepção de Boareto, representa um instrumento terapêutico valioso.

Os informantes demonstraram que, no momento da escuta, é possível conhecer a realidade do usuário, sua condição de levar a vida, o que contribui para a tomada de decisão do profissional de saúde e na resolutividade de diferentes situações apontadas pelo usuário. É um saber que não apenas o AE necessita possuir, mas os demais profissionais da equipe também, conforme apontado pelo trabalhador de saúde.

Com certeza cada área tem um perfil, por exemplo, você não pode ver um paciente aqui do centro, como um paciente lá da [USF I], você não pode orientar uma carne para um paciente de lá porque ele não vai ter carne para comer, nem fruta. Tanto nós, como os médicos, temos que saber a orientação que vamos fazer [...]. Você vai ter que perguntar para mãe, por exemplo, o que você tem em casa para a criança comer? (AE 6)

A respeito deste tema, cabe ressaltar que, por vezes, uma escuta atenta do usuário em seus relatos sobre as condições de vida na família, no trabalho ou em seus relacionamentos deve contribuir na conduta a ser orientada, oferecendo possibilidades para o surgimento de novas formas de convivência, atendimento e trabalho na USF.

[...] Na nossa unidade. [...] a médica nem fala bom dia direito, seu exame está normal, tchau, manda a pessoa embora, [...] ela dificilmente troca uma palavra com o paciente [...]. Eu acho que médico também precisa ter acolhimento com o paciente. (ACS 5)

E o paciente espera muito do médico, se não conversar com ele parece que não foi consultado, uma moça da minha área precisou ir lá aquele dia e estava com uma dor no estômago e marcaram uma consulta às 4h da tarde [...]. No outro dia eu quase morri de vergonha, ela me parou na rua: Fulana, como você me fala que aquela mulher é boa? Ela nem relou a mão no meu estômago. [...]. Pronto, eles não olham, eles não tocam, e é isso que o paciente espera [...]. (ACS 2)

Outras manifestações que merecem destaque revelam a importância e valorização que o usuário expressa para o ACS sobre o atendimento ofertado e as práticas de assistência à saúde, dentre as quais se fizeram presentes a escuta, o olhar, o toque e a necessidade de o profissional de saúde ver o ser humano que existe e não só a sua doença, ou seja, o acolhimento como tecnologia no trabalho em saúde.

É preciso atentar ainda para o fato de que o relato dos agentes comunitários expressa uma aproximação maior com as necessidades de saúde, uma vez que ele, o ACS, agrega a sua percepção como trabalhador em saúde, e também a sua posição de usuário dos serviços.

Já aconteceu comigo. Eu fui lá com dor de garganta, depois de ter trabalhado o dia todo, e tinha um plantonista lá, ele mal deu uma olhada na minha garganta, me aplicou a injeção e eu fui embora, no

outro dia eu voltei pior, o outro tal olhou, abaixou minha língua, apalpou, deu remédio. (ACS 3)

Verifica-se, também na posição do agente comunitário como usuário, que o toque é um elemento integrante do acolhimento, devendo ser considerado como relevante na prestação de cuidados em saúde, além de mobilizar (fortalecendo ou fragilizando) os vínculos que se estabelece com a comunidade.

Assim, a escuta é um componente do processo do acolhimento ao usuário e os informantes apontaram a necessidade de espaço físico adequado, a existência da escuta não-verbal, e colocam-se no lugar do usuário. No entanto, em algumas situações a escuta não é realizada, podendo interferir na qualidade do atendimento e na produção do cuidado ao usuário que continua peregrinando pelos diversos serviços de saúde na tentativa de ser reconhecido como sujeito do atendimento em saúde.

4.1.2 O acolhimento e a promoção da autonomia no usuário

Outro componente do acolhimento relacionado ao modelo de atenção à saúde refere-se ao papel do trabalhador em saúde na promoção da autonomia no usuário.

[...] nós estamos levando um paternalismo muito grande. Coisas que às vezes eles poderiam estar resolvendo, eles vão até a unidade [...]. (E 4)

Você tenta inculcar a caminhada, mas se você não for lá cutucar as pessoas para fazerem, elas não se sentem motivadas. (M 1)

[...] o usuário está mal acostumado, por exemplo, precisa tomar uma medicação; a responsabilidade parece que não é dele e é do posto de ir até ele, conferir, fazer tomar o remédio, ficar em cima. (M 4)

Nestes relatos, os trabalhadores expressam que o usuário apresenta dependência ao atendimento realizado pelo USF, gerando, por vezes, uma reação de paternalismo por parte dos profissionais de saúde.

Alguns consideram ainda que muitos usuários utilizam os serviços desnecessariamente e registram a tendência de medicalização da comunidade, segundo a qual o medicamento, os exames e consultas especializadas, é amplamente valorizado como instrumento terapêutico, considerado por muitos usuários como recurso único e universal.

[...] a mãe vai hoje, vai amanhã, [...], não sai do posto de saúde, vai por porcaria, por nada elas vão, não têm consciência. Eles só buscam curativo, só buscam consulta médica. Para eles quanto mais médico, consulta médica, é isso que vale, está lá todo dia procurando consulta médica e está tudo do mesmo jeito, não muda nada. (AE 2)

Para Mattos (2001), o termo medicalização sugere um processo social por meio do qual a medicina passa a assumir um crescente número de aspectos da vida social.

Em virtude da concepção de que os usuários utilizam os serviços “desnecessariamente”, muitas vezes ocorre que os problemas não são identificados pelos profissionais e, em consequência, os resultados desejados pelo usuário não são atingidos, significando uma demanda maior de serviços e a insatisfação do usuário por não ter seu problema acolhido e resolvido.

[...] Alguma coisa está errada com ele [usuário], por que ele não melhorou? Por que ele não está se sentindo bem? Às vezes é por isso que ele [usuário] fica nervoso e nos xinga, porque ele não alcançou o que ele queria, certo? Ele não está se sentindo bem, então o que está acontecendo de errado com esse paciente? Por

que ele está sempre voltando para tanta consulta médica e não alcançou o que queria ainda. (AE 2)

Verifica-se que o atual modelo de atenção em saúde nem sempre atende as demandas de cada caso, não considera a história individual das pessoas e as ações clínicas por vezes encontram-se restritas a procedimentos, no caso a consulta médica. Esta situação poderá repercutir em retornos freqüentes dos usuários às USF, por não terem suas necessidades atendidas satisfatoriamente.

Segundo Campos (1994):

[...] curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do coeficiente de autonomia dessa própria pessoa. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do usuário (CAMPOS, 1994, p. 50).

No entanto, observa-se que há uma intenção do trabalhador de saúde em estimular a autonomia do usuário, quando busca estratégias para que faça o uso adequado dos seus medicamentos, siga a dieta apropriada a cada caso e reconheça a importância de desenvolver ações integradas que conduzam à solução dos problemas de saúde que apresenta.

[...] estou fazendo esta caixinha aqui para ver se esse paciente aprende' e desenha um sol, e todo dia põe o comprimidinho do sol, aqui..., e no outro dia ele volta e está tudo lá, era para estar vazio porque todos os dias eles vão e põem, 'amanhã a senhora toma esse e na hora que tiver sol, pula um, toma o outro e está todo dia do mesmo jeito. (AE 8)

Você tem que sentar com o paciente, dependendo do paciente que você pega, você leva de 20 a 30 minutos porque você tem que repetir de três a quatro vezes uma orientação que você deu e eles saem às vezes não entendendo. (E 4)

Os informantes demonstram que conversar facilita este trabalho, mas nem sempre os resultados são os esperados. Relatam que é preciso insistir na idéia de que os usuários também são responsáveis pela sua própria saúde, e que o tratamento envolve uma gama de procedimentos que vão além do simples ato de tomar o medicamento ou realizar exames.

Para ampliar a autonomia do usuário, o processo de educação em saúde é uma estratégia que deve ser valorizada nas atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.

A educação em saúde representa um meio de trabalho, visando tornar mais efetivas as condições de autonomia do usuário em relação aos seus cuidados, sendo apontado por Campos (2003) como uma necessidade de a equipe de trabalho buscar a capacitação de suas técnicas pedagógicas, no intuito de ampliar a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas.

O modo de viver de cada usuário deve ser considerado no processo de educação em saúde. Segundo Franco (2003), os profissionais de saúde, ao atender o usuário, imaginam um conjunto de atos assistenciais, que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver os problemas/necessidades de saúde e constitui-se em um projeto terapêutico. Enfatiza-se, neste ponto, a importância dos profissionais de saúde buscarem a elaboração de projetos terapêuticos singulares, adaptados a cada pessoa e suas especificidades.

Outro aspecto apontado refere-se às atividades educativas na comunidade, que são em sua maioria desencadeadas pelos ACS e acontecem prioritariamente por meio de palestras e aulas.

Tem muita coisa que está lá [na USF] da função das equipes, fazer palestras, fazer não sei o quê, e ninguém corre atrás disso, ninguém está nem aí, se não é a gente tomar a iniciativa de falar, 'ó precisa de fazer isso, vamos fazer, os adolescentes lá, vamos fazer uma palestra para eles, ou para os hipertensos vamos?' Não acontece.(ACS 1)

Nós temos o grupo de hipertensos e diabéticos e tem um professor voluntário que dá aula. (ACS 5)

Neste ponto, o que se deseja é uma outra mudança de paradigma, ou seja, sair da mera transmissão de conhecimentos e alcançar a construção de um novo conceito de educação em que se considere o usuário como sujeito ativo, tornando-se co-responsável pelo seu cuidado em saúde.

Outra reflexão refere-se à forma como os profissionais de saúde estão sendo preparados para cumprir o seu papel, pois se até na formação universitária ainda persistem dificuldades em mudar o modelo da transmissão e da autoridade da informação, pode-se considerar os desafios postos aos ACS em sua prática cotidiana.

Diante da verificação da importância da educação em saúde, esta não deve ser uma atividade delegada somente para uma categoria profissional, mas deve haver uma maior participação dos demais membros da equipe em sua aplicação, uma vez que, conforme análise dos depoimentos dos ACS, percebeu-se que esta forma de ação vincula-se prioritariamente a estes profissionais. A partir das falas, questiona-se o modelo hegemônico de saúde e de educação vigente, no qual a consulta médica torna-se vital ao processo de atendimento ao usuário, e a palestra assume o papel central da educação, conforme se pôde perceber no relato dos informantes.

Até este ponto, foi possível perceber que, apesar de considerar importante a promoção da autonomia no usuário como componente do acolhimento, este objetivo foi atingido parcialmente, pois não basta apenas fornecer informações aos usuários, mas deve-se trabalhar no acolhimento como perspectiva de melhorar a escuta e com isso contribuir para que as pessoas ampliem sua compreensão sobre o seu processo de adoecer e alcancem uma certa autonomia no auto-cuidado.

4.1.3 O acolhimento, a responsabilização e a resolutividade no atendimento ao usuário

O acolhimento na perspectiva do modelo de atenção engloba ainda a responsabilidade que os trabalhadores apreendem, quanto aos problemas e necessidades de saúde apresentados pelos usuários. A organização desta subcategoria foi realizada tendo em vista a fala recortada a seguir:

Eu atendi um sujeito que era a quarta consulta que ele estava fazendo, ele tinha tido um trauma aqui no joelho e estava com um abscesso, só que já fazia quinze dias que estava com o abscesso e os outros três colegas que o atenderam prescreveram antibióticos, compressa quente e coisa e tal e o mandaram embora, perguntei 'por que eles não drenaram teu abscesso?' Ele era muito simples, coitado, nem veio reclamar de ninguém e ele falou 'mas eles estavam tão corridos'. Ele tinha consultado no [nome de um hospital do município], no posto dele e aí não sei por que ele foi no [nome de uma USF] nem era a área dele. Eu não gosto deixar passar e fui na sala de curativos, pedi o carpule emprestado para o dentista, anestesiiei, e drenei o abscesso dele. (M 6)

O profissional expressa, na fala anterior, que o diferencial no atendimento foi a decisão a partir do acolhimento das necessidades de saúde apresentadas naquele momento pelo usuário, e o seu compromisso em resolver o problema apresentado.

A responsabilização na saúde, para os profissionais da área, pode ser entendida como a capacidade de assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde de um usuário e comunidade (BRASIL, 2005a). Na fala em destaque, visualiza-se, na prática, a importância de pequenas tomadas de decisões, as quais podem promover a qualidade a que tanto se busca, por meio de ações simples, porém decisivas na atenção ao usuário.

O relato de M6 demonstra ainda que aquele usuário havia estado por três vezes em locais de atendimento à saúde ele não havia recebido uma resposta efetiva ao seu problema, podendo ter seu quadro agravado pela ausência de responsabilização e vínculo dos profissionais de saúde.

Para Franco e Merhy (2003), o vínculo é utilizado ao lado do termo responsabilização e se configura quando o profissional de saúde estabelece relações claras e próximas com o usuário e com os diferentes segmentos e grupos da comunidade, com vistas a tornar-se um ponto de referência.

E ainda, sobre esta questão, Campos (2003) apresenta o conceito da Clínica Ampliada:

[...] uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessa existência. No entanto, a medicina não somente trabalha com uma ontologização das enfermidades- as doenças são o verdadeiro objeto de trabalho da clínica -, como acaba por tomar as pessoas por suas doenças [...]. para a medicina a essência do Sujeito seria esvaziada pela doença, a qual ocuparia o seu lugar a posteriori (CAMPOS, 2003, p. 56).

Nota-se na fala a seguir que o atendimento realizado pela equipe de saúde busca ver a pessoa como um todo, o que revela a atenção integral ao usuário, bem como ações voltadas para a promoção e prevenção de agravos. A união destes fatores contribui na produção de cuidados em saúde.

[...] investigam o paciente como um todo. “E o CO da senhora quando foi a ultima vez?” Nós já aprendemos ser assim, não conseguimos mais não atender assim. Certo. Se nós não atendermos avaliando o paciente, avaliando o preventivo, avaliando as condições dessa adolescente que já está encaminhando-se para um namoro, desenvolvendo uma sexualidade, nós não conseguimos mais [...]. (AE 8)

Na visão de Luz (2004), a noção de cuidado remete à idéia de uma ação integral, como um direito de ser em que estão implícitos o tratar, o respeitar, o acolher e o atender as necessidades dos usuários.

Com a implementação da ESF no município, ocorreu a delimitação da área de responsabilização de cada equipe da unidade.

Essa adscrição da clientela propiciou aos profissionais um maior conhecimento da comunidade e de seus problemas de saúde, fazendo com que os usuários que não eram atendidos pela unidade de saúde de referência fossem visitados e acompanhados pela equipe responsável, o que favoreceu o acolhimento ao usuário e o acesso aos serviços de saúde.

Eu conheço quase todos os pacientes [...]. Então você já identifica quais são os pacientes. Os mais problemáticos, os mais carentes, a equipe inteira conhece. (M 1)

[...] eu venho daquele tempo que eram duas ruas, entendeu? Agora não, agora tem dois conjuntos habitacionais, mais uma outra vila que é nova... e porque as fazendas não oferecem mais trabalhos, nem casa, nem morada, porque agora é tudo máquina, a maioria máquina. (AE 1)

Um dos trabalhadores referiu-se sobre os atendimentos ofertados na USF aos usuários do SUS, como um serviço gratuito.

[...] E sem custo nenhum do bolso deles [...] Eles têm tudo ali e não pagam nada, é de graça. (AE 2)

Entende-se que as concepções dos profissionais sobre direitos, cidadania, sobre o sistema de saúde, a sua subjetividade, podem influenciar no atendimento prestado ao usuário e no grau de responsabilização assumido pela equipe de saúde da família.

Conforme Matumoto (1998), o acolher expressa o modo de efetivação dos serviços públicos de saúde e a maneira pela qual os trabalhadores envolvidos concebem a saúde como direito de todos e elemento central da cidadania.

Neste sentido, encontra-se uma contradição no depoimento de um AE, referente ao sistema de saúde e a garantia de acesso por todos os cidadãos, indistintamente, conforme garantido na Carta Magna. A saúde, assim como a educação, deve ser tomada como um direito de todos e não apenas como uma benesse aos menos favorecidos.

Em relação ao atendimento na USF, foi citado no grupo o fato de terem ouvido profissionais de saúde falarem que os usuários do SUS podem esperar, deixando de realizar ações no cotidiano do trabalho que poderiam agilizar o atendimento ofertado.

Outra coisa nessa história do acolhimento é trabalhar isso, é achar que o paciente é do SUS então ele pode esperar, eu já ouvi isso da boca de um profissional e eu fico chocado, se eu tenho condições e tenho experiências de outras unidades que, eu fazendo determinada coisa diminui a espera do paciente, eu posso fazer, 'ah eu não, ele que espere, se ele for no convênio ele espera também'. (AE 6)

Diante da situação relatada, há necessidade de os gestores dos serviços de saúde identificarem o processo pelo qual a equipe percebe os usuários do SUS que buscam diminuir seu sofrimento quando procuram a unidade. Campos

(1997) menciona que a qualidade na assistência em saúde deriva fundamentalmente da análise e reconstrução das relações entre profissionais, instituições de saúde e população.

Verifica-se a atenção dos trabalhadores no atendimento às necessidades de saúde e a presença da responsabilização no cuidado ao usuário, ao mesmo tempo em que se buscam, por meio de reuniões de equipe, novas possibilidades de atingir a resolutividade e sua relação com o acolhimento.

[...] na nossa reunião de hoje,[...] foi levantada a questão do acolhimento [...] Levantou-se esse problema durante a semana, surgiu da própria equipe mesmo. [...], e chegamos a um acordo que tem que pegar o paciente, seja lá o que for, para resolver tudo. Se for para um curativo você vai fazer, o que ele precisar você vai fazer tudo, não ficar enrolando o paciente 'olha, vai lá na frente porque eu estou ocupada'. (E 4)

No relato apresentado, identifica-se a busca de um compromisso, pela equipe de saúde, de realizar um atendimento integral e não encaminhar o usuário para outros setores da própria USF, prendendo-se a uma escala de trabalho pré-determinada.

De acordo com Franco e Magalhães Jr. (2003), a resolutividade na rede básica está diretamente relacionada aos recursos instrumentais disponíveis, ao conhecimento dos profissionais, e ainda à ação acolhedora e ao vínculo estabelecido com o usuário.

Os integrantes da equipe de saúde demonstraram compreensão quanto à necessidade de buscar novas alternativas de superação dos problemas cotidianos. Constatou-se ainda a necessidade de articulação intersetorial para alcançar a resolutividade das necessidades e problemas de saúde do usuário e comunidade, articulação esta interna e externa ao serviço de saúde.

[...] E eu acho que [...] você pode montar um sistema perfeito que funcione redondinho e não vai conseguir resolver os problemas de saúde porque eles são resultados de um monte de coisas. E aí assim a gente está engatinhando, eu acho, dentro deste tipo de trabalho assim [...] tem que começar a cutucar essa coisa intersetorial para poder avançar em algumas coisas para resolver o problema de saúde. (M 3)

Nós temos um nó imenso que é a questão da intersetorialidade, nós trabalhamos ao redor de uma demanda que cresceu monstruosamente na ponta, com as demandas diferentes que a equipe, como um todo, não é capaz de resolver, e não temos como articular e resolver isso e o que acontece, você tem que cruzar os braços e daí, pára aí, morre aí. Então estamos com um problema muito sério. O PSF cresceu, melhorou a qualidade acho que tem que melhorar mais ainda, e tem o problema da resolutividade que algumas coisas ainda emperram, também tem que melhorar mais a intersetorialidade, mesmo dentro da secretaria, os nossos setores, principalmente. Imagine os de fora, então, como estão.[...]. (E 1)

Neste ponto, faz-se uma retomada das idéias apresentadas por Junqueira (1998) acerca da intersetorialidade, quando se refere ao surgimento do conceito derivado de uma perspectiva de solução integrada dos problemas apresentados pela população, em decorrência da incapacidade de superação pelas políticas setoriais fragmentadas. Neste âmbito, os vários serviços prestados pela atuação de diferentes instituições formam uma rede de ação social, a qual deve se articular no intuito de identificar os problemas e encaminhar soluções adequadas. Assim, a saúde da família deve trabalhar em estreita articulação com outros setores, para que possa enfrentar de maneira adequada os problemas de saúde.

Na fala recortada a seguir, torna-se possível expressar os desafios no tocante à resolutividade dos problemas na atenção à saúde.

[...] porque se você chega lá, leva um problema para unidade, é um bate e volta, você leva lá e volta para você, porque você leva lá e falam: 'Hoje eu não posso resolver seu problema' [...]. (ACS 3)

Segundo os ACS, os demais membros da equipe de saúde não se envolvem com os problemas trazidos das visitas domiciliares (VD), e identificam dificuldades na resolutividade dos problemas que são apresentados no seu dia-a-dia de trabalho.

Esta fragmentação na equipe emerge como um grande desafio cuja superação deve ser buscada, com vistas a atingir a formação de objetivos comuns, os quais devem ser traçados – e seguidos – por todos os membros da equipe. É importante considerar a fala anterior como um indicador expressivo de uma problemática presente na USF.

Houve manifestações da não-garantia de atendimento aos usuários quando da necessidade de encaminhamento para o tratamento nas áreas de especialidades. Os profissionais buscam negociação nas outras partes do sistema de saúde para garantir o atendimento:

[...] a especialidade, [...] otorrino, por exemplo, é uma coisa horrorosa, aquela criança respiradora bucal, a criança vai no consultório respirando igual porquinho mesmo e você fala: como que alguém que olha essa criança, tem coragem de deixar um ano ou dois anos essa criança ficar na fila, porque não dá para passar na frente. Mas quando você vê que é urgente, vai pegando e pedindo a vaga de urgência. (M 4)

[...] tem uma consulta de neuropediatria que eu preciso para esse mês' se deixar para daqui 7 meses como acontece, [...] não vai adiantar, então por favor 'será que não dá para atender' e a pessoa atende, essas coisas acho que a gente consegue articular melhor. (M 3)

Nestes termos, comprova-se que existem barreiras para que o usuário seja acompanhado em sua totalidade. Muitas vezes, a solicitação de exames complementares e a realização de outros serviços especializados ficam a critério do profissional de saúde à sua negociação.

A policlínica municipal foi mencionada como um serviço integrado à rede básica de suporte e que também auxilia no acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela atenção básica, assumindo papel de destaque no atendimento à saúde do município. O informante propôs a construção e manutenção de novas policlínicas.

A Policlínica ajuda bastante, de repente é um caminho para o PSF, é deixar as policlínicas para o PSF. Eu ouvi falar que tem a idéia de construir outras, que tem que aumentar essa trama. (M 6)

A organização dos serviços de saúde, na busca pela integralidade na atenção ao usuário, necessita garantir a referência e a contra-referência que pode ser por meio da construção das linhas do cuidado, conforme descrevem Franco e Magalhães Júnior (2003). As linhas do cuidado partem da atenção básica e são frutos de um pacto realizado por todos os envolvidos que controlam serviços e recursos assistências garantindo fluxos seguros que atendam ao projeto terapêutico de cada usuário dentro do sistema de saúde .

As situações de problema envolvendo questões complexas com o usuário e a família angustiam os trabalhadores considerando suas limitações técnicas e de recursos assistenciais.

Eu tenho situações [...] em que a gente se angustia [...]. Tem uma velhinha lá que é seqüelada de AVC, tem setenta anos, fuma que nem uma louca, ela não consegue andar, é desnutrida e a nora bate nela. Ela mora com o filho e com a nora, que, não dá comida para ela. Ela só come quando a nora não está em casa [...]. A secretaria do idoso já foi acionada, já foi lá, já deu uma prensa, saiu no jornal, fez propaganda. [...] A gente precisa de assistente social. Eu não posso, eu, como médico, chegar lá na casa da mulher e falar 'escuta, se você bater na sua sogra, eu vou te dar uma surra, eu vou te bater' ou alguma coisa assim. Eu não posso fazer isso, não é o meu papel, eu não tenho como assumir eu não sei assumir esse papel.[...] Eu tenho uma paciente que foi para hemodiálise.[...] era uma diabética que nunca se cuidou, ela é sozinha e cuida de um filho de 12 anos. O menino já tentou enforcá-la várias vezes. Ela não enxerga, não

consegue se defender. Ele já está andando na rua, com 12 anos já deve estar usando droga esse tipo de coisa. (M 6)

Neste ponto, reafirma-se a idéia de fragilidade social apresentada por Luz (2004) e vivenciada por este médico, em duas situações representativas das limitações que são impostas aos profissionais de saúde e tornam-se geradoras de uma sensação de impotência.

Na prática da USF, percebe-se o desenvolvimento de ações que propiciam a responsabilização/vínculo e a resolutividade por meio do conhecimento da realidade individual e da coletividade e a busca pela não fragmentação do atendimento prestado. Porém, evidenciaram-se limitações que perpassam os valores subjetivos dos trabalhadores referentes aos direitos constitucionais dos usuários, pela dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais, pela fragilidade do trabalho em equipe multiprofissional e pela dificuldade em garantir atendimento nas especialidades médicas na busca de resolução dos problemas dos usuários.

Enfim, nesta categoria foram identificadas as práticas acolhedoras como escuta, autonomia do usuário, a responsabilização/vínculo e a resolutividade e estas são parcialmente desenvolvidas. A sua efetivação plena dependerá da reorganização e da definição de novas metodologias do trabalho em saúde.

4.2 ACOLHIMENTO: A ORGANIZAÇÃO E OS MÉTODOS DE TRABALHO

Um serviço de saúde para escutar, promover a autonomia e responsabilizar-se pela resolução dos problemas, ou seja, promover o acolhimento

ao usuário, necessita organizar o seu trabalho.

No trabalho em saúde, conforme a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) de reorganização dos métodos e da rotina de trabalho em uma USF, foram considerados a demanda na USF, o trabalho em equipe e a atenção domiciliar. Neste ponto, são analisadas as facilidades e dificuldades em relação a estes aspectos.

4.2.1 A organização da demanda

Com a ampliação das equipes de saúde da família, com todo o trabalho sendo desenvolvido nas famílias e comunidade, ocorreu um aumento da demanda de usuários na USF.

No início nós achávamos que com o PSF iria diminuir a demanda, a procura na unidade, mas não; é o contrário, aumentou demais. (E 4)

Um aspecto reconhecido refere-se à perspectiva, por parte dos informantes, de que houvesse uma diminuição da demanda, após a implantação da ESF, fato que não ocorreu.

Contrariamente à expectativa dos profissionais envolvidos, o aumento da demanda é perceptível nas USF e pode ser explicado como reflexo das práticas referentes à responsabilização da equipe pelo cuidado ao usuário, além da manutenção da busca ativa de faltosos, vinculada a ações programáticas voltadas para grupos de risco, como hipertensos e diabéticos e também em função das

condições sócio-econômicas da população, afetada por situações que inviabilizam a manutenção de planos privados de saúde.

Conforme destaque de Paim (1999), o modelo assistencial alternativo, no caso a ESF, vem a exigir mudanças na organização e funcionamento do serviço. Em vez de se preocupar unicamente com a oferta de serviços para o usuário, que constitui a demanda espontânea, precisa atentar para a necessidade de saúde da população de um dado território. Isto significa compatibilizar a demanda espontânea à oferta programática, organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários.

Devido a essas buscas que você faz com esses pacientes que não comparecem para um exame, para um CO, para uma puericultura, para uma vacina atrasada, um hipertenso que não consulta há muito tempo ou aquele diabético que não vai pegar medicamento, você acaba buscando para ele vir à unidade. (E 4)

[...] aumentou esse pessoal do convênio, aumentou mais a busca que fazemos [...]. (AE 3)

Com a entrada do PSF, conseguimos [...] conhecer melhor a área, a ver o paciente que não freqüentava essa unidade e saber o motivo. Ou era acamado, ou era um paciente que não tinha orientação, no caso de hipertenso ou diabético que passamos a conhecer mais.[...], doentes mentais, gestantes que às vezes acabavam descobrindo depois do terceiro mês. Resumindo, passamos a conhecer melhor a população onde trabalhamos. (AE 6)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,2000), as unidades de saúde trabalham sobrecarregadas pela demanda espontânea, devido à base de atuação ser a clínica individual. Nos serviços analisados, mesmo em se tratando de USF, as falas revelam que estas se mantêm organizadas nesta mesma lógica de atenção. Percebe-se também que muitas atividades passíveis de programação como o atendimento a grupos de risco, aos hipertensos e diabéticos, puericultura e outros, identificadas pelos ACS, ocorrem na USF de forma não sistematizada, aumentando

ainda mais a demanda por atendimento. E isso se deve ao fato da unidade não ter se reorganizado internamente para o atendimento programático e à livre demanda, dificultando o acolhimento.

Para realizar todas as atividades propostas pela USF, os relatos evidenciaram que o quadro de pessoal disponível é insuficiente e isso demonstra a real dificuldade para o acolhimento, dada à abrangência populacional das equipes.

[...] com o programa da saúde da família, a demanda aumentou muito só que não teve o aumento do número de funcionário. (E 4).

Analisando a fala anterior, percebe-se que o trabalhador não consegue refletir sobre a necessidade da reorganização do trabalho na USF, apontando apenas como solução para este fato a ampliação de recursos humanos.

Em função da demanda elevada, apresentam dificuldades para realizarem atividades inerentes ao trabalho de uma equipe de saúde da família, mesmo com a ampliação em duas horas da carga horária de alguns componentes da equipe.

Como eu sou do PSF, fazendo a extensão da carga horária, eu acho que quem está trabalhando na Unidade, acaba aumentando duas horas, só que não veio outra pessoa para fazer. Se viesse outra pessoa e fizesse o meu horário de seis horas mais duas horas, seriam 8 horas, ou se a pessoa viesse só para fazer 6 horas mesmo, seria uma pessoa a mais, só que continuaram os mesmos funcionários, atendendo duas horas a mais. (AE 2)

As meninas [AE] poderiam ir para a rua todos os dias, duas horas, mas nem sempre acontece por estar cheio o posto; então não dá para sair. (ACS 5)

Percebe-se ainda que a compreensão dos trabalhadores é de que o trabalho da ESF é aquela desenvolvida fora dos limites da USF e deve acontecer

somente nas duas horas ampliadas, consideradas insuficientes diante da necessidade da comunidade.

Outra preocupação no acolhimento ao usuário está relacionada ao tempo de espera para o atendimento na USF, como apresentada a seguir:

E lá eles estão esperando muito também, o pessoal do acolhimento, também tem isso. Porque às vezes a pessoa chega e perde muito tempo, tem gente que chega cedo e vai embora às 13h. Quase 1h esperando para verificar a pressão, dá vergonha. (ACS 2)

Uma alternativa encontrada para reorganizar o trabalho foi o agendamento de atendimento médico por horário.

Nós abrimos uma agenda com horário programado, [...]. Eu acho que isso não deixa de ser uma questão de você estar acolhendo melhor, do que deixar uma mãe com uma criança que chegava às vezes 5, 6, 7 horas da manhã e ficava a manhã inteira dentro da unidade. (E 1)

O agendamento de consultas por horário, como recurso operacional para ordenamento da demanda, é percebido como estratégia no acolhimento, possibilitando facilidades para o usuário ao diminuir o tempo de espera, e mesmo para a USF, pois melhora o fluxo de pessoas no ambiente. No entanto, só isso não resolve.

[...] O problema é que aquele que chega às 9 horas mas está marcado para as 8 ele exige ser atendido. Tem dificuldade [o usuário] em entender que se sobrar espaço na turma das 9 às 10 a doutora vai atender. (AE 8)

[...] 'cadê a doutora, ela não vai vir, mas estava marcada [a consulta] para as oito horas, ela não vai vir' e quando ela chega [a médica] às nove horas [os usuários] já vão começar a chiar [...] e era para ela [a médica] estar lá às sete da manhã. (AE 6)

Os depoimentos expressam dificuldades internas e externas para o agendamento de consultas por horário e a incorporação desta alternativa em função

do atraso do médico e do usuário quanto ao horário agendado, gerando conflitos entre a equipe e a população.

Outra dificuldade referente à organização do trabalho na unidade de saúde consiste na oferta de consultas médicas, considerada pelos informantes como insuficiente para a demanda,

[...] consulta para ginecologista, a abertura de vaga é só em um dia, e aí é aquela loucura de gente procurando. No outro dia não tem mais vaga. A resposta para as pessoas é que haverá consulta só no mês que vem. (ACS 2)

Em algumas unidades, é estabelecido um determinado dia da semana para abertura de agendas de consulta médica, e os usuários necessitam chegar cedo para conseguir agendar uma consulta. Nas unidades que trabalham com o sistema de agenda aberta, ou seja, em qualquer dia da semana, a demora pode ser de até 30 dias.

Agenda aberta acho que até tem funcionado apesar de ter assim, para marcar consulta é só para daí a um mês. (M 1)

A reclamação pelo usuário é motivo para os trabalhadores sentirem-se pressionados. Esta situação poderá interferir na descoberta das reais necessidades do usuário.

A pressão do paciente acho que é o problema. Hoje eu estava no posto quando chegou uma pessoa e perguntou se tinha vacina, pedi para que aguardasse um pouquinho, pois estava atendendo e já falaria com ela, mas logo escutei: 'Vai demorar'? Eu não agüentei e disse que não agüentava mais ouvir 'Vai demorar?'. (AE 2)

Na concepção de Matumoto et al. (2005), as demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores, tanto pela quantidade quanto por seu conteúdo.

O cotidiano do trabalho também dificulta as inter-relações entre os trabalhadores.

[...] a demanda muito grande [...] tem dia que não conseguimos conversar um com o outro, falar alguma coisa, tem dia que é só bom dia. (AE 9)

Diante da situação instalada, detectou-se que a pressão vivenciada no dia-a-dia da USF leva o trabalhador a apresentar distúrbios e sua saúde também fica comprometida, apontam suas necessidades e solicitam ajuda, querem ser acolhidos:

Nós estamos aqui há 10 ou 11 anos na prefeitura, tem muitos, eu mesmo já tive distúrbio psiquiátrico, tem muitos funcionários que já tiveram distúrbios psiquiátricos. (AE 4)

É um monte de médico estressado, com depressão [...].(M 5)

[...] ninguém nos ouve, ninguém quer saber como que nós estamos trabalhando, em qual nível de estresse nós estamos trabalhando, com que pressão.[...] Acho que é bem isso mesmo, cuidando do cuidador, essa parte acho que nós estamos, tem que ver. (E 4)

Sobre esta questão, Luz (2004) menciona que hoje em dia, os profissionais da área da saúde apresentam maiores índices de estresse, em decorrência da necessidade de dedicar-se a mais de um emprego para compensar salários baixos, bem como da ausência de períodos adequados de descanso. Esta é uma situação contraditória, pois os profissionais responsáveis pelo cuidado à saúde da população não recebem os devidos cuidados e não se sentem acolhidos.

Em virtude dos relatos apresentados até este ponto do estudo, percebe-se que as maiores dificuldades apresentadas nas USF referem-se ao aumento de demanda e à quantidade de recursos humanos, nos diferentes setores,

considerada insuficiente para atender às necessidades de saúde no acolhimento ao usuário.

Identificou-se que a organização do modelo predominante de atenção em saúde recai no atendimento da demanda espontânea, quando a proposta deveria ser de compatibilizar esta demanda e as atividades programáticas, conforme proposta:

[...] que pode se dar através do trabalho com grupos na própria USF ou na comunidade, visando realizar trabalhos de promoção da saúde específicos para cada fase da vida: grupos dos bebês, de grávidas, de adolescentes, de idosos. Também podem ser realizados o monitoramento de doenças crônicas através de grupos, como é o caso da diabete, hipertensão, obesidade, alcoolismo, entre outros” (BRASIL, 2000, p. 34).

Além de promover o aumento do quadro de pessoal, faz-se necessário também a reorganização do trabalho na USF face às necessidades de saúde dos usuários, com vistas a atender aos momentos distintos do cotidiano da USF por meio de atividades passíveis de programação.

4.2.2 Atenção domiciliar

A implementação da ESF trouxe em seu bojo a regulamentação da VD, apresentada como importante estratégia, pois tem a finalidade de monitorar as situações de saúde da família, principalmente aquelas que enfrentam situações de risco.

[...] agora com o PSF elas vão nas casas, elas fazem curativos elas fazem tudo, tudo, a médica vai, é incrível o atendimento [...]. (AE 2)

[...] quando no começo, que eu estou lá há 23 anos, [...], então às vezes precisávamos sair porque sempre tinha gestante, ou neném, tinha alguém precisando de uma visita. Mas quando tinha as enfermeiras tinha essa idéia, se o paciente precisar eu estou aqui, o médico está aqui, você pode dar uma saidinha pode olhar, se precisar que venha atrás, o médico atende, sempre foi assim. Acho até que, com a implantação do trabalho, não ficou tão difícil [...] fazer a visita porque não era uma novidade. Porque desde a [nome de uma médica], [...], ela já fazia esse trabalho, [...], está certo que agora em número e quantidade muito maior. (AE 1)

A realização de VD sempre foi uma prática do serviço de enfermagem e com a implantação ESF, passou a fazer parte das atividades da equipe de saúde, apoiados pelas normas da instituição.

[...] porque eu tive essa passagem [vivência] de transição entre unidade antes do saúde da família e depois. Anteriormente nós já fazíamos visitas, mas a intensidade era um pouco menor. (AE 6)

Além de conhecer mais, os informantes relatam que se tornaram mais próximos da realidade local por meio de VD e pela maior atenção dispensada ao acompanhamento dos desfechos do atendimento.

O método do PSF, que a gente atua lá, você está mais perto da população. (M 3)

Nós temos que passar o mês inteiro nas casas, conferindo aquela ficha, fazendo visita, é o retorno que a gente faz todo mês. (ACS 5)

Porque já tem um esquema de quando o paciente vai para a maternidade nós já colocamos no quadro, então antes de receber aqui no malote já se sabe quantos nasceram [...]. A mãe está vindo com o bebê da maternidade e nós já estamos lá. (E 5)

Em relação a esta proximidade no cuidado aos usuários, verifica-se nos relatos a possibilidade de favorecer a integralidade na atenção, uma vez que, de acordo com Silva Braga et al.(2004), o profissional de saúde mais atento às questões relativas ao sujeito em sofrimento pode obter melhores resultados em sua ação assistencial.

A realização de busca ativa dos usuários que participam de ações programáticas na USF e que por algum motivo não compareceram ao atendimento nas datas agendadas é um dos objetivos da VD.

[...] estamos avaliando os resultados de citologias oncóticas, quantos resultados chegaram, quantos estão alterados, quantos pacientes vieram e as que não vieram, vamos fazer busca. (AE 8)

No entanto, houve referências também ao fato de que a grande maioria dos AE que não ampliaram a carga horária, ou seja, os que não integram formalmente a equipe saúde da família, não realizam atividades externas à USF.

Na [USF II] é lógico o posto é todo do PSF. No final das contas todo mundo acaba atendendo paciente. Só que quem não é do PSF não sai nas visitas. (AE 2)

O comprometimento dos auxiliares é só para quem é do PSF, então quem faz a visita, é só quem é do PSF [...], quem é responsável pela comunidade são só os auxiliares do PSF. Quem não é do PSF, não. (M 1).

[...] quem fez ampliação de carga horária são as pessoas que estão fazendo a visita domiciliar, o restante não, isso não conseguimos mudar. (E 2)

Uma das enfermeiras relatou dificuldades para envolver todos os AE nas atividades extra-muros em função da elevada demanda na USF, e esclareceu que existem funcionários que gostariam de participar deste tipo de atividades. Relatou ainda que precisa organizar a escala de trabalho de cada profissional em função da demanda da unidade.

Eu acho muito pouco essas duas horas para você ter os auxiliares da equipe enfermagem. Nós não conseguimos ainda fazer que os outros auxiliares também que não sejam da extensão consigam ir à visita domiciliar. Porque se ele for para a visita ele vai deixar sua escala, então não se consegue por causa disso, até tem funcionários que realmente gostariam, mas se eles saírem quem vai ficar no lugar dele? (E 4)

Desta forma, as dificuldades vivenciadas na atenção domiciliar estão permeadas pela carga horária e demanda na unidade. A VD não foi ainda incorporada por toda a equipe de saúde como garantia de responsabilização/vínculo e acesso ao contexto familiar e social do usuário, sendo percebida por alguns profissionais como uma obrigação daqueles que estão inseridos formalmente na equipe saúde da família.

Por que existe o acamado que precisa ir agora [visitar] Ele [AE] é obrigado a ir. Às vezes até a enfermeira é obrigada a ir e largar o que está fazendo. Às vezes está fazendo coleta de CO e tem que sair. (AE 8)

Obter a adesão de todos os profissionais nas atividades extra-muros da USF representa um problema vivenciado pela grande maioria das unidades. Ressalta-se que o conhecimento da realidade que a VD propicia, contribuiria para que o trabalhador prestasse um atendimento adequado, com boa acolhida e aumento da possibilidade de atender as necessidades de saúde deste usuário/família/comunidade.

Apesar de várias citações quanto à dificuldade de que toda a equipe da USF assuma a integralmente as ações intra e extra muros, a fala a seguir apresenta uma estratégia possível para o envolvimento de toda a equipe nestas atividades, por meio da incorporação desta atribuição na escala de trabalho de todos os AE.

[...] a unidade de saúde não é dividida a carga horária naquelas duas horas de quem faz o PSF, porque eu tenho dois auxiliares de oito e dois de seis que trabalham de manhã, então nos priorizamos e concentramos todo o atendimento da equipe no período da manhã que é quando o grupo está completo, e quando um que não é da extensão [da carga horária] sai para participar, para fazer os atendimentos fora da USF, ou que seja um dia que esteja no grupo ou visita, aquele que é da extensão que é realmente do grupo, ele fica na unidade fazendo o serviço. Então não tem isso... eu faço as

minhas seis horas dentro do posto e depois as duas horas do PSF, isso lá não existe [...]. (E 1)

A organização do trabalho desta unidade em específico apresenta uma integração que pode ser considerada positiva, pois permite a realização de uma escala ordenada de acordo com os horários de trabalho de cada profissional, envolvendo todos os AE nas atividades intra e extra-muros.

Novamente percebe-se que o ideal de atendimento consolida-se a partir da integração plena dos membros da equipe. A organização do trabalho, nestes termos, deve buscar o envolvimento de todos para a otimização dos resultados da ESF.

Outro resultado encontrado refere-se à realização das VD e a participação do AE e médicos da equipe saúde da família, apontando que estes deveriam atuar considerando a necessidade dos usuários e não segundo a organização interna da USF. Novamente reitera-se a necessidade de atender ao usuário em sua totalidade e não de acordo com escalas pré-determinadas.

Verdade, que se o paciente [o integrante da família] pede para gente verificar a pressão [durante a VD], tem gente que não gosta [os demais membros da equipe], fala que veio para ver o acamado e não você, pois você pode ir no posto para verificar sua pressão. (ACS 4)

Para os ACS, existem dificuldades quanto à atuação dos profissionais médicos e da equipe de enfermagem, considerando que geralmente as visitas realizadas por estes profissionais destinam-se ao acompanhamento dos acamados que apresentam alguma patologia, ou seja, para o atendimento curativo, sem acompanhamento das condições de vida de cada família.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a VD deve ser realizada segundo uma programação a partir do contato domiciliar realizado cotidianamente pelo ACS, fazendo com que o atendimento de cada caso seja coerente com a necessidade. A programação da VD ultrapassa a organização de escalas e deve ser realizada de acordo com as necessidades clínicas e familiares do usuário.

Franco, Bueno e Merhy (1999), ao analisarem a implantação do acolhimento em Betim, também apontaram que a conciliação do trabalho de assistência dentro da USF com o trabalho extra-muros se constitui como um desafio.

Nos recortes apresentados nesta seção, destaca-se a posição assumida pelos ACS, os quais apontam concepções divergentes em relação aos demais profissionais. Assim, as contradições dizem respeito à não priorização das atividades de atenção às famílias e comunidade e a um apego rígido às ações internas da unidade. Percebe-se, deste modo, que a assistência à saúde implica uma necessária organização do trabalho, mas pressupõe o atendimento às necessidades de cada usuário, em condições determinadas pelas suas condições clínicas e familiares.

A equipe, segundo Merhy (1994) necessita sair a campo, realizar VD, contribuindo, desta maneira, no planejamento e em ações para enfrentamento dos problemas, uma vez que a responsabilidade da equipe não se limita nunca a quatro paredes e assim o acolhimento passa a ser praticado considerando as necessidades da comunidade e das famílias.

Diante destas considerações, entende-se que a abordagem realizada permitiu destacar as configurações da organização do processo de

trabalho na comunidade e a necessidade de um maior envolvimento de todas as categorias profissionais na atenção domiciliar, consolidando a atenção aos cuidados em saúde.

O maior problema é que o modelo de atenção não foi plenamente incorporado pelos profissionais da USF. A VD está voltada em sua maioria para o atendimento ao acamado e a mesma parece constituir uma obrigação para a equipe de saúde e não está sendo considerada como uma estratégia.

4.2.3 O trabalho em equipe

Um dos pressupostos mais importantes para a ESF é promover o trabalho de equipe. Isto implica um respeito profissional muito grande entre todos os membros da equipe e não a supremacia da prática médica (BRASIL, 2000).

O trabalho em equipe representa uma nova perspectiva de algo a ser construído pela interação entre os componentes da equipe saúde da família.

É uma coisa de equipe mesmo. O relacionamento da equipe melhorou bastante.[...] O ACS tem acesso a todos os membros da equipe, eles têm a liberdade de discutir casos com o enfermeiro, com o médico [...]. (E 5)

Então na nossa reunião de hoje, [...] foi levantada a questão do acolhimento [...] Levantou-se esse problema durante a semana surgiu da própria equipe [...]. (E 4)

A equipe se esculpe em processos de trabalho, nos quais os trabalhadores são produzidos ao mesmo tempo em que trabalham e produzem (BRASIL, 2005c).

No entanto, os entrevistados referem situações que sinalizam para a fragmentação do trabalho em equipe.

[...] alguém da [nome de uma diretoria da SMS] resolve que quem tem que aferir a pressão agora é o médico. Eles querem que a gente faça uma consulta de qualidade, faça visita domiciliar, que mude o centro do atendimento da doença para a saúde, mas nós somos obrigados a passar, a medir pressão, temperatura, a fazer tudo isso...fazer a receita, orientar medicação. Fazer a pré e a pós consulta e tem que melhorar a qualidade do atendimento [...]. (M 6)

As atividades de pré e pós-consulta são realizadas por AE antes do início da consulta médica e direcionadas basicamente na verificação de sinais vitais. Com o propósito de fortalecer o vínculo entre o médico e o usuário, foi proposto que na data agendada para a consulta, estes procedimentos passariam a ser realizados pelo médico, ao qual caberia verificar sinais vitais e realizar orientações gerais sobre dietas, medicamentos ou exames, dependendo da necessidade.

A preservação da realização da pré e pós consulta é um exemplo da não-transformação do modelo de atenção em saúde que poderia ocorrer em direção ao trabalho em equipe e ainda por privilegiar a doença em detrimento das necessidades de saúde. Sem o trabalho em equipe, não será possível implementar o modelo de atenção que acolhe, que escuta os problemas das pessoas, ou seja, voltado a resolver os problemas de saúde das pessoas e comunidade.

Diante dos impasses verificados, deve-se enfatizar que solução dos conflitos no âmbito das unidades de saúde pode estar na busca de todos em conciliar diferentes processos de trabalho, com vistas à construção de consensos. Neste sentido, Pires (2000) defende a posição que é vital propor formas de organização do trabalho na busca da qualidade da assistência e na satisfação pessoal do potencial humano do trabalhador em saúde.

Em outra realidade, a prática de realização de pré e pós consultas foi incorporada pelos profissionais médicos, desencadeando maiores possibilidades no acolhimento ao usuário na USF.

[...] nós não temos nem pré e nem pós então o paciente tem que ter um bom vínculo com o médico também.[...] nós fazemos a avaliação. E no dia se precisar ver pressão.[...], se ele achar necessário ele verifica temperatura, até peso. (E 2)

Como em muitos segmentos sociais, a qualidade reveste-se de um diferencial na forma de organização do trabalho. Em especial na assistência à saúde, as estratégias bem sucedidas demonstram o real envolvimento de todos os componentes da equipe da saúde na busca de soluções para os problemas vivenciados no cotidiano da unidade.

Neste âmbito, Almeida e Mishima (2001) enfatizam que a saúde da família deve buscar a integração entre seus trabalhadores, com horizontalidade e flexibilidade, com vistas a obter maior autonomia e criatividade, sob pena de repetir o modelo de atenção em saúde desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica e individual, sem levar em conta a importância do acolhimento como recurso de humanização.

Existe, assim, uma divisão do trabalho que deve ser superada, a medida em que a equipe passe a desconstruir modelos organizacionais já existentes e procure, de acordo com a concepção de Silva Braga et al (2004), dar respostas positivas às demandas da população. Esta é uma das maneiras pelas quais a ESF pode contribuir efetivamente para a materialização da resolutividade, vínculo e integralidade na atenção à comunidade.

[...] Quem vai visitar, por exemplo, não tem tempo de passar para a outra pessoa [demais membros da USF] que o fulano está internado,

ou faleceu, ou voltou, nós não temos muito tempo para isso. E isso fica mais entre a equipe mesmo, a equipe, a gente, médico. (AE 3)

É importante, na organização do processo de trabalho em saúde, que sejam efetivados procedimentos com vistas a tornar mais dinâmica a comunicação e integração entre a equipe formal da saúde da família e os demais membros da USF, pois a própria característica da prestação de serviços de assistência em saúde exige uma interação que dê suporte no atendimento em saúde, rompendo com o modelo de divisão do trabalho e desigual valoração social dos trabalhadores.

Segundo depoimento do ACS 1, verifica-se o desencontro entre os membros distintos da equipe de saúde. Estes, por estarem mais próximos da comunidade, conseguem acolher os usuários trazendo para dentro dos serviços demandas da comunidade gerando novas ações. No entanto, não se sentem ouvidos pelos demais membros da equipe de saúde quando trazem os relatos referentes aos problemas encontrados na comunidade e nas famílias-equipe, fato que acontece principalmente por parte dos AE que não integram as equipes formais da saúde da família.

[...] a UBS é tachada como saúde da família, só que se você chega da rua com problema você tem que ir direto ao auxiliar da sua equipe, porque se você for em outro auxiliar, ele não atende. Eu acho que eles teriam que ouvir o caso, tentar resolver porque é todo mundo é, todo mundo ganha lá o adicional saúde da família [...]. (ACS 1)

No entanto, há outro depoimento em que ficou evidenciada uma forma de agir diferente em relação à situação apresentada anteriormente.

Na nossa unidade não, com qualquer auxiliar que esteja lá na frente, e isto é posto nas reuniões mensais, se eu chegar não tem nada, às vezes elas ficam meio confusas tipo assim, 'Gente, eu estou com

problema de quem que é essa rua?’ Então nisso nós não temos problema ainda. (ACS 9)

Reitera-se, neste ponto, que a estrutura da ESF no município não encontra adesão de todos os profissionais das unidades. Sendo assim, não se atingiu o objetivo de envolver todos os trabalhadores na proposta. Por conta disso, existe resistência de uma parcela de funcionários da saúde em realizar atividades externas e integrar-se à comunidade, o que poderia representar um acolhimento mais efetivo aos usuários.

No entendimento de Xavier e Guimarães (2004), é preciso destacar a necessidade de interação entre as diferentes categorias que compõem a equipe, seja no espaço particular da unidade ou no âmbito mais amplo. O contato, a conversa, as trocas de informações, ou seja, o diálogo entre aqueles que integram a equipe pode ser considerado componente fundamental na direção do acolhimento e da integralidade.

Diante dos relatos obtidos nos diferentes grupos focais, verificou-se que os espaços formais existentes nas USF são considerados como atividades que contam com a participação de parte ou de todos os trabalhadores, agendadas com antecedência e realizadas periódica e continuamente.

Porque é justamente na quinta-feira, fecha-se o posto uma hora, então tentamos resolver, nós conversamos a respeito dos problemas, dos programas. (AE 1)

Essa é uma reunião geral [...] é feita na hora de almoço, pega inclusive as equipes da manhã e da tarde, PSF e não-PSF, todos os que estiverem lá, agentes comunitários e até o pessoal da noite [...]. (M 2)

Estes espaços enfocam a avaliação das ações desenvolvidas, a discussão de problemas e posteriores tomadas de decisão, que se configuram de

diferentes formas, considerando a organização interna de cada unidade. Estas ações incluem a reunião das equipes saúde da família, reunião na USF, reunião por grupos de trabalhadores responsáveis pelos programas e as oficinas que ocorrem anualmente.

Percebe-se, nos depoimentos apresentados, que existem diferentes estratégias para a discussão da organização do trabalho coletivo, de acordo com as possibilidades de cada unidade de saúde, na busca de soluções para os problemas específicos de seu cotidiano na produção de saúde.

[...] alguns casos especiais são discutidos, por exemplo, teve um óbito infantil. Por que morreu? O que aconteceu? Foi feito isso? Foi visto, não foi visto? Passou por consulta ou não passou? Teve puericultura ou não teve na época que devia ter? Os casos são discutidos ali naquela hora. (M 2)

A gente visita e traz para a unidade o caso. Assim por exemplo, ele tem um e eu tenho um, daí a gente vê qual [caso] é mais interessante, qual que precisa mais, para discutir, para dar uma solução. Daí a gente discute aquele caso e tenta resolver. (ACS 5)

De acordo com o enfoque dado pelos informantes, os espaços de discussão representam uma oportunidade de socialização das informações referentes aos indicadores de saúde, de aprendizagem, a partir da realização de estudos de caso e tomadas de decisão pela equipe.

A participação do trabalhador como sujeito histórico-social do processo de tomada de decisão é necessária e contribui no seu envolvimento em relação ao acolhimento das necessidades apresentadas pelo usuário e os espaços de discussão devem ser garantidos nas USF. A Saúde da Família possibilita caminhar além de um trabalho técnico hierarquizado, em um processo que privilegie a interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade

dos diferentes poderes, fortalecendo a equipe multiprofissional (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

O trabalho em equipe exige a inserção de um novo método na rotina dos profissionais. A prática evidencia a necessidade da equipe destinar horários para a discussão rotineira dos casos, no intuito de encaminhar coletivamente as soluções demandadas (BRASIL, 2000).

No entanto, algumas falas referem-se às reuniões mensais como espaço predominantemente informativo e não como momento para avaliação do trabalho e tomada de decisão. Também referiram dificuldades para viabilizar estes espaços de reunião, contando com a participação de todos os trabalhadores dos diferentes turnos de trabalho.

A coordenadora Y faz a reunião do mês, coloca os encaminhamentos da unidade, da vila, do programa de asma, e só. (AE 3)

É que a reunião de equipe é menor e na geral mais ampla e às vezes você passa só informação e se tiver alguma coisa para discutir, discute, se for assim um assunto, por exemplo, muito polêmico, é discutido em grupos mesmo, ou em reunião de turno que cada supervisora faz com o seu turno uma vez por semana, e as enfermeiras também fazem com suas equipes do PSF, com os médicos, auxiliares e os agentes. (E 4)

Na concepção de Almeida e Mishima (2001), um dos obstáculos que se colocam à ESF refere-se à elaboração de um projeto comum em que os diferentes fazeres atuem em sentido complementar, visando construir uma interação entre as diferentes categorias de profissionais e entre estes e os usuários.

A USF é produtora de serviços de saúde e não é constituída por apenas um profissional, mas por uma equipe produtora de intervenções necessárias na oferta de cuidados à saúde junto aos usuários, família e comunidade. Portanto, o

trabalho coletivo deve se sustentar num conhecimento que inclui as determinações bio-psico-sociais de saúde-doença. Logo, a assistência à saúde passa a ter característica de trabalho coletivo e complexo, tomando-se a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade como elementos necessários no desenvolvimento do trabalho (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Neste sentido, além da equipe de saúde formal que compõe a ESF, os trabalhadores reconhecem que necessitam da atuação de outros profissionais na equipe.

Eu só queria colocar assim, que viessem mais profissionais, tipo nutricionista, professor de educação física, psicólogo, fisioterapeuta. Um apoio. (AE 9)

Além dos médicos e dos enfermeiros e auxiliares, tem que ter uma assistente social, tem que ter fisioterapeuta, tem que ter conselho do idoso, tem que ter conselho tutelar. (M 6)

É o que eu falo que está incompleto, que precisava de assistente social e de psicólogo, que nós somos tudo isso. (ACS 5)

Vale ressaltar a importância da participação de outros profissionais na composição da ESF, o que representaria maior complementaridade e possibilidade de avanços no desenvolvimento do trabalho multiprofissional em saúde. Há que se registrar, no entanto que a simples incorporação de novas categorias pode representar uma fragmentação ainda maior na assistência prestada.

Uma vez tendo sido analisadas as concepções dos diferentes trabalhadores sobre o trabalho em equipe, foi possível perceber que os profissionais consideram importante a reflexão proporcionada pelos espaços de discussão, com vistas a repensar a própria prática.

Neste contexto, o trabalho em equipe pressupõe uma nova atitude de mudança no fazer saúde e isto implica em mudanças estruturais na forma de gestão do trabalho em equipe, ampliando espaços democráticos de discussão, de escuta, trocas e decisões coletivas, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe (BRASIL, 2004a).

Detectou-se problemas na consolidação dos pressupostos do trabalho em equipe, como algo a ser construído no cotidiano da USF, por meio da integração de todos os profissionais, como possibilidade de transformação do modelo de atenção em saúde, evitando a fragmentação da equipe. Assim, os relatos indicam que persiste a necessidade de uma maior interação, ao mesmo tempo em que se percebe que o trabalho em equipe torna possível potencializar as ações já iniciadas, bem como estimular e dar suporte para as ações ainda a serem desenvolvidas, com vistas a promover o acolhimento.

Deste modo, entende-se que os espaços de socialização mostram-se importantes por tornar possível que cada profissional sinta-se sujeito do processo de construção de uma prática voltada para o desenvolvimento de ações integradas em saúde, ao mesmo tempo em que amplie a compreensão acerca de suas próprias potencialidades na resolução dos conflitos do cotidiano de trabalho.

De forma semelhante, enfatiza-se a importância da formação de equipes multiprofissionais, haja vista a complexidade da atenção em saúde. Além disso, a interdisciplinaridade pode ser apontada como uma estratégia quanto à forma de composição do trabalho em equipe. Nestes termos, a mudança da composição desta não diz respeito apenas à incorporação de novos agentes, mas sobretudo à busca pela superação da fragmentação por meio da

interdisciplinaridade, contribuindo para a construção de novos saberes, apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante a criação de novas práticas.

Tendo em vista os resultados obtidos, observa-se, em algumas situações, a ausência de incorporação e da apropriação dos conceitos inerentes à ESF. No âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005d), muito se tem discutido como contribuir para novas formas de pensar e agir nos espaços de atenção à saúde no sentido de efetivar a transformação do modelo de atenção por meio da educação permanente em saúde (EPS).

A política de EPS parte de um pressuposto importante: que os processos educativos ocorrem no mundo do trabalho, na realidade, incorporando o fato de que os saberes são sempre contextualizados e que os processos de ensino-aprendizagem devem ter como motivações fundamentais as experiências dos trabalhadores e o contexto em que ocorrem as práticas de saúde. Desta forma, os espaços de trabalho devem permitir aos trabalhadores a expressão de suas capacidades, em termos de autonomia, iniciativa, participação, diálogo, negociação e intervenção sobre as situações próprias ao seu trabalho (BRASIL, 2005d).

Nesta categoria, foi possível analisar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, referente à organização e os métodos de trabalho. Assim, abordou-se a organização da demanda, as ações desenvolvidas visando a atenção domiciliar e o desenvolvimento do trabalho em equipe.

CAPÍTULO V- CONCLUSÕES

Verifica-se que os sujeitos participantes deste estudo apresentam a compreensão do conceito de acolhimento como respeito, possibilidade de acesso aos serviços de saúde, escuta, responsabilização e resolutividade dos problemas/necessidades de saúde dos usuários e comunidade. Mas os profissionais reconhecem que em algumas situações, a atuação ocorre de forma fragmentada.

Na prática destes profissionais, a escuta, a construção da autonomia do usuário, a responsabilização e busca da resolutividade pelo trabalhador dos problemas/necessidades de saúde do usuário e comunidade foram identificados como componentes do acolhimento e relacionados com o modelo de atenção.

No que se relaciona à escuta, os informantes apontaram sua relevância durante o acolhimento, como modo privilegiado de interpretar o pensar, o sentir e o agir do usuário, representativos da escuta não-verbal, assim como a percepção de sua realidade cotidiana. No entanto, a escuta não ocorre de forma plena, em decorrência de fatores que interferem no cotidiano da USF, tais como a estrutura física inadequada e a postura de alguns integrantes da equipe.

No tocante ao acolhimento e à promoção da autonomia do usuário, os profissionais relatam que os usuários apresentam dependência dos serviços de saúde e os utilizam desnecessariamente. Tal situação poderá interferir na descoberta das necessidades/problemas de saúde do usuário e desencadear também a ampliação da medicalização da sociedade.

Quanto à importância da promoção da autonomia no usuário, prevalece, na prática dos profissionais, ações de educação em saúde por meio de palestras e aulas, prioritariamente desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, repassando informações, sem ampliar a capacidade de análise e intervenção das pessoas em seu modo de viver.

Na análise acerca da responsabilização/vínculo nos cuidados em saúde, foram encontrados resultados que apontam para a presença de ações que visam assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde do usuário; no entanto, esta prática não se mostra constante nas USF.

Foi possível perceber também que a responsabilização e a resolutividade relacionam-se com a atuação intersetorial, bem como pressupõem a garantia de atenção nos demais níveis de assistência em saúde, a qual nem sempre está ao alcance somente dos profissionais que atuam na USF. As diferentes formas de compreender o SUS também representam fatores que podem interferir na responsabilização e resolutividade.

As diferentes falas recortadas na discussão dos resultados da pesquisa são indicadores seguros de que a resolutividade depende do acolhimento e responsabilização clínica e sanitária dos profissionais no desenvolvimento das ações envolvendo o coletivo da equipe saúde da família e demais serviços de saúde. Assim, a efetivação da responsabilização depende da reorganização e da definição de novas metodologias do trabalho em saúde.

Na análise da organização e métodos de trabalho na USF, com vistas ao acolhimento ao usuário, foram identificadas algumas dificuldades e

facilidades quanto à organização da demanda, a atenção domiciliar e ao trabalho em equipe.

Uma dificuldade relatada encontra-se relacionada ao aumento da demanda de serviços, sem a ampliação adequada de recursos humanos, responsável, em alguns casos, pela pressão exercida sobre o trabalhador, a qual pode interferir no momento do acolhimento. Esta situação reflete a consequência da própria implantação da ESF, que possibilitou a proximidade e contato maior de todos os profissionais da equipe, em especial dos ACS, com a comunidade.

Verificam-se também dificuldades na organização do trabalho na USF, que se fundamenta com maior ênfase no atendimento da demanda espontânea, e não adotando estratégias diferenciadas com vistas a atingir o equilíbrio no atendimento à demanda espontânea e à ação programática.

No que diz respeito à atenção domiciliar, as facilidades referem-se ao fato de que, embora já fossem realizadas, as VD passaram a ser institucionalizadas. Com a implantação da saúde da família, os profissionais passaram a conhecer melhor o território e os problemas de saúde da comunidade, apropriando-se da realidade do usuário, com vistas a contribuir para o acolhimento e a construção de vínculos.

No entanto, existe uma parcela de profissionais que não realizam atividades externas à USF. Ressaltou-se que o atendimento realizado no domicílio pelo médico e pela equipe de enfermagem, volta-se prioritariamente para o atendimento ao acamado, deixando de realizar uma ação direcionada para a família.

Detectou-se, como principal dificuldade no tópico referente à atenção domiciliar, que, para alguns profissionais, a VD representa uma obrigação,

demonstrando não ter sido ainda incorporada como forma de promover a responsabilização/vínculo e acesso ao contexto familiar e social do usuário.

Quanto ao trabalho em equipe, ponto central da organização do trabalho em saúde na ESF, pode-se destacar como facilidade a compreensão demonstrada ao longo de toda a análise dos resultados de que a equipe de saúde da família representa um espaço de novas práticas em saúde.

Os espaços de discussão também são pontos positivos na realidade dos profissionais, os quais relataram que estes são importantes, embora se constituam, por vezes, em canais meramente informativos.

De forma semelhante, outro conflito que ainda não apresenta consenso nas USF diz respeito ao não-reconhecimento da importância do trabalho de cada membro integrante da equipe saúde da família, ocasionando a fragmentação, dificultando a atenção às necessidades clínicas e familiares dos usuários. Existe ainda a supremacia da prática médica, restringindo a atuação de uma equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar.

Para superar esta fragmentação, é imprescindível que todos os membros reconheçam não apenas suas atribuições básicas, mas a de todos os demais componentes da equipe, como sujeitos que constroem o fazer em saúde no coletivo. Os resultados encontrados não revelam a integração efetiva de todos os profissionais na USF. A proposta de transformar a US em USF não foi incorporada por todos os trabalhadores.

Acolher envolve a escuta, a responsabilização/vínculo, a resolutividade e a busca da transformação do modelo de atenção ainda voltado para a doença. A análise das práticas dos profissionais, bem como as facilidades e

dificuldades evidenciadas no trabalho em equipe, considerado como elemento essencial na transformação do modelo atual, revelaram que a ESF encontra-se em permanente construção e existe uma série de fatores intervenientes na consolidação da proposta de integração que se faz necessário serem acompanhados e avaliados continuamente diante das demandas do trabalho em saúde.

A EPS pode se constituir numa estratégia às transformações necessárias no trabalho em saúde, possibilitando reflexões e intervenções em duas questões ainda frágeis: a promoção da autonomia nos usuários e a construção de um novo fazer em equipe.

Ao longo deste estudo e tendo em vista a complexidade do tema em discussão, verifica-se que todas as questões analisadas encontram-se interligadas, sendo possível concluir que o acolhimento não se refere apenas a uma ação isolada, mas a toda uma postura coletiva por parte dos profissionais na produção de saúde voltada às necessidades trazidas pelo usuário. Assim sendo, o acolhimento constitui um elemento central que contribui na consolidação de um modelo de saúde que incorpore de forma mais efetiva a integralidade e a equidade no atendimento às pessoas.

No entanto, o acolhimento no cotidiano dos profissionais das US analisadas não acontece de forma plena dentro da proposta de transformação do modelo de atenção. Observa-se um movimento na construção desta nova proposta de atendimento, voltada à integralidade, mas o conceito do novo modelo ainda não foi incorporado nas práticas. O acolhimento somente será consolidado quando conseguirmos alcançar a abordagem integral do ser humano; à medida que as ações em saúde estiverem voltadas plenamente para atender as necessidades e

problemas dos usuários e ainda quando o processo de saúde-doença for o foco de nossa atenção. Sendo assim, faz-se necessário problematizar a nossa prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tarefa de analisar o acolhimento no cotidiano dos profissionais da equipe saúde da família no município de Londrina revelou muitas inquietações e permitiu ampliar a compreensão sobre a complexidade do tema estudado, diante das diferentes concepções que perpassam o mundo do trabalho em saúde.

Como limitações deste estudo, entende-se que o instrumento utilizado, ou seja, a entrevista semi-estruturada, pode ter apresentado deficiências, seja na aplicação, na exploração do tema ou no decorrer da realização do grupo focal pelos pesquisadores. Ademais, a natureza da análise de conteúdo temática na pesquisa qualitativa, com o propósito de contribuir na aproximação do objeto estudado, deixou explícita a posição pessoal da pesquisadora quando da definição das categorias.

O acolhimento traz como elementos intrínsecos a escuta, uma nova percepção sobre o cuidado, em detrimento da mera realização de procedimentos, buscando enxergar os diferentes sujeitos – usuários e trabalhadores - que apresentam subjetividades distintas.

É importante também frisar o caráter peculiar da atuação em saúde, tendo em vista que cada profissional carrega consigo um modo de ver e pensar o mundo. Desta forma, cada ação reflete a intencionalidade do trabalhador que a

executa, envolvendo também a concepção do mesmo sobre o compromisso e o respeito que devem nortear qualquer atividade profissional.

A partir das considerações tecidas, verifica-se que mesmo tendo em vista a efetividade das ações da ESF, o modelo de atenção ainda se encontra fundamentado na proposta biológico-mecanicista de assistência em saúde. É preciso, portanto, refletir sobre as possíveis ações que podem ser implementadas no sentido de transformar esta visão a partir da ótica da atenção ao usuário nas suas necessidades e espaços de vivência.

Cabe acrescentar que o enfoque das angústias e pressões vivenciadas e relatadas pelos profissionais deve voltar-se para a compreensão de que acolher não implica somente na resolução dos problemas trazidos pelo usuário, mas deve dar ênfase à qualidade da atenção que lhe é dispensada, determinada principalmente pelo acolhimento efetuado no momento do encontro entre os diferentes sujeitos da relação de assistência à saúde. Ademais, o acolhimento não deve se restringir apenas aos trabalhadores inseridos na USF, mas é essencial que seja incorporado por todos os profissionais dos diferentes serviços de saúde.

Vislumbra-se, na perspectiva de contribuir para a transformação do atual modelo de atenção, a necessidade da participação ativa de cada profissional, impressa na promoção da autonomia no cuidado, na escuta, na responsabilização, culminando na resolutividade dos problemas/necessidades de saúde, ou seja, na promoção do acolhimento como resposta para um novo modelo de atenção, não mais focado na doença, mas no usuário, como sujeito singular, dotado de anseios, crenças, valores e direitos específicos.

O trabalho em equipe mostra-se como elemento imprescindível para a consolidação deste novo fazer em saúde, visando acolher e escutar os problemas/necessidades das pessoas. Assim sendo, sem o trabalho em equipe não será possível a realização de qualquer mudança.

A partir dos resultados obtidos, é importante que se enfoque a educação permanente em saúde como proposta para as transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área de saúde. A partir da mudança dos paradigmas de ensinar e aprender, podem consolidar-se as novas formas de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos usuários.

Por meio da educação permanente, os diferentes atores sociais envolvidos no processo de atenção à saúde podem questionar sua própria maneira de agir, o trabalho de equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única, num trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, possibilitando reorganizar simultaneamente os serviços e os processos formativos, reformulando as práticas educativas e as de saúde.

Neste sentido, a implantação do curso de facilitadores em educação permanente em saúde no município de Londrina, ao final de 2005, além de projetos a serem desenvolvidos, como o Projeto da Residência Médica em Saúde de Família e Comunidade e o de Residência Multiprofissional, poderão, talvez, contribuir para estabelecer novas formas de atenção à saúde, buscando a superação da fragmentação e segmentação do cuidado, por meio da construção de uma nova consciência sanitária e adesão de todos os envolvidos, serviços, comunidade e academia, a um modelo entendido a partir das diretrizes de acolhimento,

responsabilização/vínculo e resolutividade dos problemas e necessidades de saúde do usuário/comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 11, p.150-153, 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. PEDUZZI, M. A pesquisa de enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão da qualificação da prática de enfermagem. In: **Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Enfermagem**, 51, Congresso Panamericano de Enfermeria, 10, 1999. Anais...

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 20-22, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília, DF, 2005a.

_____. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, DF, 2004a.

_____. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. 20. ed. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998.

_____. Conselho Nacional de saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, out. 1996.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, Brasília, DF, 2005b.

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília, DF, 2005c.

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – Integradora. Brasília, DF, 2005d.

_____. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento da Atenção Básica. A implantação de uma Unidade de Saúde da família: Documento Consulta. **Cadernos da Atenção Básica**, Brasília, n.1, 2000. Estratégia Saúde da Família.

_____. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 2002.

CAMPOS, G. W. et al. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho e equipe de saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, 30:3, p. 285-293, 1996.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO. 2001. p.113-125.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 9., 2005, Londrina. **O SUS é para todos**. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio**: dicionário de língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161-198.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.15, n. 2, p. 245-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-123.

GONÇALVES, R. B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde e características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centro de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUTIERREZ, P. R. **A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais em Londrina: os dilemas e as discontinuidades do processo**. 1999. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

JUNQUEIRA, L. D. A. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **RAP-Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p.11-22, 1998.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, 1995.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **O papel da Policlínica Municipal**. Londrina, 2004a.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2004-2005**. Londrina, 2004b. Versão preliminar.

_____. **Programa de saúde da família.** Londrina, 2001.

_____. **Projeto municipal de expansão de saúde da família.** Londrina, 2003.

_____. Londrina tem menor mortalidade infantil da sua história. **BIS - Boletim Informativo Saúde**, Londrina, ano 9, n. 38, p. 1-8, 2005.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 9-20.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, 2000.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 9-24, 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações saúde). In: CECÍLIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-160.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**: 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Pápagos Livros, 1999. p. 25-48.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Bahiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, 2000.

RAMOS, M. L. R. **O trabalho da enfermeira no serviço municipal de saúde de Londrina**. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SENA, R. R.; DUARTE, E. D. Contribuição para a construção do percurso metodológico do projeto classificação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC**. Brasília: ABEn, 1999. p. 325- 333.

SILVA, S. F. **A construção do SUS a partir do município**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA BRAGA, R. V. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 75-89.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 241-257.

SILVEIRA, P. A. F. O acolher Chapecó. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004. p. 70-78.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** 1. ed. Porto Alegre: Tomo, 2000.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.133-155.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – SOLICITAÇÃO À SMS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: “REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA –UM RETRATO DO PROCESSO”

Eu, _____,
concordo em participar dessa pesquisa que tem por objetivo avaliar como os princípios e diretrizes do SUS da integralidade, da participação e da resolutividade estão sendo implementadas na organização e prática das equipes de saúde da família.

Entendo que estarei participando deste grupo focal discutindo situações relacionadas ao processo de trabalho e a integração com a comunidade na definição das ações desenvolvido na Unidade de Saúde. A participação de minha pessoa enquanto funcionário **não** será tratado como uma avaliação de meu desempenho

profissional e que **não** serei, individualmente, objeto de nenhum tipo de avaliação. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento.

Estou ciente de que a discussão do grupo será gravada, as informações obtidas são confidenciais e que os resultados serão divulgados de forma global e anônima.

Em caso de dúvida posso esclarecer com o próprio observador ou com a coordenação da pesquisa Rossana Baduy, pelo telefone: 3371-2398. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa e me recusar a participar no momento em que quiser, sem qualquer prejuízo para mim.

Autorização: _____

Londrina: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Primeiro momento:

- Descontração e entrosamento;
- Explicação dos objetivos da pesquisa e obtenção do termo de consentimento.

Segundo momento:

- O que vocês entendem por acolhimento?
- Como acontece o acolhimento na sua USF?
- Como é o trabalho da USF? Quais são as dificuldades e facilidades?
- Como são as relações entre os profissionais da USF?
- Como são as reuniões na USF?

Terceiro momento:

- Considerações complementares.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA INICIAL

ANEXO 3 - TERMO DE APROVAÇÃO DO SUBPROJETO

