

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

**ACOLHIMENTO E PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE-RS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialização em Saúde Pública.

ORIENTADOR: PROF. JOÃO FALK

PORTO ALEGRE – 2008

RESUMO

O acesso dos usuários aos serviços de saúde é uma preocupação constante no cotidiano das pessoas que necessitam de atendimento, bem como dos profissionais que fazem a assistência. Superando a questão de oferecer apenas acesso, vem se discutindo sobre a qualificação desse momento através da realização de estratégias de acolhimento. Os objetivos deste trabalho são relatar uma experiência de acolhimento coletivo que ocorreu em uma unidade de saúde da família de Porto Alegre no período de abril a novembro de 2007, e também compreender como essa estratégia poder contribuir para qualificar a atenção e modificar as realidades de saúde da população. Utiliza-se uma metodologia descritiva, de natureza qualitativa, baseada no relato da experiência de um médico de família e na revisão bibliográfica acerca do tema. Percebe-se que o acolhimento coletivo possibilitou modificações importantes na relação entre equipe de saúde e usuários, bem como permitiu a (re)organização do processo de trabalho na unidade de saúde. Entretanto, a participação dos profissionais foi restrita, mesmo havendo discussões sobre a importância do engajamento interdisciplinar para o sucesso das ações.

Uni termos: Acolhimento, Humanização da Assistência, Programa Saúde da Família, Processo de Trabalho, Equipe de Assistência à Saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução	04
1.1 – Definição do problema.....	04
1.2 – Justificativa.....	05
1.3 – Objetivos	06
1.3.1 – Objetivo Geral	06
1.3.2 – Objetivos Específicos	06
2. Procedimentos Metodológicos	06
3. Desenvolvimento do Conteúdo	06
3.1 – Relato de Experiência	06
Caracterização da Unidade de Saúde.....	06
Forma de acesso dos usuários e organização do processo de trabalho.....	07
Contexto avaliativo do acesso dos usuários na USF – discussão na equipe.....	09
Elaboração de uma proposta de Acolhimento (chamado de Acolhimento Coletivo) .	10
Nova configuração do acesso e reorganização do processo de trabalho	14
3.2 – Revisão Teórica	16
Acolhimento: modelos assistenciais e a clínica moderna.....	16
Humanização: repensando as práticas assistenciais do trabalho em saúde	18
O Acolhimento como forma de humanização das práticas em saúde	20
Organizações de grupo e trabalho em equipe na USF	22
O processo de trabalho no PSF e o Acolhimento.....	29
4. Considerações Finais	33
Referências Bibliográficas	37
Anexos	

1. Introdução

1.1 Definição do problema

Mesmo com o estabelecimento constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, e com todo o processo de implementação do SUS nos seus quase 20 anos, no Brasil, com todas as desigualdades sócio-econômicas, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com várias lacunas.

Em relação ao acesso, consideram-se aspectos geográficos (físicos), econômicos e funcionais (entrada dos usuários, com suas necessidades, nos serviços de saúde e funcionamento desses serviços). Com a implantação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), esses aspectos vêm sendo minimizados, ou seja, as dificuldades de acesso vêm diminuindo, mas ainda nos deparamos com o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.

Diante dessas dificuldades e desafios, o Ministério de Saúde vem propondo desde 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Este trabalho pretende, contextualizando-se na Humanização da Saúde e nos Princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), estabelecer uma associação com a prática em uma Equipe de Saúde da Família no Município de Porto Alegre, a partir do relato de uma experiência de Acolhimento (denominada de Acolhimento Coletivo pelos trabalhadores da USF) dos usuários ocorrida na Unidade de Saúde da Família (USF) São Borja. Dessa forma, trazemos como problema de pesquisa: A estratégia de acolhimento implementada na USF São Borja permite contribuir para modificar a realidade de saúde e qualificar a atenção no SUS?

1.2 Justificativa

A organização dos serviços de saúde para garantir e melhorar o acesso dos usuários é um pensamento cotidiano nas discussões do Controle Social (Conferências e Conselhos de Saúde) e, também, dos trabalhadores em saúde, no que diz respeito ao processo de trabalho, organização da demanda, ampliação da cobertura e humanização. Diariamente nos meios de comunicação, e até em alguns dizeres populares, percebe-se que a população, muitas vezes, tem extrema dificuldade de receber atenção integral aos seus problemas de saúde, o que pode ser ilustrado pelas filas na frente dos postos de saúde, nos leitos espalhados pelos corredores dos hospitais, na espera infundável por medicamentos ou exames.

Toda essa diversidade de complicações associada ao despreparo de muitos profissionais de saúde para lidarem com aspectos subjetivos das pessoas, distanciando o olhar do corpo doente para ver o contexto individual, familiar e comunitário. Associa-se também às dificuldades da saúde a existência de gestores incapazes de planejar ações condizentes com a realidade da população e de garantir situações dignas de trabalho para os profissionais de saúde.

Nesse contexto, relatar experiências que vislumbrem a diminuição dessas dificuldades e contribua com melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, o que é propósito deste trabalho de pesquisa, pode servir para reorganização do processo de trabalho em saúde nas equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, possibilitar a transformação da relação profissional/serviço de saúde – usuário no sentido de efetivar o SUS como política em defesa da vida, garantindo, assim, a equidade e integralidade da atenção.

Utilizando-se de experiências inovadoras, o Ministério da Saúde, bem como, e principalmente, os gestores municipais e estaduais, podem formular propostas ou políticas de melhoria do acesso, acolhimento e humanização da assistência à saúde. Para fortalecer o planejamento e implementação dessas políticas, o Controle Social tem papel fundamental, divulgando as experiências e ampliando a discussão na sociedade civil.

Em nível local, das Unidades de Saúde da Família, a articulação da equipe multiprofissional com os usuários pode se fortalecer agregando teorização, proveniente das pesquisas realizadas sobre o tema, às práticas que vem sendo trabalhadas e vivenciadas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Compreender como a experiência do Acolhimento Coletivo realizada na USF São Borja pode contribuir para a aplicação da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde.

1.3.2 Objetivos específicos

- Descrever a estratégia de acesso dos usuários à Unidade de Saúde São Borja, na forma de Acolhimento Coletivo;
- Analisar como a experiência do Acolhimento Coletivo pode contribuir para qualificar a atenção e modificar a realidade de saúde.

2. Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, com base em revisão da literatura e relato de experiência de um Médico de Família (autor deste trabalho) sobre a estratégia de Acolhimento realizada na USF São Borja no período de abril a novembro de 2007. O Relato de Experiência foi realizado posteriormente à implantação do acolhimento na unidade de saúde.

A revisão da literatura foi realizada através da busca por artigos através do portal da BIREME. Utilizaram-se como descritores: Acolhimento, Humanização da Assistência e Programa Saúde da Família.

3. Desenvolvimento do conteúdo

3.1 – Relato de Experiência

Caracterização da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde da Família São Borja está localizada na Zona Norte de Porto Alegre, região da Gerência Distrital Norte Eixo-Baltazar, próxima ao bairro Sarandi. A área denominada bairro São Borja existe há mais de 40 anos, na qual moram predominantemente aposentados, alojados em casas de alvenaria, algumas

bem amplas e com boas acomodações. Há mais ou menos 14 anos, uma área verde próxima ao bairro começou a ser ocupada por moradores vindos de algumas vilas de Porto Alegre, iniciando a formação da Vila Ipê, onde se encontram moradias de alvenaria menores, e muitas casas mistas (material e alvenaria) ou só de material. Na Vila, existem problemas com energia elétrica (muitos gatos) e com saneamento básico (gatos de água, esgoto a céu aberto, alagamentos em épocas de chuvas).

O posto de Saúde da Família, antes uma Unidade Básica de Saúde, existe desde 1992, sendo reconhecido como uma aquisição da mobilização comunitária. De frente para a principal rua do bairro, a Unidade de Saúde arquitetava-se com uma área coberta na entrada, uma sala de espera próxima à recepção que tem uma divisória com a farmácia, uma sala de vacinas, uma sala de nebulização, uma sala de avaliação clínica bem pequena. Adentrando no corredor ao lado da recepção, observa-se a sala de curativos e procedimentos, duas pequenas salas para limpeza e preparo de materiais, o gabinete odontológico, um pequeno consultório e três consultórios mais amplos ao final do corredor. Uma área externa (jardim) separa esse primeiro prédio de uma cozinha, um banheiro e uma sala de reuniões e grupos.

Trabalham na Unidade 7 Agentes Comunitários de Saúde - ACS (uma das microáreas está descoberta após o falecimento da agente responsável há 2 anos), 4 técnicas de enfermagem, 2 enfermeiras, 2 médicos, 1 dentista, 1 técnica de higiene dental, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 auxiliar de limpeza. Esses profissionais formam duas equipes de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, sendo responsáveis por atender uma população de aproximadamente 4500 pessoas. As equipes atendem áreas separadas geograficamente, com 4 microáreas para cada uma. A divisão de consultas ocorre para os agendamentos, programas (pré-natal, puericultura, hipertensos) e visitas domiciliares, ficando as consultas-dia (urgências) sob responsabilidade de todos.

Forma de acesso dos usuários e organização do processo de trabalho

Até Abril de 2007, o acesso dos usuários ao posto São Borja se dava através de consultas agendadas quinzenalmente (programas ou agendamentos), ou consultas-dia após triagem realizada pelas enfermeiras.

A cada 2 semanas, abria-se a agenda de consulta médica na Unidade de Saúde. Alguns dias antes da marcação, havia divulgação da data de agendamento

com comunicação pelos ACS aos usuários, ou afixação de cartazes na frente do posto. Para marcar uma consulta, o usuário entrava na fila formada no dia de marcação. Habitualmente, a partir das 4 horas da manhã, já havia os primeiros. Cada integrante da fila podia marcar atendimento para si ou para alguém da família, respeitando a “regra” de uma pessoa por prontuário de família. Geralmente 2 ou 3 profissionais ficavam responsáveis pelo agendamento, chamando cada usuário e entregando o dia e horário de consulta. Quase sempre, todos que estavam na fila conseguiam programar uma consulta para as próximas duas semanas.

As consultas marcadas no dia de agenda, aconteciam no período da manhã, para os 2 médicos. No turno da tarde, os atendimentos ficavam destinados às ações programáticas com agenda aberta, ou seja, gestantes, lactantes e seus filhos, portadores de hipertensão e/ou diabetes e acamados tinham consultas programadas conforme comparecimento ao posto de saúde. Para o pré-natal e puericultura, quando o paciente saía do consultório médico ou de enfermagem, já agendava a próxima consulta. Para os diabéticos e hipertensos, a marcação era feita pelas enfermeiras em avaliação (triagem).

No restante do horário da manhã (meio turno) aconteciam os atendimentos de urgência (consultas do dia ou consultas para aqueles que não compareceram no dia de marcação). Apesar de não haver divulgação do número para a comunidade, havia 12 consultas reservadas para esse tipo de atendimento (6 para cada médico), que se somavam às outras que já haviam sido agendadas. Diariamente, formava-se uma fila com 20 a 40 pessoas que solicitavam atendimento médico no mesmo dia. Essas pessoas eram acolhidas pelas enfermeiras na sala de avaliação. Após alguns minutos, o usuário/paciente recebia três orientações possíveis: consultar no mesmo dia, ir para a emergência do hospital ou vir num dia de marcação de consultas. Dado o limite de consultas-dia, esta opção encaminhada pelas enfermeiras oportunizava, na maioria das vezes, o atendimento para os que haviam chegado primeiro na fila. Como a escuta feita pelas profissionais era individual, observavam-se freqüentemente na recepção do posto várias pessoas aguardando o chamado para a avaliação, dessa forma aqueles que compareciam à unidade por volta das 8 horas (horário de abertura do posto) eram chamados somente às 11hs. A demora para a avaliação das enfermeiras gerava inquietação dos pacientes/usuários e, não raramente, instalava-se um conflito entre um deles com profissionais do posto.

Eventualmente, a escuta também era feita por técnicas de enfermagem. Os médicos não participavam desse momento.

Outras formas de acesso ou agendamento já foram discutidas pela equipe de saúde, contando inclusive com a participação do Conselho Local de Saúde e de Assembléias na comunidade. Marcação mensal, semanal, agenda aberta, foram opções que fizeram parte do cotidiano atendimento da Unidade São Borja, todas, após discussão, deram lugar ao modo descrito anteriormente. A marcação de consultas para atendimento de saúde bucal era feita de forma distinta e não foi objeto de discussão neste trabalho.

Contexto avaliativo do acesso dos usuários na USF – discussões na equipe

Alguns fatores contribuíram com novas discussões sobre a forma de acesso dos usuários ao posto de saúde e, portanto, às consultas médicas ou de enfermagem.

Não fazia muito tempo, a coordenação da Unidade havia mudado de mãos. Chegou ao posto, com a responsabilidade de gerenciar a equipe de saúde, uma enfermeira com formação em Saúde da Família e experiência em PSF (Programa Saúde da Família).

De dezembro de 2006 a março de 2007, a equipe contava apenas com um médico, pois o segundo fora transferido para outra unidade. Na ocasião, em março de 2007, um novo médico foi contratado para completar a equipe; no caso, o autor deste trabalho.

Os conflitos com os pacientes/usuários eram muito freqüentes por causa da demora nas avaliações e na marcação de consultas, o que gerava tensão e estresse nos integrantes da equipe de saúde e na população, conforme insatisfação notada pelos Agentes de Saúde durante as visitas domiciliares. Somava-se a isso uma cultura organizacional voltada para o assistencialismo e para intervenções imediatistas, o que contribuiu para instituir, na população, uma cultura de necessidades curativas, prescritivas, de solicitação de exames e de atendimento urgente.

Esse contexto tornou propício um espaço para uma redefinição do acolhimento dos usuários na unidade de saúde, que ocorreu com a organização das

reuniões de equipe (semanais nas sextas-feiras) e priorização da pauta acesso/acolhimento para discussão.

Elaboração de uma proposta de Acolhimento (chamado de Acolhimento Coletivo)

Evidenciando a necessidade de mudança, os profissionais da equipe de saúde passaram a discutir a construção de uma nova proposta de acolhimento/acesso dos usuários à unidade. Uma parte das reuniões semanais (30 min a 1 h) ficava destinada à discussão.

Três reuniões foram necessárias para a construção de uma proposta de acolhimento para a equipe de saúde do PSF São Borja. A primeira reunião tratou da delimitação, elucidação e socialização do problema. Os profissionais fizeram um levantamento das situações-problema que estavam relacionadas ao acesso dos usuários. A questão levantada inicialmente versava sobre os conflitos profissionais-pacientes por causa da demora nas avaliações. Conforme estava organizada a equipe, seria difícil resolver essa situação, já que as enfermeiras chamavam cada paciente para avaliação e escuta individual em uma sala, e os médicos não participavam desse momento, permanecendo nos consultórios à espera dos pacientes encaminhados pela enfermagem. A idéia era que os profissionais sentiam-se desrespeitados e a população atendida com “má-vontade”. Outro problema evidenciado era a própria fila. Problematizou-se que a fila não garantia equidade, que valorizava quem chegava primeiro, sem o estabelecimento de critérios para avaliação, além disso, havia o transtorno de comparecer ao posto ainda de madrugada para tentar uma “ficha”, ou ainda negociar com alguém mais resistente um lugar na fila mediante o pagamento de uns trocados (compra e venda de lugar na fila). Durante as discussões, pôde-se observar que os sentimentos de alguns profissionais foram compartilhados com todos, como os das técnicas de enfermagem que se sentiam muito pressionadas pelas pessoas que aguardavam na fila, das enfermeiras que tinham toda a responsabilidade de decidir os encaminhamentos para os pacientes, e dos agentes de saúde que recebiam as reclamações dos usuários em suas microáreas. Entretanto, não houve aprofundamento das reflexões sobre esses sentimentos.

A segunda reunião para reorganização do acesso dos usuários à unidade de saúde teve como temática a discussão conceitual sobre acolhimento e apresentação

de uma proposta para implementar no posto. Para o diálogo sobre acolhimento, foi entregue uma folha em cujo conteúdo observavam-se alguns conceitos, o que serviu como norteador da discussão. Os profissionais da equipe de saúde puderam ler os conceitos e comentar suas opiniões sobre o tema. A maioria dos presentes aparentou demonstrar interesse no assunto, enfatizando a pertinência de falar sobre acolhimento. Discutiu-se que já se fazia certo acolhimento na unidade de saúde, que a avaliação/escuta feita pelas enfermeiras não correspondia apenas a uma triagem de problemas, mas se prezava pela resolubilidade. O problema de as coisas não funcionarem bem, segundo alguns profissionais, seria que a “Prefeitura” havia imposto que todos os postos fizessem acolhimento, associando essa forma de trabalho a uma consulta, ou seja, todos que chegassem ao posto deveriam passar por uma consulta médica, e que, além disso, os responsáveis por fazer o acolhimento seriam apenas os enfermeiros. Não encontramos na unidade, porém, documento ou portaria municipal que determinasse essa forma de atender.

A outra parte da segunda reunião foi a apresentação de uma proposta de acolhimento dos pacientes/usuários da comunidade atendida pelo posto São Borja. Da mesma forma que a discussão anterior, foi entregue um papel contendo a proposta, e abriu-se espaço para as opiniões e sugestões dos profissionais da equipe. A proposta (em anexo) consistia numa reformulação das agendas, da marcação das consultas e dos atendimentos médicos e de enfermagem. Em relação à agenda, a idéia foi acabar com o dia de marcação de consultas e deixá-la aberta. Acabava-se, dessa forma, com a fila do agendamento. A marcação passou a ser feita no acolhimento, permanecendo a programação das consultas de pré-natal, puericultura, exame ginecológico e hipertensos/diabéticos. Os retornos com exames solicitados em uma consulta eram agendados diretamente na recepção do posto, a qualquer hora (caso não fosse pedido urgente, o que era visto no acolhimento).

O problema principal, sob o olhar da equipe de saúde, estava na fila diária formada na frente do posto através da qual as pessoas tentavam uma consulta-dia ou de urgência. Para mudar isso, a proposta de acolhimento apresentada sugeria a realização de um grupo composto por alguns profissionais da equipe de saúde e por todos os usuários/pacientes que estivessem na fila. A idéia consistia em convidar todos os usuários para a sala de reuniões da unidade e fazer o acolhimento em grupo. Então, montou-se uma seqüência a seguir, iniciando com uma fala de um profissional sobre a organização do posto, a marcação das consultas, a percepção

do que é urgência ou emergência, a necessidade de estabelecer critérios de risco. Passava-se então para um momento aberto aos usuários, para que falassem o que estavam pensando, quais dúvidas tinham sobre o posto ou sobre saúde/doença. Por fim, os profissionais ouviam todos os presentes para conhecerem suas necessidades e dialogarem os encaminhamentos. Esse momento era previsto para acontecer das 8 às 8:45 todas as manhãs. Após a apresentação da proposta, a equipe fez uma discussão e organizaram-se os profissionais que iriam participar (alguns, de início, já disseram que não queriam). Dois questionamentos foram discutidos, como seria e quem faria a escuta das necessidades dos pacientes, e qual seria a abordagem junto àqueles que chegassem depois do horário previsto.

A proposta dizia que o acolhimento deveria ser realizado por todos os profissionais (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes de saúde, podendo participar, também, a equipe de saúde bucal). As dúvidas sobre os encaminhamentos eram discutidas na hora, o que possibilitava o aprendizado e autonomia principalmente para técnicas de enfermagem e agentes de saúde. Quanto à forma da escuta, a idéia inicial era de se levantar os problemas de cada um, de forma sucinta e objetiva (ex. perguntava-se qual o motivo que trouxera o usuário ao posto naquele dia), fazendo uma rodada de falas e discussão dos encaminhamentos (por exemplo: uma pessoa dizia que queria encaminhamento para o “oculista”, um profissional da equipe explicava como se dava esse encaminhamento e já orientava como proceder – fazer o encaminhamento com a guia de referência e contra-referência; passava-se, então, para o próximo usuário que dizia querer uma consulta, pois tinha dor na coluna há vários anos: discutia-se que por ser um problema crônico (“que incomodava muito tempo”) era melhor agendar uma consulta, e o usuário recebia o dia e horário da consulta agendada). A equipe entendeu que não seria bom os pacientes falarem perante todos os seus problemas, por questão de privacidade. Dessa forma, mudou-se a idéia e cada profissional presente no acolhimento passaria a ouvir, em um canto da sala de reuniões, cada usuário (ex. o médico fica no canto esquerdo, a enfermeira no centro da sala e a técnica de enfermagem no lado direito, com os usuários na outra ponta), continuando as falas para os demais presentes sobre como lidar com algumas situações apresentadas. Mesmo com essa organização da sala, se algum paciente não quisesse falar seu problema com outras pessoas olhando, era pedido que aguardasse e então um profissional faria a escuta no final do acolhimento ou em

uma sala. Essa forma de acolhimento foi denominada pela equipe de Acolhimento Coletivo.

Os profissionais que deram início ao acolhimento foram uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e um médico. Apenas uma das enfermeiras e um dos médicos participou no começo. As técnicas de enfermagem se revezavam conforme escala dessas profissionais. As agentes de saúde fizeram um movimento de afastamento inicial, mas depois passaram a observar o acolhimento. A equipe de saúde bucal não quis participar.

Em relação à abordagem àqueles que chegassem ao posto após o horário do acolhimento, as técnicas de enfermagem faziam uma escuta inicial e identificavam os fatores de risco que, se presentes, eram comunicados a uma das enfermeiras, que não atendia consulta agendada no momento. Caso não houvesse risco/urgência, o paciente/usuário teria uma consulta agendada ou seria orientado a retornar no dia seguinte na hora do acolhimento. Em situação de risco, tentava-se uma consulta-dia extra ou então era feito o encaminhamento ao hospital.

A última reunião para a construção do processo de acolhimento na unidade de saúde teve como objetivo a discussão de alguns casos que poderiam ser reais, ou seja, pensou-se em situações que ocorriam com frequência no posto e elaborou-se uma dramatização. Algumas cenas foram escolhidas mediante os questionamentos dos participantes que ficaram responsáveis por fazer a encenação. Participaram desse momento um médico (o mesmo que iniciou no acolhimento coletivo), uma enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, a técnica de higiene dental, e vários agentes de saúde. As situações escolhidas foram: 1) um usuário chegava ao posto solicitando uma consulta de urgência para um problema que poderia ser agendado, após orientação inicial, o paciente não aceitava e demonstrava-se agitado, sendo convidado a uma sala para melhor escuta e esclarecimento; 2) uma paciente trazia seu bebê com tosse, coriza no nariz e febre baixa no dia anterior, recebendo orientação para cuidados sintomáticos e retorno se necessário; 3) um paciente com forte crise de asma chega ao acolhimento e é imediatamente levado à sala de nebulização, sendo explicado para os demais presentes que situações de risco/urgência têm prioridade no acesso; 4) um usuário que se queixava de dor na região lombar há vários meses, tomava antiinflamatório com pouco alívio, recebia orientação para agendar uma consulta. Com as encenações, a equipe pôde refletir sobre algumas situações e encontrar a melhor maneira de abordá-las. Essa reunião

teve o intuito de sensibilizar os demais integrantes da equipe que não participavam ou tinham ressalvas sobre o acolhimento. Mesmo assim, a participação continuou restrita aos profissionais descritos anteriormente, sendo que os agentes de saúde passaram a se revezar para permanecerem na sala de acolhimento e, algumas vezes, a outra enfermeira também participava.

Nova configuração do acesso e reorganização do processo de trabalho

O acolhimento coletivo na Unidade de Saúde teve início em abril de 2007, com a participação de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um agente de saúde. O médico que participava do acolhimento era fixo. A enfermeira, algumas vezes, revezava com a colega, e as técnicas de enfermagem faziam isso semanalmente.

Para que ocorresse o acolhimento, a agenda dos médicos foi organizada da seguinte forma: um dos médicos atendia consultas (6) agendadas das 8 às 10 da manhã, e as consultas-dia (aproximadamente seis) das 10 ao meio dia. O outro médico, que participava do acolhimento, atendia consultas (mais ou menos 6) de urgência das 8:45 ou 9 horas até às 10:00, e depois as agendadas (6) até às 12 horas. As agendas do turno da tarde, reservadas aos programas, eram iguais.

Já no final da primeira semana do acolhimento coletivo, notou-se uma mudança na rotina da unidade de saúde. A equipe observou que o posto estava mais calmo, com poucas pessoas após as 10 horas (apenas as que aguardavam as consultas). Os conflitos na recepção diminuíram consideravelmente, já que as conversas eram feitas no acolhimento, e as técnicas de enfermagem disseram estar mais tranquilas. Até as pessoas tidas como “barraqueiras” passaram a participar mais das ações no posto e a defenderem a nova forma de acesso. No momento do acolhimento coletivo, falava-se sobre todo o funcionamento do posto, a marcação das consultas, utilizando exemplos que já haviam acontecido. Os usuários tinham espaço para falar e tirar dúvidas, mesmo que muitas vezes não o fizessem. Poucas foram as vezes que algum paciente, geralmente que não conhecia o novo sistema de acesso à unidade de saúde, demonstrou irritação, mas quando se estabeleceu um diálogo em uma sala, com um profissional atento aos problemas dele, a situação foi resolvida.

Como todas as pessoas eram ouvidas no momento do acolhimento coletivo, falava-se para que não chegassem antes das oito horas da manhã, o que antes era cotidiano. No início, ainda se observava aqueles que vinham ao posto 6:30 ou 7 horas, mas, com o passar do tempo e realização do acolhimento, eram raras as vezes que os usuários somavam grande número no momento da abertura do posto. Já não havendo mais o dia de marcação, a fila em frente à unidade de saúde deixou de ser um problema.

As enfermeiras puderam organizar o seu trabalho, ampliando suas ações e oportunizando um maior número de consultas de enfermagem durante as manhãs, o que não ocorria antes pela forma como era feita a escuta. Possibilitou-se o conhecimento de problemas de muitos usuários que antes não conseguiam acessar o posto adequadamente e conseguiu-se agilidade para a resolução de algumas situações que sem o acolhimento coletivo demorariam a serem vistas na fila. Ficou mais organizado o trabalho das técnicas de enfermagem, que faziam escala de atividades (curativo, procedimentos, medidas de sinais vitais, vacinas, recepção e acolhimento).

Os agentes de saúde traziam as impressões que os usuários tinham sobre o acolhimento coletivo. Em grande maioria das vezes, eram opiniões positivas, de que o acesso havia ficado mais fácil e ágil, com maior possibilidade de resolver os problemas. Um ponto negativo falado por alguns pacientes aos agentes de saúde era a questão de acharem, mesmo falando apenas para um profissional o seu problema, que não havia muita privacidade na hora do acolhimento coletivo. Em todas as falas feitas na hora de acolher, passou a ser dito que quem quisesse aguardar o final ou ir a uma sala com um profissional era só falar. No entanto, poucos usuários se utilizavam desse recurso.

Devido à participação de apenas alguns membros da equipe de saúde, os que participavam do acolhimento passaram a se queixar de sobrecarga de trabalho, pois tinham de ouvir muitas pessoas e, principalmente, muitos problemas. Quando se notava que os usuários já haviam participado do momento de acolhimento, às vezes, passava-se direto para a escuta, ou seja, não havia a fala inicial sobre o funcionamento do posto, marcação de consultas e problemas de saúde. Essa situação persistiu mesmo após a realização de reunião de equipe para discutir essa problemática.

Para ampliar a resolubilidade do acolhimento, após a escuta das necessidades dos usuários, às vezes eram feitas algumas solicitações de exames complementares (ex. teste de gravidez em mulheres que relatavam atraso menstrual; radiografia para pacientes que sofreram traumas ou tinham dores osteoarticulares que necessitavam de avaliação), prescritas algumas medicações (paracetamol para dor ou febre, permetrina para escabiose, penicilina para impetigo), ou realizados encaminhamentos para especialistas focais (ex. oftalmologia, especialistas encaminhados pelo hospital). Em algumas situações, não se conseguia registrar essas condutas nos prontuários dos pacientes, até que houve uma dúvida sobre se um tratamento já havia sido feito ou não e, então, passou-se a fazer o registro após o acolhimento.

3.2 Revisão teórica

Acolhimento: Modelos Assistenciais e a Clínica Moderna

É no século XVIII que está situado o nascimento da medicina moderna, que deixava de lado especulações imaginárias e mágicas sobre as doenças, passando a privilegiar o empírico. Nesse início, esta medicina era classificatória, e a doença recebeu uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies (FLORA, 2006).

Assim, o objetivo dos profissionais médicos era descobrir a doença no doente, pois, só dessa forma, poder-se-ia saber como fazer para obter a cura. A prática clínica, então, estava baseada na busca e interpretação dos sintomas, meios através dos quais a doença se expressava.

Quase quatro séculos depois, e apesar de toda inovação científica e tecnológica na medicina e em toda área da saúde, o norte clínico da relação profissional de saúde – paciente ainda carrega muito do paradigma da classificação das doenças e sintomas. A formação acadêmica dos profissionais, quase toda organizada por disciplinas orientadas por segmentos do corpo humano ou por grupos de doenças é um exemplo disso.

Esse paradigma clínico não está presente apenas nas aulas de formação dos profissionais de saúde, mas também na forma de se organizar o sistema ou serviços de saúde de um país, através dos Modelos Assistenciais. Segundo Paim (1999),

Modelos Assistenciais são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde. No Brasil, o chamado Modelo Médico-Assistencial Privatista, ainda hegemônico atualmente, preconiza o atendimento às doenças e sintomas, com enfoque curativo e tecnicista, em ambiente prioritariamente hospitalar.

Com a estruturação de um modelo assistencial que se contrapõe ao Médico-Privatista, o qual vem se consolidando com a implementação do Sistema Único de Saúde desde 1988, e que se encontra sistematizado na Estratégia de Saúde da Família, ocorre também uma reestruturação no pensar sobre a clínica e a relação profissional de saúde – paciente/usuário. Mudanças que têm como alicerce, no Brasil, a Portaria 648, de 28 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica¹ e demonstra como preocupação, dentre outras coisas, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Acessar os Serviços de Saúde é um aspecto perene na pauta de discussão de trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Nas Unidades de Saúde da Família, ocorre o debate cotidiano sobre formas de acesso que permitam o atendimento com equidade e integralidade. Ramos e Lima (2003) falam de três categorias de acesso, geográfico (distância, forma e tempo de deslocamento do usuário ao Posto de Saúde), econômico (custo de deslocamento, procedimentos e medicamentos) e funcional (entrada no serviço, acolhimento, vínculo).

A organização do acesso pode ser pensada sob vários pontos de vista. Na gestão, a ampliação da cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família, o aumento do número de leitos e procedimentos diagnósticos ou terapêuticos dão norte aos trabalhos. Em nível local, nas comunidades, os trabalhadores e usuários discutem o número de consultas e o tempo para conseguilas, as formas de atendimento, a resolubilidade da atenção, a receptividade às necessidades de saúde das pessoas, as condições de trabalho dos profissionais.

¹ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL/MS, 2006).

Um dos aspectos relevantes que abarca as discussões nesse nível local é o Acolhimento. Para Solla (2005) o acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. O autor fala ainda que deva haver a garantia da resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde.

Pode-se considerar, também, o acolhimento com atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si, tudo atributos de atenção à saúde, enfim, a integralidade (GOMES e PINHEIRO, 2005).

O acolhimento, enquanto estratégia de acesso dos usuários aos serviços de saúde, integra a Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Norteiam essa política valores como autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Isso é, portanto, a humanização, ou seja, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL/MS, 2006).

O Ministério da Saúde mantém descritas em sua página na internet (www.saude.gov.br) algumas experiências sobre humanização e acolhimento, o que, para a relevância do tema, ainda são em número muito pequeno. Relatar e problematizar estratégias de acolhimento e humanização da atenção à saúde pode contribuir para a efetivação do SUS como uma política em Defesa da Vida.

Humanização: repensando as práticas assistenciais do trabalho em saúde

Muito se fala em humanização, que a saúde preocupa-se mais com questões técnicas e biológicas, em detrimento das relações humanas, ou seja, a saúde está desumanizada.

Para Pessini, citado por Backes (2005), a humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, a fim de legitimar o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência.

O processo de humanização passa também pela percepção do ser humano em todas as suas dimensões e inter-relações. A relação do homem com o outro, que é sujeito de sentidos e sentimentos, que é autônomo na sua natureza. É o sentimento humano que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas e suscita abertura e acolhimento do diferente (BOFF, 1999).

A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES apud AYRES, 2005).

Ao pensar em práticas ou atitudes humanizadoras, ou em humanização das ações em saúde, não se pode considerar o trabalho de apenas uma categoria profissional, ou que haja um único responsável na equipe de saúde por essas práticas. Percebe-se, então, que a humanização é um processo necessariamente interdisciplinar, com ações decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, entendidas como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações entre os envolvidos. (VASCONCELOS apud BACKES, 2005).

Dessa forma, é a partir do contato com os diversos saberes que o profissional terá maior chance de visualizar e encontrar estratégias de ação e enfrentamento coletivos para a resolução de problemas e, conseqüentemente, o desencadeamento de uma prática mais humanizada e humanizadora.

Em 2003/2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde (PNH), considerando como tema o que já vinha sendo discutido desde a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), que tinha como título "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Antes da política, no período de 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador.

Benevides e Passos (2005) relatam que na discussão da humanização, havia escolhas, de um lado, que visavam aos "focos e resultados dos programas" e, de outro, que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão.

Os princípios norteadores da PNH são: 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, de acordo com Simões et al (2007), a humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário – de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis.

Levando em consideração que sujeitos sociais, atores concretos e engajados, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios coletivamente. Assim, a humanização passa a ser uma estratégia de interferência nas práticas de saúde e investe, a partir da concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

O Acolhimento como forma de Humanização das práticas em Saúde

O Acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde. Para Carvalho e Campos (apud SCHIMITH e LIMA, 2004), acolhimento é

um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Esses processos intercessores – como o acolhimento – são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-los analiticamente é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

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

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

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

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

SCHOLZE et al (2006) encontraram algumas experiências com acolhimento: realizado somente por auxiliares de enfermagem, nas UBS de Ribeirão Preto – SP; por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, em UBS de Betim – MG; ou por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e funcionário do SAME na Escola de

Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral – CE. Nenhuma dessas formas de acolhimento, entretanto, ocorre coletivamente e com as pessoas em círculo.

Organizações de grupo e trabalho em equipe na Unidade de Saúde da Família

No processo de trabalho de uma equipe de saúde, as ações são pensadas e implementadas através da construção de um modo de fazer, ou seja, de um plano que é discutido em reuniões entre profissionais e destes com os usuários. Essa associação de pessoas nessas reuniões forma grupos que, de uma maneira geral, são definidos como dois ou mais indivíduos que apresentam certa interação e interdependência e que se associam para alcançar determinado objetivo. Neste sentido, um grupo não pode ser considerado apenas como uma reunião de pessoas que interagem umas com as outras, pois necessitam de um propósito comum que as identifiquem como um grupo, ou seja, os objetivos de trabalho coletivo de construção das ações de saúde. Este princípio nos leva a crer que para existir um grupo é preciso que os seus membros percebam que eles fazem parte de um grupo e não um conjunto de indivíduos isolados (SAMPAIO, 2002).

A interação entre os componentes de um grupo deve ser de tal forma que cada indivíduo influencia e é influenciado pelos demais. Num grupo verdadeiro, além dos membros interagirem uns com os outros, eles são mutuamente dependentes na busca de seus objetivos individuais. Para que ocorra essa interação e interdependência é preciso que as pessoas trabalhem juntas regularmente durante certo período de tempo. No caso do PSF, esse tempo é dividido em trabalho assistencial, que leva 38 horas semanais, e reunião de equipe, de 2 horas por semana para realização das discussões sobre o processo de trabalho, programas de saúde e rotinas de atendimento. O tempo para a construção das práticas na equipe é muito exíguo, o que pode levar à priorização do trabalho assistencial e medicalizante.

O grupo, a partir de um ponto de vista funcional estruturalista, também costuma ser considerado como um conjunto de indivíduos cujos relacionamentos são estruturados com base em um conjunto de normas e papéis que constituem uma unidade funcional. Este princípio nos leva a crer que um grupo é um sistema organizado capaz de desempenhar determinada função. Esta função também está

associada à satisfação das necessidades individuais dos membros do grupo, pois as pessoas não se associam a um grupo a não ser que estejam motivados por uma razão pessoal. Nesse contexto, a participação de toda a equipe de saúde na construção de uma nova estratégia de organização do atendimento e, portanto, do processo de trabalho é fundamental para o sucesso das ações. Essa motivação, entretanto, é na maioria das vezes desigual entre os profissionais da unidade de saúde, o que pode segregar as intenções para com as propostas discutidas.

Para Sampaio (2002), o tamanho do grupo também é um fator importante a ser considerado. Embora não exista um consenso quanto à quantidade máxima de pessoas que podem constituir um grupo, a necessidade de interação entre os participantes faz com que um grupo muito grande se fragmente em subgrupos menores. Para cumprir este objetivo é preciso que todos participantes do grupo possam ver-se e ouvir-se simultaneamente, o que pode ser muito difícil com grande número de integrantes. No entanto, a forma como se organizam, por exemplo, em círculo, pode permitir o cumprimento deste critério, mesmo quando o número é grande.

Pode-se perceber uma diferenciação entre os conceitos de grupo e de equipe de trabalho. Considera-se um grupo como duas ou mais pessoas que interagem e apresentam certa interdependência na busca de um objetivo. Entretanto, um grupo não precisa se engajar em um trabalho coletivo que requeira esforço conjunto e coordenação. Por sua vez, considera-se uma equipe quando ocorre a geração de uma sinergia positiva através de esforço coordenado entre seus membros. Espera-se que uma equipe tenha um nível de desempenho sempre maior do que a soma dos desempenhos individuais dos participantes, elevando o potencial dos resultados sem aumentar a necessidade de recursos (ROBBINS apud SAMPAIO, 2002).

Com isso, a distinção básica entre um grupo e uma equipe está no grau de desempenho. Enquanto o grupo de trabalho se baseia nas contribuições individuais de cada um dos participantes para o seu desempenho, uma equipe busca o incremento proporcionado pelo produto de um trabalho verdadeiramente coletivo. Objetiva-se dessa forma a co-constituição de trabalhadores com capacidade de articular os próprios valores e interesses com a racionalidade dos outros, do coletivo e das organizações (CAMPOS, 2007).

Nos grupos de trabalho as pessoas interagem no intuito de compartilhar informações, experiências ou pontos de vista para tomar decisões que irão ajudar

cada indivíduo a ter um melhor desempenho em sua área de responsabilidade. Normalmente os participantes não sentem necessidade de um grande incremento no seu desempenho ou não enfrentam situações que levariam o grupo a precisar de um trabalho em equipe. Por sua vez, os membros das pseudo-equipes necessitam trabalhar em equipe, mas ainda não possuem um foco no desempenho coletivo. Embora se autoproclamem uma equipe de trabalho apresentam uma performance muito baixa, contribuindo muito pouco para as necessidades organizacionais. As interações, ao invés de trazer benefícios, costumam diminuir o desempenho individual sem com isso proporcionar um benefício conjunto.

Nas equipes em potencial pode ser observado um incremento significativo no desempenho da equipe, embora os participantes necessitem de um melhor esclarecimento dos objetivos da equipe, disciplina para moldar uma abordagem comum de trabalho e o desenvolvimento de uma responsabilidade coletiva. Elas apresentam um nível de desempenho equivalente aos grupos de trabalho.

Tarefa

Tarefa, como princípio organizador de grupo, é um conceito dinâmico que diz respeito ao modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades, ou a trajetória que o grupo percorre para atingir suas metas. Necessidades essas, que para Pichon-Rivière (FORTUNA et al, 2005), são compartilhadas em torno de objetivos comuns a fim de se constituir a tarefa grupal. Nesse processo emergem obstáculos de várias naturezas. Diferenças e necessidades pessoais e transferenciais, diferenças de conceitos e marcos referenciais e do conhecimento formal propriamente dito. Cada integrante contribui com seu conhecimento, crenças e valores para o desenvolvimento de uma tarefa.

Aprender e construir ações de saúde em grupo significa realizar uma leitura crítica da realidade, uma apropriação ativa desta realidade, que pode ser todo território adstrito, ou forma como os usuários acessam a unidade de saúde. Quando se pára para refletir e trabalhar com a realidade concreta de uma comunidade pode-se vislumbrar mudanças nos profissionais, individualmente ou no coletivo, bem como no processo de trabalho em equipe.

Abduch (1999) mostra que qualquer situação de mudança mobiliza ansiedades básicas, seja geradas de objetos do mundo externo ou valores e referências internas, e isso pode levar a uma resistência a mudança. É muito natural que um

grupo se resista a entrar em um processo de aprendizagem, uma vez que esta acarretará mudanças. A resistência à mudança, aliada às diferenças interpessoais e o compartilhar necessidades, faz surgir um processo contraditório e confusional em determinados momentos do grupo, tornando-se obstáculo na comunicação, dificultando para sua operatividade no sentido de suas metas. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, para poder ser superados, senão, cria-se um ruído na comunicação, levando muitas vezes o grupo a sua dissolução.

O autor afirma que aprender em grupo, não significa obter um conhecimento formal, enciclopédico ou acadêmico, mas uma atitude mental aberta, investigatória e científica. Essa aprendizagem mobiliza mudanças, onde o sujeito deixa de ser expectador e passa a ser o protagonista de sua história e da história de seu grupo.

Analisando a trajetória das discussões na equipe de saúde da família, pode-se problematizar os processos de construção de uma estratégia de acolhimento ou de outra ação em saúde, considerando Fortuna et al (2005), que demonstra formas de avaliação do trabalho realizada no grupo.

A primeira forma são os fenômenos de *afiliação*. É um primeiro grau de identificação que os integrantes têm com a tarefa e com os demais integrantes. O integrante se aproxima, com certo distanciamento, não se envolve de corpo inteiro. Depois ocorre a *pertença*, através da qual há um maior grau de identificação e integração grupal permitindo a elaboração da tarefa. Os integrantes percebem que o projeto lhes pertence, deixam de ser expectadores e passam a ser seus protagonistas.

A *cooperação* é a terceira forma de avaliação do trabalho em grupo, sendo vista como a possibilidade dos integrantes assumirem e desempenharem papéis diferenciados. Essa complementaridade consiste na capacidade de desenvolver papéis, não em uma superposição ou atropelamento competitivo, mas em uma complementação mútua, intercambiável. É a contribuição de cada um dos integrantes para com a tarefa e para com os outros.

A *pertinência*, a quarta forma, é o centramento na tarefa. Se não levada em consideração, pode ocorrer a impostura (falar uma coisa e fazer outra) ou sabotagem (usar um subterfúgio para sair da tarefa). Quando os integrantes fogem disso não há pertinência à tarefa, e se instala um "como se" estivessem em tarefa, andam em círculos viciosos, em situações dilemáticas ou ficam discutindo falsos problemas, de solução impossível, pelo menos naquele âmbito.

O vetor fundamental de interação grupal é a *comunicação*, que pode ocorrer por distintas vias: verbal, gestual, por atitudes comportamentais, afetivas e emocionais.

A sexta forma de avaliação da operatividade de um grupo é a *aprendizagem* que se desenvolve a partir das informações, em saltos de qualidade que incluem a tese, antítese e síntese. Mobilizam-se mudanças quantitativas que preparam mudanças qualitativas e estruturais. Implica criatividade, elaboração de ansiedades, e uma adaptação ativa à realidade.

Por fim, a *tele*, o clima em que se desenvolve o grupo. É a disposição positiva ou negativa para trabalhar a tarefa grupal; é a aceitação ou rejeição que os integrantes têm espontaneamente em relação aos demais. São sentimentos de atração ou rejeição. Significa que toda situação de encontro, é por sua vez, um reencontro com figuras do mundo interno, da história dos integrantes, as quais se reeditam na nova situação.

Grupo de Trabalho

A Estratégia Saúde da Família tem como um dos princípios fundamentais o trabalho em equipe interdisciplinar, e esse é a forma como o trabalho se organiza na Atenção Primária, a fim de alcançar a integralidade de atenção, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Nesse sentido, torna-se importante a compreensão de como essa equipe se organiza e elabora o seu trabalho, partindo de como ela se constitui em um grupo de trabalho.

Grupo de Trabalho é um conceito desenvolvido por Alfred Bion (SAMPAIO, 2002), tido como a reunião de pessoas para a realização de uma tarefa específica, a partir da qual cada um dos membros contribui com o grupo de acordo com suas capacidades individuais, e neste caso, consegue-se um bom espírito de grupo. Por espírito de grupo, Bion entende que se trata de:

- A existência de um propósito comum;
- Reconhecimento comum dos limites de cada membro, sua posição e sua função em relação às unidades e grupos maiores;
- Distinção entre os subgrupos internos;
- Valorização dos membros individuais por suas contribuições ao grupo;
- Liberdade de locomoção dos membros individuais dentro do grupo;
- Capacidade do grupo de enfrentar descontentamentos dentro de si e de ter meios de lidar com ele;

No trabalho cotidiano numa unidade de saúde, principalmente se o tempo destinado às ações assistenciais é imensamente superior aos momentos de reflexão, planejamento e avaliação, esses aspectos dos grupos de trabalho nem sempre ocorrem ou são percebidos, o que nos leva a analisar aspectos intrínsecos da organização grupal, como a mentalidade dos grupos.

A mentalidade de grupos é "a expressão unânime da vontade do grupo, à qual o indivíduo contribui por maneiras das quais ele não se dá conta, influenciando-o desagradavelmente sempre que ele pensa ou se comporta de um modo que varie de acordo com os pressupostos básicos" (BION apud SAMPAIO, 2002). Ela funciona de forma semelhante ao inconsciente para o indivíduo.

Em suas observações o autor destaca diversas situações onde o grupo parece estar mobilizado pela mentalidade de grupo. Conversas fúteis, ausência de juízo crítico, situações "sobrecarregadas de emoções" a exercerem influências sobre o indivíduo, estímulo às emoções independentemente do julgamento. É nesse momento que as decisões são tomadas sem o entendimento de todos, ou que parte dos integrantes do grupo, mesmo demonstrando valorização sobre um trabalho a ser implantado, boicotam as práticas planejadas.

São identificados três tipos de "padrões de comportamento" próprios dos fenômenos de mentalidade de grupo, que são denominados de pressupostos básicos, sendo eles dependência, acasalamento e luta-fuga.

Sampaio (2002) relata que um dos primeiros fenômenos observados por Bion (1975) foi a demanda que seus grupos apresentavam por um líder, capaz de satisfazer aos seus membros. O grupo é bastante incapaz de enfrentar as emoções dentro dele, sem acreditar que possui alguma espécie de Deus que é inteiramente responsável por tudo o que acontece. Numa unidade de saúde esse espaço pode ser ocupado pelo coordenador, ou por algum profissional que articule as idéias dos integrantes durante as reflexões do processo de trabalho.

O segundo pressuposto básico identificado por Bion é o grupo de acasalamento que foi inicialmente observado em pares que conversavam assuntos diversos, à parte, sem que o grupo se incomodasse com eles ou chamasse a sua atenção, aceitando-os. O líder do grupo, neste pressuposto básico, está por nascer, e pode ser uma "pessoa ou idéia" que salvará o grupo. Bion entende que esta "salvação" é, na verdade, dos sentimentos de ódio, destrutividade e desespero com relação ao seu próprio grupo ou a outro.

O terceiro pressuposto básico é o de luta-fuga e pode ser exposto da seguinte forma: "estamos reunidos para lutar com alguma coisa ou dela fugir". Aqui, os membros do grupo discutem sobre pessoas ausentes (que são um perigo para a coerência do grupo), estão tomados pela sensação de que a adesão do grupo é um fim em si mesmo. Eles ignoram outras atividades, que não sejam este debate infrutífero, fogem delas. Eles acreditam, ou agem como se acreditassem, que o bem estar individual é menos importante que a continuidade do grupo. Um exemplo disso em uma equipe de saúde é a não priorização da discussão para mudanças nas práticas já instituídas, ou seja, alguns integrantes do grupo não participam das novas ações pensando que alguém vai se sobrecarregar, mas, na verdade, acham que as propostas não são boas ou não fazem sentido.

Para o desenvolvimento do processo grupal, algumas ações são imprescindíveis. É passo fundamental ao sucesso da atividade, a previsão de uma série de detalhes que compõem o enquadramento e adequação do que o grupo precisa para atingir os objetivos propostos, ao mesmo tempo em que dá subsídios ao coordenador para uma atuação mais efetiva (MOTA e MUNARI, 2006):

a) O *planejamento*: este deve ser metuculoso, detalhado e, sobretudo, respeitar o grupo. É fundamental fazer um mapeamento, detectando as individualidades, singularidades, experiências, os símbolos cultuados, os rituais realizados, as ideologias presentes. Esta análise de contexto traz a dimensão global da dinâmica que o grupo está apresentando no momento. O diagnóstico é o sensor da elaboração das atividades a serem realizadas e deve estar em sintonia com o movimento do grupo, além de nortear o coordenador na identificação dos recursos e tecnologias apropriadas à utilização dos instrumentos mais propícios para a intervenção.

A elaboração do planejamento permite analisar, prever as diversas possibilidades de respostas do grupo e abrange as diversidades que poderão ocorrer. Qualquer situação que se apresente, poderá ser processada. Faz parte do planejamento a consideração de todas as hipóteses possíveis que ocorram na dinâmica grupal, durante a atividade, bem como verificar a mais eficaz a ser adotada, diante as situações.

b) *Aquecimento*: antes de iniciar uma atividade ou passar de uma atividade para outra, é importante aquecer o grupo, preparando-o e direcionando sua energia para a tecnologia a ser aplicada. A técnica aplicada deve ser condizente com o assunto a

ser utilizado, evitando que o grupo vivencie movimentos ambivalentes. Por exemplo, quando o aquecimento é de contato e em seguida, aplica uma atividade de competição, separação ou divisão.

c) O *trabalho teórico*: para o trabalho de conteúdo teórico é fundamental o aquecimento do grupo com atividades de movimento que despertam o corpo do estado de letargia. A exposição de material teórico dá oportunidade ao grupo para fazer questionamentos por meio de perguntas, assim é importante criar situações que dêem oportunidades aos participantes intervirem de forma interativa na exposição. O coordenador atento preocupa-se para as manifestações corporais dos participantes, as quais funcionam como um sensor que comunica se a exposição está ou não agradando aos expectadores.

O processo de trabalho no PSF e o Acolhimento

O trabalho conjunto por 40 horas semanais em uma Unidade de Saúde da Família requer constante reflexão sobre as ações de saúde realizadas, sobre os atendimentos prestados, sobre os diálogos ou outras formas de comunicação entre profissionais e desses com os usuários. As práticas necessitam de revisão continuada a fim de que não se desatualizem ou passem a ser feitas no sentido apenas de cumprir as normas e metas.

Para Fortuna et al (2005), a equipe de saúde é vista como um processo de relações a serem permanentemente analisadas pelos próprios trabalhadores e com múltiplas possibilidades de significados. Assim, o trabalho em equipe vai se constituindo, gestando-se no seu fazer de todo dia, e precisa ser analisado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação e de satisfação.

O trabalho em equipe na saúde da família é visto como pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários, reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores (LOURAU e CAMPOS apud PEDROSA e TELES, 2001).

Nem sempre dialogar, refletir as ações implementadas e reorganizar os trabalho na unidade de saúde ocorre sistematicamente. Segundo Silva e Trad

(2005), citando Bastos (2003), apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro. Para os autores, apesar da existência do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência” (FRANCO e MERHY apud SILVA e TRAD, 2005).

Não é incomum que esse isolamento ocorra, principalmente no que diz respeito aos profissionais médicos, já que a medicina tende a se revestir, mais facilmente, de um caráter de neutralidade face às determinações sociais dos processos de adoecimento e cura. Essa característica pode contribuir para uma prática que tende a se distanciar das necessidades de saúde da população (DONANGELO, 1979, citado por ROCHA e TRAD, 2005). Para Franco, Bueno e Marhy (1999) apud Scholze (2006) os médicos permanecem fechados num círculo vicioso, visualizando parcialmente a realidade.

Um dos desafios na saúde da família é que a proposta de trabalho em equipe e de atenção ao usuário na atenção primária supere a forma tradicional, em que o usuário chega com uma queixa ao serviço, passa por diferentes trabalhadores, cada um faz uma parte do atendimento até chegar ao médico. Assim, a queixa é decodificada e transformada numa conduta normalmente medicalizante, na qual são prescritos remédios e atitudes individuais descontextualizadas que nem sempre são seguidas e nem sempre impactam positivamente na saúde daquela pessoa ou daquelas pessoas que vivem e moram na área onde a Unidade de Saúde atua (FORTUNA et al, 2005).

A idéia é, como diz Friedrich e Pierantoni (2006), perceber a assistência à saúde como um processo de intensa relação entre quem presta e quem consome o serviço. Mais tipicamente que em outros setores da economia de serviço, vamos encontrar aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos de tal modo que ele é um co-partícipe do processo de trabalho. Ou seja, as ações e serviços de saúde têm no usuário não apenas um receptor do seu produto, mas um integrante que pode contribuir para pensar e repensar como e quais as melhores ações e serviços.

Nesse sentido, o acolhimento, tendo como princípio a geração de autonomia dos usuários no processo saúde-doença, pode ser visto como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos (MERHY, 1998, apud SCHOLZE, 2006).

A incorporação pelo PSF de novas formas de organizar o trabalho em saúde é uma maneira de efetivar uma das proposições que o definem, além de uma necessidade para sua concretização como estratégia que visa reorganizar o SUS a partir da Atenção Primária à Saúde. Assim, o acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e, também, como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais da saúde, especialmente na Atenção Primária (SCHOLZE, et al, 2006).

Para que novas estratégias sejam implementadas, como o acolhimento em uma unidade de saúde da família, são necessárias intencionalidade política, participação de todos os atores (profissionais e usuários), problematização da realidade local, reflexão teórica e educação permanente sobre os temas relacionados e o desenvolvimento de ações de planejamento, efetivação e avaliação. Para a realização do Acolhimento Coletivo, esses aspectos se apresentam ainda mais pertinentes, já que a proposta envolve uma reorganização e reorientação do modo de pensar e agir a e na saúde, ou seja, não é apenas arrumar o acesso dos usuários a uma unidade de saúde, mas recriar o posto de saúde, a relação profissional-usuário, a abordagem clínica, estabelecendo uma interação dialógica entre os envolvidos, a fim de gerar autonomia e protagonismo dos usuários frente às questões de sua saúde e da coletividade.

Isso se aproxima do Método da Roda de Gastão, que propõe a trabalhar objetivando a constituição de coletivos organizados, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição (CAMPOS, 2000). Na estratégia do Acolhimento Coletivo, o espaço criado possibilita a troca de saberes e de práticas entre profissionais e usuários, e todos são gestores, ou promovem o funcionamento, do acesso ao posto de saúde como também de sua saúde individual e coletiva.

Para Furtado (2001), os dispositivos introduzidos para promover revisão, transformação e mudanças em um coletivo organizado para a produção deverão

ater-se não só à missão do mesmo, mas também aos modos como esta se organiza em relação às demandas de ordem subjetiva, oriundas dos sujeitos ali inseridos. A estratégia de Acolhimento Coletivo considera não apenas a reorganização da demanda e do acesso à Unidade de Saúde, mas possibilita a interação entre pessoas que constroem um novo olhar sobre o processo saúde-doença, uma visão coletiva que extrapola a queixa-conduta da saúde assistencialista e promove autonomia aos usuários do serviço de saúde.

O método da Roda preconiza a introdução de temas, métodos de análise e dados externos ao grupo, chamadas de “ofertas”, com a função de contribuir na reconstrução da práxis e da subjetividade dos sujeitos, devendo ser consideradas criticamente pelo coletivo. Tais ofertas visam também, e no mesmo sentido, à revisão e à superação de eventuais posturas cristalizadas, provenientes de pontos cegos, reiterações ou da paralisação frente a temas considerados tabus, devendo ser incorporadas de modo crítico pelos integrantes do programa ou coletivo organizado para a produção (CAMPOS apud FURTADO, 2001).

A diferença feita com a implementação do Acolhimento Coletivo na Unidade de Saúde da Família é que esse processo de discussão temático com dados externos (experiências) é feito por um agente externo à equipe, no método da Roda, e pela própria equipe de saúde mais alguns integrantes da comunidade, no caso do Acolhimento.

Furtado (2001) ainda coloca que o Método da Roda, e agora a experiência de Acolhimento Coletivo, baseia-se no referencial participativo e construtivista explicitamente (mas não exclusivamente) assumido por seus autores e na virtual complementaridade entre os mesmos, sendo o estabelecimento de diálogos potencialmente promissor para o estabelecimento de mudanças na realidade de saúde de uma população.

4. Considerações Finais

O acesso à saúde é uma questão perene na história do Brasil. Até a criação do Sistema Único de Saúde há 20 anos, apenas quem tinha dinheiro ou quem contribuía para previdência social através do trabalho era quem tinha direito à assistência à saúde. A partir de 1988, o SUS passou a garantir o direito de todos à saúde, através do princípio da Universalidade. Dez anos antes, em 1978 na

Conferência de Alma-Ata, surgia o conceito de Atenção Primária em Saúde, que tem como princípios o primeiro contato (acesso), a integralidade, a longitudinalidade (atenção às pessoas ao longo do tempo) e a coordenação do cuidado (referências a outros serviços ou ações de saúde).

Mesmo com essa conjuntura político-legal favorável à implantação de um sistema de saúde realmente para todos, muitos brasileiros ainda encontram imensas dificuldades para acessar um serviço de saúde. Uma forma de ampliar o acesso à saúde foi a criação do Programa Saúde da Família em 1994, o qual vem crescendo expressivamente e hoje, já tido como Estratégia Saúde da Família, está presente em quase todos os municípios do território nacional

Apesar desse contexto, não deixamos de ver filas nas frentes dos postos de saúde, demora no agendamento das consultas nesses locais e em outros serviços, longo tempo de espera para marcação de exames e/ou cirurgias. Ou seja, as barreiras ainda estão muito presentes da vida dos usuários do SUS.

No cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família, como também deve ocorrer em outros serviços, a discussão sobre o acesso dos usuários está presente na maioria das reuniões de equipe. Como acabar com as filas? Como garantir a equidade na atenção? Como minimizar os conflitos entre profissionais e destes com os pacientes/usuários? São perguntas que permeiam o processo de trabalho de uma equipe de saúde. Para organizar a recepção dos usuários, ou o acesso da população à Unidade de Saúde, considera-se problematizar como está sendo feito o Acolhimento, que deve resultar das relações no processo de atendimento, inclusive após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde.

Várias estratégias ou experiências são encontradas na literatura sobre como organizar o Acolhimento numa unidade de saúde. E mais, o Acolhimento faz parte de uma política que visa repensar as ações e relações na saúde, a qual foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, como a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, que preconiza o fortalecimento do trabalho em equipe, a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde e a construção da autonomia e protagonismo dos atores envolvidos. Na implantação dessa política, notam-se algumas distorções, vistas como a imposição da gestão municipal para que a equipe

de saúde acolha todos os usuários, associando isso a uma consulta médica, tal como era a visão dos profissionais da USF São Borja. Com isso, a idéia do Acolhimento soava como um trabalho a mais na rotina do posto de saúde, realizado pela enfermagem, sem a participação de outros profissionais.

Entendendo que o Acolhimento é um processo intrínseco do trabalho de todos os integrantes da equipe de saúde, foi desencadeado um processo de discussão na equipe de saúde São Borja, focando a questão do acesso, para o qual já houvera várias tentativas e experiências de organização, como também encontramos na literatura. O acolhimento sendo feito só pelas enfermeiras, e às vezes técnicas de enfermagem, funcionando como triagem de problemas ou necessidades de saúde com o fim de passar ou não para uma consulta médica, que era o fim do processo.

Antes de se implementar o Acolhimento no posto de saúde, percebeu-se a necessidade de se discutir conceitualmente, de trocar opiniões e de vivenciar como poderia ocorrer no dia-a-dia do trabalho na unidade. Para isso foram utilizadas as reuniões semanais de equipe, que se demonstraram insuficientes quanto ao tempo para discussão, já que outras pautas também necessitavam atenção e a duração da reunião é de apenas duas horas. Apesar disso, foi construída uma proposta de Acolhimento, que a equipe batizou de Acolhimento Coletivo, devido à metodologia e conformação dessa prática em saúde.

A proposta do Acolhimento Coletivo trouxe, além da discussão sobre humanização das práticas em saúde, a possibilidade de se repensar a clínica dos profissionais de saúde, enfatizando aspectos subjetivos na relação profissional-usuário, a autonomia sobre a saúde individual e coletiva, o aprendizado multiprofissional com troca de experiências, e o estabelecimento de um espaço para controle social. A organização dessa prática sob a forma de uma roda, com as pessoas se olhando, possibilitou, não só um momento de socialização entre os presentes, mas também a troca de saberes entre profissionais e usuários. Todos passaram a ser gestores do processo e acesso à unidade de saúde, bem como de sua saúde individual e coletiva.

Descrevendo a experiência de Acolhimento Coletivo que ocorreu na USF São Borja de Abril a novembro de 2007, podem-se notar algumas mudanças na realidade de saúde da população, na relação entre profissionais e desses com os usuários, no processo de trabalho da equipe de saúde e, mesmo após o tempo da experiência

descrito, na propagação dessa prática (Acolhimento Coletivo) a outras unidades de saúde da Gerência Distrital.

Uma estrutura de saúde medicalizante, assistencialista e imediatista foi encontrada em março de 2007 no posto de saúde São Borja. A população madrugava nas filas para conseguir atendimento, sob chuva, frio ou risco de assaltos era feito um comércio de vagas na fila, no qual os mais resistentes e jovens exploravam aqueles mais fracos e velhos cobrando quinze o vinte reais por um lugar. A avaliação feita pelas enfermeiras, mesmo qualificada e criteriosa, mantinha uma fila diária por três horas dentro do posto, gerando ansiedade entre os usuários e conflitos com os profissionais, principalmente técnicas de enfermagem. Quase que diariamente havia gritos ou xingamentos na recepção do posto.

Após a implantação do Acolhimento Coletivo, e não muito depois já que na primeira semana após seu início, notaram-se importantes mudanças no posto de saúde. Não havia mais filas dentro da unidade, as pessoas passaram a chegar ao serviço um pouco antes da sua abertura às 8 horas, o trânsito dentro do posto ficou mais calmo, acabaram ou diminuíram muito os conflitos entre profissionais e usuários, foi possível a reorganização do trabalho na equipe de saúde, com o estabelecimento de uma escala para as técnicas de enfermagem e de mais tempo para as enfermeiras realizarem atendimentos e procedimentos de enfermagem que antes não se conseguia. Até as pessoas tidas como “barraqueiras” passaram a participar mais das atividades da unidade de saúde. Percebeu-se, dessa forma, que o Acolhimento Coletivo implantado no posto São Borja contribuiu positivamente para qualificação da atenção à saúde e mudanças na realidade de saúde da população.

Mesmo com essa conjuntura de mudanças a participação dos profissionais do PSF na estratégia de acolhimento foi limitada. Apenas um médico, uma enfermeira (poucas vezes a outra), e as técnicas de enfermagem faziam o Acolhimento Coletivo, apesar dos momentos de discussão na equipe. Os Agentes de Saúde, de início um pouco distantes, foram se aproximando e atuavam como observadores do processo. A equipe de saúde bucal não esteve presente nessa prática de acolher.

A realidade medicalizante e assistencialista que era predominante na equipe de saúde contribuía para o afastamento de alguns profissionais da estratégia de Acolhimento Coletivo. O outro profissional da área médica preconizava o atendimento individual no seu cotidiano de trabalho, a importância dada para a clínica tradicional e o distanciamento da realidade da população e do processo de

trabalho da equipe. Essa visão era compartilhada pela outra enfermeira, que mesmo assim participava de algumas atividades educativas em grupos, e por alguns agentes de saúde.

Considera-se também que constituição da equipe saúde no PSF São Borja não se dava sob a forma de uma equipe de trabalho, mas apenas de um agrupamento de profissionais que desempenhavam suas ações de forma segregada dos demais. As intenções de trabalhar a saúde junto à população eram diferentes e, no caso do Acolhimento Coletivo, parece que não havia o sentimento de pertença na implantação da prática, contribuindo para o distanciamento e, às vezes, até para o boicote da atividade, como visto com a não modificação da estrutura mesmo quando os profissionais que faziam o acolhimento sentiram-se sobrecarregados.

A estratégia do Acolhimento Coletivo não está terminada, não se encerrou após o período de abril a novembro de 2007. Mesmo com as diferenças na equipe de saúde, alguns profissionais que entraram no posto após esse período deram continuidade a essa prática de saúde. E um aspecto muito importante é que a experiência do Acolhimento Coletivo realizada no PSF São Borja foi implantada quase que concomitantemente em outra unidade de saúde, além de servir de referência para a reestruturação do acesso em outros postos de saúde da família da Gerência Distrital Norte Eixo-Baltazar. Dessa forma, considera-se que o Acolhimento Coletivo possa contribuir como estratégia utilizada no SUS para melhorar o acesso às unidades de saúde, bem como servir de referência como prática humanizadora da atenção e da gestão da saúde.

Referências bibliográficas

ABDUCH, Chafi. Grupos Operativos com Adolescentes. In: SCHOR, Néia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, ago. 1999. p.289-300. Disponível em <http://www.bireme.br/bvs/adolesc>

AYRES, JRCM. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 (3), Rio de Janeiro. 2005, p. 549-560.

BACKES, DS; LUNARDI FILHO, WD; LUNARDI, VL. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**: A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar. FURG. 2005. 15 p.

BENEVIDES R. e PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 10(3). Rio de Janeiro. 2005. p. 561-571.

BENEVIDES R. e PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**. vol.9 no.17 Botucatu Mar./Aug. 2005.

BOFF L. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://portal.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em [15/10/2007](#).

CAMPOS GWS. **Um método para a análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda**. Editora Hucitec, São Paulo, 2000, 225 pp.

CAMPOS, GWS. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

FLORA, FAM. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.2, n.7, p. 203-16, out/nov/dez 2006.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**; 13(2):262-8, 2005.

FRANCO TB, BUENO WS e MERHY EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FRIEDRICH, DBC e PIERANTONI, CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(1):83-97, 2006.

MOTA, Kátya A.M.B. e MUNARI, Denize B.. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Rev. Eletr. Enf.** v.8 n.1 Goiânia. abr. 2006.

FURTADO, JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):165-181, 2001.

GOMES, MCP; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v 9, n 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

PAIM, JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In, ROUQUAYROL, MZ e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-87.

PEDROSA, JIS e TELES, JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. 35(3). Rio de Janeiro, 2001, p. 303-11.

RAMOS, DD; LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, p. 27-34, jan/fev 2003.

ROCHA, AARM e TRAD, LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. A "dinâmica de grupos" de Bion e as organizações de trabalho. **Psicol. USP**, v.13, n.2. São Paulo, 2002.

SCHIMITH MD e LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SCHOLZE AS, ÁVILA LH, SILVA MM, DACOREGGIO, STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006.

SILVA, IZQJ e TRAD, LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, Rio de Janeiro, p.25-38, 2005.

SIMÕES ALA, RODRIGUES FR, TAVARES DMS e RODRIGUES LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 439-44.

SOLLA, JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

ANEXO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
PSF SÃO BORJA**

ACOLHIMENTO²

1- EQUIPE INTERDISCIPLINAR

1 Médico, 1 Enfermeira ou Téc. de Enfermagem, 1 ACS
Outros integrantes que queiram participar

2 – HORÁRIO E LOCAL

Das 8:00 às 8:45h
Na Sala de Reuniões da Unidade de Saúde

3 – METODOLOGIA

- Convidar todos os usuários que estão na fila para a sala de reuniões;
- Entregar o folheto explicativo sobre formas de atendimento da Unidade (o que é urgência, o que deve ir para o Hospital, o que é agendado);
- Explicar o funcionamento do Posto e o acolhimento;
- Proporcionar espaço para escuta das situações/problemas de saúde dos usuários (coletiva e individualmente);
- Orientar o usuário quanto à resolução da situação/problema de saúde exposto (atendimento do dia, agendamento, orientação para outro serviço, casa);
- Anotar os encaminhamentos na planilha de Acolhimento (caderno?);
- Oportunizar aos usuários um momento educativo sobre situações/problemas de saúde mais freqüentes, possibilitando a ampliação da autonomia da saúde e o auto-cuidado;
- Encerramento e início dos atendimentos.

² Material apresentado em reunião de equipe como proposta para realização do Acolhimento.