



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA SABRINNY MARTINS RODRIGUES**

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: PROCESSO DE TRABALHO DA  
EQUIPE DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2019**

MARIA SABRINNY MARTINS RODRIGUES

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: PROCESSO DE TRABALHO DA  
EQUIPE DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Dissertação apresentada a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Ciência da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza.

FORTALEZA

2019

MARIA SABRINNY MARTINS RODRIGUES

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: PROCESSO DE TRABALHO DA  
EQUIPE DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Dissertação apresentada a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Ciência da Saúde.

Aprovada em: 14/ 11/ 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Maciel Araújo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho  
Centro Universitário Faculdade Metropolitana de Fortaleza (UNIFAMETRO)

A Deus e ao Cristo de amor, fundamentos de minha fé.

Aos meus pais, Noélia e Ribamar, meus alicerces, real significado de porto seguro em minha vida, amores incondicionais.

Ao meu marido, Adriano, meu companheiro de jornada, minha definição de apoio e incentivo.

## AGRADECIMENTOS

Produzir um trabalho de modo tão intenso e complexo como o de uma dissertação só se torna possível pelos laços estabelecidos durante o percurso de descobertas, angústias, encontros, surpresas e encantamentos. Tudo isso em meio à dinâmica da vida cotidiana, que não para de tentar te absorver pelo fato de estarmos em trabalho de pensar, pesquisar e escrever. Nesse percurso de pós-graduação que se encerra, agradeço sinceramente e sempre, pelas possibilidades que foram abertas sem semelhanças:

Às minhas irmãs, parceiras de uma vida, que vibram junto comigo a cada etapa: Geruzia Martins Rodrigues e Cristiane Maria Martins Rodrigues.

Aos amigos que fortaleceram as possibilidades para essa caminhada. Em especial às amigas de longa data: à Adriana Oliveira Souza de Tullio e Magna Geane Pereira de Sousa, pelos momentos de risadas, companheirismo, apoio e pelas preciosas dicas desde o momento da inscrição para a seleção na UFC.

Aos colegas de curso que no coletivo da sala de aula, compartilharam opiniões e estratégias que auxiliaram significativamente minha trajetória. Em especial meus sinceros agradecimentos à: Ana Claudia Fortes Ferreira, Karla Verbena Salviano Cavalcante, Júlio César Vieira Ferreira e Silvia Regina Pimentel Pereira, pelos exemplos de dedicação e debate crítico.

Agradeço aos professores da Rede RENASF, que em suas aulas e debates, propiciaram questões que me fizeram circular entre avanços, resistências e perplexidades, instigando minha reflexão e auxiliando na descoberta de novas perspectivas.

A participação dos professores na banca de qualificação, Prof<sup>o</sup>. Marcelo José Monteiro Ferreira e Prof<sup>a</sup>. Maria de Fátima Maciel Araújo, que gerou contribuições preciosas e fizeram diferença para a produção dessa síntese final. Aos professores participantes da banca examinadora, Prof<sup>a</sup>. Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho, por sua colaboração e disponibilidade e novamente me presenteando com sua experiência a Prof<sup>a</sup>. Maria de Fátima Maciel.

Agradeço à UFC por abraçar a proposta de qualificação dos profissionais em serviço na Atenção Primária à Saúde e ser **resistência** contra as dificuldades e falta de recursos materiais e financeiros, principalmente a Coordenadora do curso, que foi aguerrida até o fim, Prof<sup>a</sup>. Renata de Sousa Alves, que segurou na mão de todos,

não deixando ninguém desistir.

Em especial, meus sinceros e profundos agradecimentos à professora e orientadora Ângela Maria Alves e Souza. Professora que me acompanhou durante toda a trajetória do curso. Orientadora respeitosa quanto ao meu tempo de compreensão e elaborações diante da minha vida cotidiana. Pessoa singular, que com seu carinho e conhecimento, aceitou com alegria e encantamento me orientar nesse percurso. Essa dissertação foi escrita graças ao seu engajamento e disponibilidade.

“Dedico a todos os trabalhadores da Atenção Primária de Fortaleza, “estrelas” que produzem em meio aos seus próprios sofrimentos, práticas de acolhimento aos usuários que procuram as Unidades de Saúde.” (Maria Sabrinny M. Rodrigues).

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é atualmente o principal nível de atenção à saúde da população brasileira e um dos principais empregadores dos profissionais de saúde. Uma das atividades requeridas nos processos de trabalho na Atenção Primária é o acolhimento da demanda espontânea. Assim, este estudo, de abordagem qualitativa, tem como objetivo descrever o processo de trabalho no acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, identificando o conhecimento dos profissionais a respeito dos fluxos adotados e da regulamentação oficial, caracterizando suas potencialidades e desafios e conhecendo os sentimentos que vivenciam nesse processo. Em relação ao percurso metodológico, a pesquisa utilizou o estudo exploratório descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturado, com onze trabalhadores da saúde. A análise dos dados teve como referência a análise temática de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o parecer N° 3.525.812. Os resultados revelaram que o modelo adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, encontra-se orientado para o modelo biomédico; padrão de atendimento centrado na doença e não no indivíduo. Identificamos que no acolhimento à demanda espontânea, muitos profissionais não utilizam a classificação de riscos e vulnerabilidades para o atendimento à população, devido ao grande número de pessoas que procuram atendimento. O modelo adotado e o grande número de pessoas a serem atendidas, provocam nos profissionais sentimentos de sofrimento, relativos à frustração e impotência, que podem causar danos à saúde psíquica dos mesmos, fazendo com que seja necessária e urgente a revisão do modelo de atendimento adotado durante o acolhimento da demanda espontânea. É importante levar em consideração e abrir espaço para o trabalhador expor suas opiniões e preocupações, em prol de melhorias em seus processos de trabalho e da superação de sentimentos negativos oriundos de seu fazer profissional.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Trabalhadores.

## ABSTRACT

Primary health care is currently the main level of health care for the Brazilian population and one of the main employers of health professionals. One of the activities required in the work processes in Primary Care is the reception of spontaneous demand. Thus, this study, with a qualitative approach, aims to describe the work process in the reception of spontaneous demand in a Primary Health Care Unit in the city of Fortaleza, identifying the knowledge of professionals about the flows adopted and the official regulations, characterizing their potential and challenges and knowing the feelings they experience in this process. Regarding the methodological path, the research used the descriptive exploratory study. Data collection was carried out through a script of semi-structured interviews with eleven health workers. The data analysis had as reference the thematic analysis of content. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, with opinion No. 3,525,812. The results revealed that the model adopted by the Municipal Secretariat of Health is oriented to the biomedical model; a standard of care centered on the disease and not on the individual. We identified that in spontaneous demand, many professionals do not use the classification of risks and vulnerabilities for the care of the population, due to the large number of people who seek care. The adopted model and the large number of people to be cared for provoke in professionals feelings of suffering, related to frustration and impotence, making it necessary and urgent for them to review the model of care adopted, taking into consideration and opening space for the worker to expose their opinions and concerns, in favor of improvements in their work processes and overcoming negative feelings arising from their professional practice.

**Keywords:** Primary Health Care. User Embrace. Workers.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
D6	Sala do bloco D, número 6
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMPARH	Instituto Municipal de Desenvolvimento de Recursos Humanos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR I	Secretaria Regional I
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMATIZAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Justificativa e relevância da pesquisa</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSO DE APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO:</b>	<b>21</b>

REFERENCIAL TEÓRICO .....	22
3.1 Política Nacional de Humanização .....	22
3.1.1 <i>O acolhimento</i> .....	23
3.1.2 <i>Acolhimento de demanda espontânea</i> .....	25
3.2 A teoria da Psicodinâmica do Trabalho .....	28
3.2.1 <i>O trabalho no SUS</i> .....	29
3.2.2 <i>O trabalhador do SUS e sua inserção na Atenção Primária</i> .....	30
4 METODOLOGIA .....	33
4.1 Procedimentos e análise do material .....	34
4.2 Aspectos éticos .....	36
4.3 Campo de pesquisa .....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	38
5.1 A realidade do serviço: como acontece e quem participa do processo de acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária .....	38
5.2 Regulamentação: o que está escrito na política oficial .....	42
5.2.1 <i>Conhecimento dos documentos oficiais pelos profissionais</i> .....	43
5.3 Educação Permanente: o processo formativo ofertado para o desenvolvimento do serviço .....	45
5.3.1 <i>Orientações fornecidas aos profissionais</i> .....	46
5.4 O emergir dos sentimentos .....	49
5.4.1 <i>Sentimentos decorrentes do trabalho</i> .....	49
5.5 Superando o lado negativo .....	54
5.5.1 <i>Quais atitudes são colocadas em prática</i> .....	54
5.6 A importância do acolhimento à demanda espontânea na APS .....	58
5.6.1 <i>A importância atribuída ao trabalho</i> .....	59
5.7 Mudanças no fazer profissional .....	61
5.7.1 <i>O que poderia ser diferente</i> .....	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
REFERÊNCIAS .....	71
APÊNDICES .....	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	76
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	79
APÊNDICE C – ARTIGO .....	80
ANEXOS .....	92
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	93
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA .....	97



## 1 INTRODUÇÃO

A atividade de Acolhimento desenvolvida pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Primária de Fortaleza é o tema principal deste estudo, cujo intuito é conhecer como essa atividade vem acontecendo e identificar as possíveis relações com as experiências e sentimentos vivenciados pelos trabalhadores da saúde envolvidos nesse contexto.

Para falarmos na prática de acolhimento na área da saúde, precisamos antes contextualizar essa política pública e o modelo de atenção à saúde no qual se encontra inserido.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é decorrente de lutas e conquistas que foram impulsionadas pelo movimento de redemocratização. A partir da década de 1980, inicia-se no país a consolidação de medidas racionalizadoras de gastos, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) começa a ser privilegiada. Esse processo teve a influência da Declaração de Alma-Ata, de 1978, onde a APS aparecia como método imprescindível para se alcançar a promoção e assistência à saúde para todos (GOBATTO, 2013).

A partir da década de 1970, organizou-se no Brasil o Movimento de Reforma Sanitária, com forte participação de profissionais da saúde e da população, e propiciou a expansão de unidades de saúde em comunidades carentes, onde além da prevenção, estavam previstos atendimentos de caráter assistencial em clínica, pediatria e ginecologia (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Esse processo culminou no estabelecimento da saúde enquanto direito constitucional de cidadania, ampliando o entendimento sobre a dicotomia saúde-doença. O SUS está garantido na Constituição Brasileira em seu Capítulo II, como parte integrante da Seguridade Social. De caráter universal, deve ser organizado em rede descentralizada e hierarquizada, sendo regulamentado pelas Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes - e a nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais para o financiamento do SUS (BRASIL, 2003).

A lei 8.080, Lei Orgânica do SUS, coloca a saúde como direito fundamental do ser humano e preconiza como sendo dever do Estado a:

[...] formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2003, p.22).

A organização descentralizada do SUS possibilitou a municipalização dos serviços de saúde, permitindo que a APS passasse a ser vista como “porta de entrada preferencial”. Pensando em investimentos nas ações de promoção e prevenção em saúde, ultrapassando o modelo médico assistencial, onde o usuário conseguisse vivenciar seu processo saúde/doença de modo diferenciado, com o auxílio de profissionais da saúde, foi implantado no país o Programa Saúde da Família (PSF), inspirado em experiências exitosas de países como Cuba e Canadá. O objetivo desse modelo organizativo é garantir a integralidade da assistência, propiciando o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais e as famílias (MELO *et al.*, 2016).

Implantado no país no ano de 1994, o PSF começou sua expansão a partir de 1996, após a Norma Operacional Básica lançada em 1996, a NOB/SUS 01/96, que estabelecia entre outras orientações o Piso da Atenção Básica – PAB. Posteriormente conhecido como ESF – Estratégia Saúde da Família, tal programa pretende garantir a continuidade do cuidado de forma longitudinal e a integralidade das ações, colocando o usuário como protagonista (BRILHANTE *et al.*, 2016).

O PSF, posteriormente identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste na organização do atendimento que será prestado aos usuários, com base no trabalho de equipe multidisciplinar, por meio de ações voltadas prioritariamente para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Tal Estratégia, passou a ser base de organização da assistência prestada na APS, que é vista como local prioritário para o acesso aos serviços de saúde.

A esses profissionais foram requeridas ações centradas no usuário, fazendo com que os mesmos tivessem que desenvolver práticas voltadas para o acolhimento, o fortalecimento de vínculos e a responsabilização. O acolhimento transforma-se, assim, em uma ação necessária nos serviços de Atenção Primária, refletindo tanto no cuidado dispensado, quanto na organização dos serviços (MERHY, 2005).

Importante saber que o acolhimento é um processo que implica transformação e ações articuladas. Insere-se nas modalidades de acolhimento, o

atendimento à demanda espontânea, que se refere à lógica de receber e realizar a escuta qualificada do usuário e as necessidades de saúde por ele referidas naquele momento, dando a correta resolução (BRASIL, 2013b).

Porém, os territórios referenciados pelas Unidades de saúde da família possuem diversas dificuldades vivenciadas pelos gestores, profissionais da saúde e usuários, no cotidiano dos espaços institucionais, principalmente por serem marcadamente biologicistas, historicamente voltados para o modelo centrado no atendimento médico.

Tais dificuldades, agregadas a realidade complexa de um município de grande porte como Fortaleza, à descontinuidade de programas e à imposição de outros, por parte de gestores, podem levar os profissionais a vivências de situações e sentimentos que extrapolem suas capacidades resolutivas e conciliadoras entre a realidade dos serviços e a regulamentação do fazer profissional.

Diante dessa realidade, fazemos o seguinte questionamento: como acolher a demanda espontânea nos serviços de saúde da atenção primária de Fortaleza? Como os profissionais da ESF sentem-se ao ter que fazer a mediação entre a realidade dos territórios, dos serviços e da normatização sobre como deve ser realizado?

Assim, nasceu o desafio desta pesquisa, que se voltou para o campo e o trabalhador da Atenção Primária.

Inicialmente, contextualizamos a problemática estudada e quais objetivos pretendeu-se alcançar. A diante, abordamos a Política Nacional de Humanização, trazendo à luz a necessária modificação dos serviços de saúde utilizando o acolhimento à demanda espontânea. Ainda no tocante ao referencial teórico, falamos sobre a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, passando por uma breve explanação do trabalho profissional na APS.

Dando seguimento, explicamos sobre o caminho metodológico adotado, os passos e procedimentos seguidos até chegarmos aos resultados, relatando sobre o campo e o objeto de estudo da presente pesquisa.

Após, apresentamos a discussão dos resultados, que se estendeu por sete tópicos.

Iniciamos a apresentação dos resultados mostrando como acontece o processo de acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade de Atenção Primária no município de Fortaleza.

Em seguida, discutimos sobre o processo de Educação Permanente, outra premissa da Política de Humanização, e como ele subsidiou a implantação e/ou o desenvolvimento do acolhimento na APS. Decorrente desse processo se fez necessária a percepção da subjetividade dos sujeitos pesquisados, pois são estes que farão girar as engrenagens das melhorias nos modos de cuidar em saúde. Assim, alguns tópicos versarão sobre o emergir dos sentimentos e as vivências dos profissionais no trabalho com acolhimento de demanda espontânea em Fortaleza.

Por fim, oportunizamos aos participantes, a fala para as colocações a respeito do que não tinha sido contemplado, captando as angústias e esperanças do envolvimento com o trabalho desenvolvido.

Ao descortinamos como vem acontecendo a proposta de acolhimento à demanda espontânea em Fortaleza, concluímos que se pode encontrar um modelo que reforça a centralidade no atendimento médico, descaracterizando a proposta de acompanhamento multiprofissional e longitudinal, próprios da Estratégia Saúde da Família. Além disso, a pesquisa mostrou que esse processo de trabalho traz para os profissionais, sentimentos de impotência e frustração, que podem causar danos à saúde psíquica dos mesmos.

## 2 PROBLEMATIZAÇÃO

Quando as condições de trabalho se configuram como fonte de frustração dada à má qualidade do atendimento oferecido à população, o sofrimento mental resultante da insatisfação do profissional com o seu trabalho ao nível do conteúdo significativo da tarefa pode resultar na manifestação de doenças psíquicas e/ou somáticas (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

Os pesquisadores Oliveira e Albuquerque (2008), ao ouvirem vários profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família (USF), verificaram que as principais limitações da ESF eram as precárias condições de trabalho, tanto materiais, quanto estruturais, que não condiziam nem com as necessidades da população, nem com os ideais do SUS, o que comprometia a qualidade da assistência, refletindo na desmotivação desses profissionais. Situações como essas podem gerar nos trabalhadores insatisfações que levam ao sofrimento no trabalho.

A APS, por ser uma das principais portas de acesso, deve acolher toda sua população adstrita. Porém, a distância entre a legislação, a prescrição (o ideal) e o real (o que acontece diariamente), torna essa realidade uma atividade complexa, pois a garantia do atendimento integral e resolutivo fica comprometida devido ao grande número de pessoas a serem atendidas, podendo ultrapassar a capacidade laboral dos profissionais (BRILHANTE, *et al.*, 2016).

A Prefeitura Municipal de Fortaleza, por meio de um processo de reestruturação organizacional de sua rede de atenção, implementou como agenda permanente da ESF o acolhimento da demanda espontânea, que teria como base teórica (norma prescrita) a publicação do Ministério da Saúde: Cadernos da Atenção Básica nº 28, porém com peculiaridades próprias ao modelo de gestão adotado.

O modo como a implantação do acolhimento aconteceu, fez com que seja comum encontrarmos profissionais desmotivados, insatisfeitos e com sobrecarga de trabalho (BRILHANTE *et al.*, 2016).

O atendimento à demanda espontânea recebeu nova roupagem e foi instituído como agenda permanente em 2013, sendo efetivado pelos profissionais das equipes da ESF. Às ações de promoção e prevenção de agravos, realizadas pela APS, somam-se ações de acolhimento de queixas agudas, com livre demanda para o atendimento.

O acolhimento à demanda espontânea, como estabelecido atualmente pela gestão municipal, possui caráter obrigatório e deve acontecer diariamente, operacionalizado pelos profissionais da ESF. De acordo com o preconizado, nas Unidades de Atenção Primária não podem ser limitados o quantitativo de atendimento por profissional, devendo o serviço estar aberto a todas as pessoas que dele necessitarem independente da região onde residam. O atendimento às queixas agudas deve ser priorizado, entrando como agenda permanente de atendimento dos profissionais, retirando-os das ações programadas próprias das atividades previstas para atendimento na APS. As atividades programadas de: educação, promoção, prevenção de agravos, proteção, manutenção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, devem coexistir e se inter-relacionar com a atividade de acolhimento de demanda espontânea.

Como profissional Assistente Social há mais de 13 anos, trabalhando na Atenção Primária na cidade de Fortaleza, participamos do processo de mudança na organização dos serviços da APS. Na ocasião, por meio da observação direta, percebemos que essa reestruturação não se deu com naturalidade, principalmente porque a mudança foi estabelecida antes dos processos de educação permanente e atualização sobre o tema. Muitos profissionais se mostraram insatisfeitos com o modo com que essa mudança foi implementada e as implicações e cobranças organizacionais envolvidas nesse processo (SILVA, 2015).

Desse modo, o interesse na realização desta pesquisa nos remete a nossa trajetória profissional na Atenção Primária. Inicialmente como membro da equipe gestora da Unidade de Saúde pesquisada, vivenciamos o processo de reorganização dos serviços e implementação do acolhimento à demanda espontânea advindo com o início de uma nova gestão municipal, onde recebíamos as insatisfações e dúvidas dos trabalhadores com relação a essa situação.

Mais recentemente, como profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) na mesma Unidade, momento em que somos também participantes das equipes de ESF, observamos e ouvimos com maior frequência relatos dos profissionais que atuam diretamente no acolhimento à demanda espontânea estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Perante a realidade complexa, o trabalho dos profissionais se enche de desgaste e sofrimento, ensejando a geração de possíveis problemas psíquicos relacionados à insatisfação e exaustão. Observando as mudanças ocorridas em

Fortaleza, surgiram as perguntas norteadoras do presente estudo: o que significa acolhimento da demanda espontânea para os profissionais da ESF de Fortaleza e Quais sentimentos emergem durante esse trabalho?

A pesquisa aqui apresentada, discute sobre a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: trabalhadores, usuários e gestores, e como as mudanças empreendidas pelos gestores podem impactar negativamente no trabalhador, pois as propostas de melhoria só conseguem se efetivar como tal, quando são contratualizadas entre todos os envolvidos.

## **2.1 Justificativa e relevância da pesquisa**

Starfield (2002) coloca que o acolhimento deve ter por referência características tais como: porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema e coordenação do fluxo de atenção, se configurando como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde.

O acolhimento tem como um de seus eixos o atendimento por equipe multiprofissional, sendo a escuta qualificada papel de todos os trabalhadores envolvidos, transformando a relação profissional - usuário (CAMELO *et al.*, 2016).

Esta pesquisa contribuirá com o conhecimento sobre as experiências inerentes ao processo de trabalho da equipe de profissionais da ESF que operam no atendimento à demanda espontânea em uma Unidade de saúde do município de Fortaleza, evidenciando como essa proposta acontece no cotidiano do serviço e o que tem gerado no contexto de trabalho dos profissionais, trazendo a centralidade das discussões para o trabalhador da saúde.

Favorecerá a coordenação local da Unidade em seus processos relativos à organização dos serviços prestados, permitindo a valorização das falas dos profissionais e a organização de mudanças. Para a gestão municipal, poderá trazer subsídios para a avaliação dos processos de trabalho implantados, superando perspectivas unilaterais e excludentes.

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Geral**

Descrever o processo de trabalho no acolhimento à demanda espontânea em Unidade Primária de Saúde em Fortaleza.

### **2.2.2 Específicos**

- Apresentar o fluxo de atendimento por meio do acolhimento estabelecido em uma UAPS de Fortaleza;
- Identificar o conhecimento dos profissionais sobre a legislação que regulamenta o atendimento à demanda espontânea;
- Conhecer as experiências e os sentimentos vivenciados pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família, quanto ao processo de trabalho no acolhimento por demanda espontânea na Atenção Primária a Saúde;
- Caracterizar as potencialidades e desafios do acolhimento à demanda espontânea para a organização do processo de trabalho das equipes da ESF.

### **3 PERCURSO DE APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO: REFERENCIAL TEÓRICO**

Utilizamos como Referencial Teórico para embasar esta pesquisa, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013a) e a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, que tem como seu principal expositor Christophe Dejours (1997; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994), e versa sobre prazer e sofrimento no trabalho, e as manifestações dialéticas entre a realidade dos serviços e o que está prescrito, determinado para a execução do trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada para levar ao ambiente da saúde, processos voltados para a ética entre usuários, trabalhadores e gestores, e que estivessem comprometidos com a melhoria do cuidado. Procura provocar inovações na produção, gestão e no cuidado em saúde, com ênfase na formação e na educação permanente dos trabalhadores (BARBOSA *et al.*, 2013).

Segundo o *site* do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização foi implantada para que pudessem ser efetivados, no cotidiano das práticas de atenção e gestão, os princípios do SUS; fazendo com que as trocas entre gestores, trabalhadores e usuários fossem incentivadas, qualificando assim, a saúde pública no Brasil. A PNH deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS.

O acolhimento é uma das diretrizes dessa política, sendo o ato de reconhecer o que o outro traz como singular e legítima necessidade de saúde.

No que refere à teoria da Psicodinâmica do Trabalho, esta está inscrita dentro da Psicologia Social e do Trabalho e entende a centralidade psíquica e social desse campo como uma atividade material simbólica, que faz parte da vida subjetiva e social dos sujeitos; e tem o objetivo de alcançar e intervir no fenômeno trabalho – subjetividade – saúde/doença, como nos falam Bendassolli e Soboll (2011, p. 17): “atenta ao traumático no trabalho, suas investigações se destinam a compreender as origens e as manifestações dos sofrimentos, como também a compreender e subsidiar os processos de resistência e superação por parte dos coletivos de trabalho”.

Desse modo, a Psicodinâmica versa entre outros aspectos, sobre a subjetividade e o trabalho, considerando os conflitos presentes na história de vida do trabalhador e aqueles decorrentes do seu campo relacional no trabalho. Ao trazer a

centralidade das discussões para o trabalho, deve-se observar a mediação existente entre o singular e o coletivo, entre a subjetividade e o campo social. Assim, é pouco provável que o sujeito singular pense em levar para a sociedade uma contribuição que não tenha ligação com a realidade que vivencia (DEJOURS, 1997).

Portanto, esse viés teórico se torna justificável para analisar a relação entre o trabalho e a subjetividade dos profissionais de saúde diante das circunstâncias políticas atuais, permeadas de múltiplas exigências profissionais, auxiliando na compreensão do trabalho e da subjetividade no contexto do acolhimento às demandas de saúde na APS.

### **3.1 Política Nacional de Humanização**

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH) foi instituída em 2003, tendo como base o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. A PNH deve ser seguida por todos os serviços públicos de saúde, considerando sua realidade diária com o intuito de serem promovidas mudanças nos modelos de gestão e cuidado (BARBOSA *et al.*, 2013).

Trata-se de uma política transversal que pode ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que devem se traduzir em ações nos diversos serviços de saúde pública, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão.

A PNH deve fazer parte de todas as políticas e programas do SUS, sendo entendida como uma política de valorização dos usuários, profissionais e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar aos mesmos, maior autonomia, ampliando sua capacidade de transformar a realidade por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde, construindo “processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras” (BRASIL, 2013a).

Para assegurar a inclusão de trabalhadores e usuários na gestão dos serviços, dando impulso às ações transformadoras dos modelos de atenção, é preciso não dissociar a atenção e a gestão dos processos de trabalho e produção

de saúde (BRILHANTE *et al.*, 2016).

A PNH tem como princípios teóricos: a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. E como diretrizes: o acolhimento; a gestão participativa e cogestão; a ambiência; a clínica ampliada e compartilhada; a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Ainda de acordo com essa Política, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2013a, p. 5).

Nesse contexto, podemos considerar o acolhimento uma das principais diretrizes norteadoras da PNH a ser implementada e melhorada constantemente nos serviços de saúde.

O acolhimento deve ser utilizado como ferramenta que estrutura a relação entre a equipe multiprofissional e a população. Define-se pela capacidade de solidariedade entre esta e as demandas dos usuários, resultando numa relação humanizada (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

### **3.1.1 O acolhimento**

Como um dos pilares da PNH, o acolhimento não pode fugir dos preconizados princípios éticos estéticos e políticos, devendo se traduzir em atitudes inclusivas, em ações que aproximem os profissionais dos usuários. Logo, essa proposta visa dar resposta às necessidades de seu público, respeitando as demandas prioritárias de urgência e emergência, transformando a relação profissional e usuário por meio de ações de cuidado compartilhado e recíproco. Portanto, não há como acolher o paciente, sem receber junto o seu contexto social (BRASIL, 2013b).

O ato de acolher, significa dar guarida, receber (FERREIRA, 2010). O que coloca o acolhimento como um importante componente de recebimento de demandas e necessidades de saúde da população.

De acordo com o que está descrito no Caderno 28 do Ministério da Saúde, os diferentes tipos de demandas apresentadas pelos usuários podem ser acolhidas de modo satisfatório na atenção primária à saúde, principalmente como meio de fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde reconhece que o acolhimento se constitui parte do processo de mudança de atitude dentro dos serviços de saúde. Este, ultrapassa a questão do atendimento ou da triagem bem realizada e deve estar presente da porta de entrada da Unidade até o encaminhamento para o serviço que o usuário necessita (BRASIL, 2013b).

Segundo Schimith e Lima (2004), o acolhimento é considerado um arranjo tecnológico que visa garantir acesso aos usuários, tendo como objetivo escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e referenciar os que não puderem ser resolvidos, possibilitando regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados. Prevê ainda a capacidade de adaptar técnicas e combinar atividades para melhor responder as demandas apresentadas ao serviço (adequando recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos).

Merhy (2005, p. 1487), nos coloca ainda que, o acolhimento “deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania”.

Reconhecendo o que o outro apresenta como legítima e singular necessidade de saúde, o profissional iniciará a produção de vínculo, com o objetivo de estimular também a autonomia dos sujeitos. O acolhimento deve sustentar a relação serviços de saúde e população (BRASIL, 2013b).

A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda espontânea e a responsabilização pelos problemas de saúde de uma região.

O Ministério da Saúde propõe um fluxo para o atendimento dos usuários nas Unidades de Atenção Primária, onde coloca a recepção como o primeiro local de escuta do usuário, e que não sendo possível nesse setor a definição de qual cuidado deve ser ofertado, este deverá ser encaminhado para um espaço adequado para a escuta de sua queixa, análise e definição do cuidado, podendo ser uma sala específica ou não, pois o acolhimento propriamente dito deverá ocorrer antes e depois dessa escuta, com ou sem sala definida para este fim (BRASIL, 2013b).

Estas explicações dão um caráter amplo ao acolhimento, colocando-o como tecnologia de cuidado que ultrapassa o atendimento de doenças agudas.

### **3.1.2 Acolhimento de demanda espontânea**

O processo de acolhimento deve acontecer no atendimento às diversas situações dentro da Unidade de Saúde, inclusive para aquelas que não estão na programação diária do cardápio de serviços do dia, mas são levadas pelos usuários que as apresentam como necessidade de saúde que precisa de uma resposta. Essas demandas são por nós entendidas como as demandas espontâneas dos usuários.

Ao chegar a uma Unidade de Saúde, o primeiro passo para termos acesso aos serviços é o acolhimento, que a PNH traz, como sendo o reconhecimento de que as pessoas têm uma necessidade de saúde que precisa ser solucionada. Utiliza-se então o diálogo para dar início ao estabelecimento do vínculo. À medida que esse vínculo se fortalece, melhor será a abertura do usuário para falar sobre o que pode estar causando aquela necessidade de saúde.

A lógica do acolhimento da demanda espontânea pressupõe que, ao chegar a Unidade de Saúde, o usuário possa ser escutado e corretamente encaminhado ao serviço devido, devendo ser considerada as situações imprevistas, onde os profissionais encarregados de escutar essas demandas deverão ter a capacidade de analisá-las (identificando não só os riscos, mas analisando a vulnerabilidade), a clareza do que a UAPS oferece em termos de cuidado, a capacidade de diálogo com os outros colegas, resolubilidade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado de acordo com a necessidade apresentada (BRASIL, 2013b).

No entanto, ao encararmos a realidade de nossos serviços de saúde, o que muitas vezes é percebido são soluções práticas com relação ao acolhimento, que tendem a concebê-lo como uma atividade fragmentada, ou seja, uma ferramenta organizacional tradicional dos serviços de saúde, entendida muitas vezes como “recepção” ou “triagem” (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Entendendo que o acesso e o acolhimento, a efetividade e a resolubilidade são pontos desafiadores para a atenção primária, o MS lançou em 2011, um conteúdo teórico orientador sobre o acolhimento, tratando especialmente sobre a Demanda Espontânea.

Esse material teórico visa contextualizar o acolhimento na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica e oferecer orientações para o

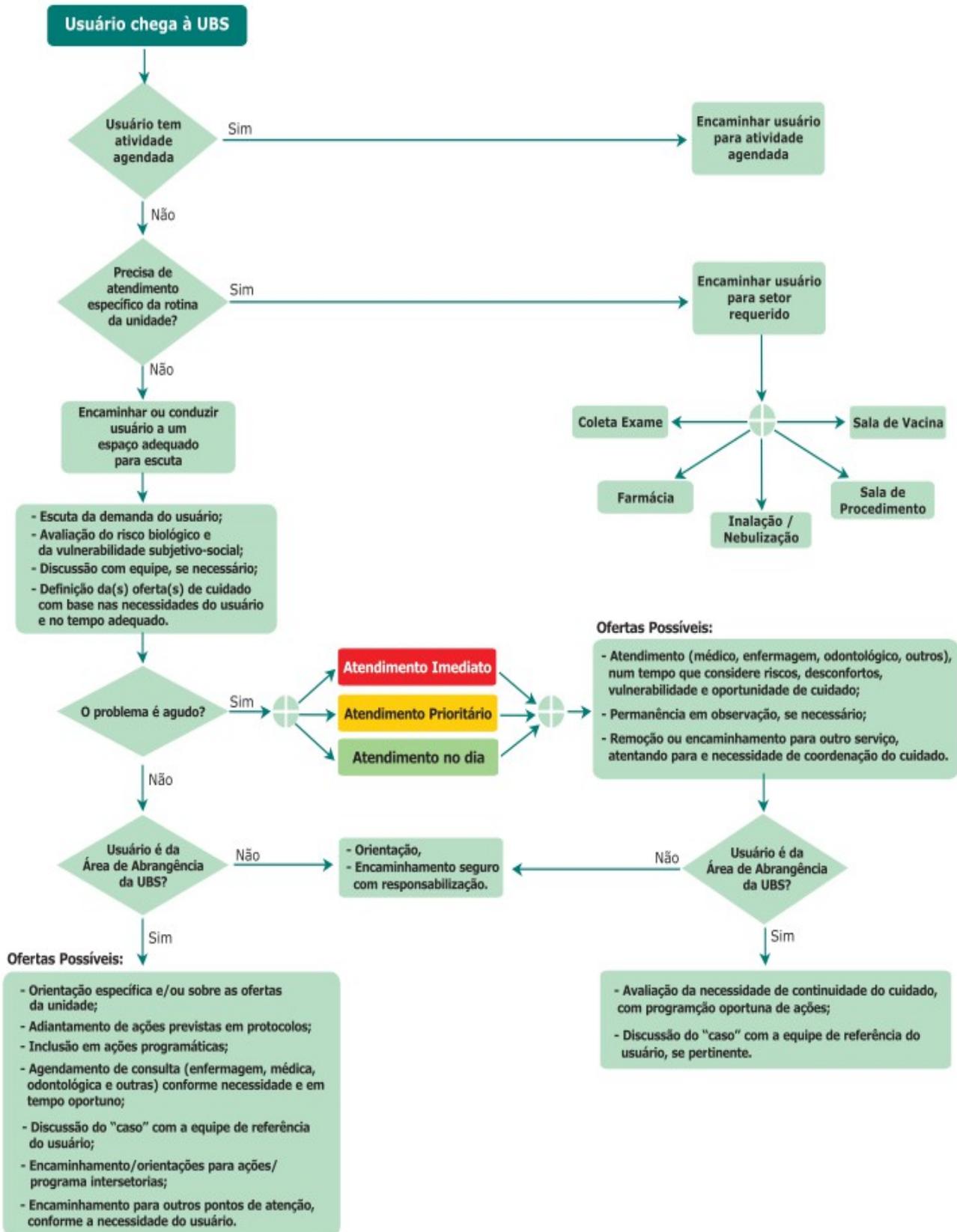
acolhimento à demanda espontânea, que utilize uma abordagem voltada para a classificação do risco e a vulnerabilidade que as pessoas sofrem, e onde os profissionais possam lançar mão de seus saberes clínico, epidemiológicos e da subjetividade.

O acolhimento à demanda espontânea passa a se constituir parte integrante do processo de trabalho na atenção primária. O instrumental orientador do MS regulamenta esse acolhimento, e auxilia os profissionais no desenvolvimento desse processo. Esse material apresenta um fluxograma orientador, que poderá servir de base para a implantação do acolhimento nas Unidades de saúde. Tal fluxograma, representa um padrão de fluxo, onde a recepção seja o primeiro contato e que:

[...] havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções (BRASIL, 2013b, p.26).

Verifiquemos o fluxograma Figura 1, na página 27:

Figura 1 – Fluxograma de Atendimento à Demanda Espontânea.



Verificando os caminhos apresentados no fluxograma para o atendimento, percebemos que as demandas apresentadas são ouvidas e encaminhadas para os setores devidos e que no atendimento à demanda espontânea, as respostas podem ser feitas de modo conjunto entre os profissionais, não se restringindo ao atendimento à consulta médica.

Tendo essa percepção como ponto de partida, devemos, ao discutir o acolhimento como uma estratégia de inclusão da PNH, refletir sobre a organização do trabalho nos diferentes serviços de saúde, visto que, para que haja o acolhimento, é necessária uma mudança de comportamento não só dos trabalhadores do SUS, mas também de gestores e usuários, não sendo possível acolher sem alterar a rotina das equipes de saúde. Logo, é necessário que as equipes e os gestores estejam dispostos a adaptarem-se às necessidades dos usuários e vice-versa, como num acordo. Caso contrário, o acolhimento pode se transformar em uma ferramenta de exclusão (BRASIL, 2013b).

### **3.2 A teoria da Psicodinâmica do Trabalho**

A teoria psicodinâmica do trabalho nos fala sobre a existência do trabalho vivo, considerado o trabalho real do sujeito e que dentro dele habitam situações que escapam ao seu controle, ao seu conhecimento prévio, se manifestando em seu mundo subjetivo, nas suas relações com as situações concretas de seus afazeres. E, assim, manifestações de prazer e sofrimento no trabalho irão coexistir e se inter-relacionar (PAULA, 2011).

O que é colocado é a necessidade de compreensão de como os trabalhadores conseguem manter o equilíbrio psíquico, mesmo diante da submissão a situações de trabalho desestruturantes. De acordo com Dejours (1997), a organização do trabalho exerce sobre o sujeito uma ação que pode impactar sobre seu aparelho psíquico. Dependendo da situação vivenciada, emergem no trabalhador sofrimentos que podem ser atribuídos ao conflito entre a história individual de um sujeito, portador de projetos, desejos e esperanças e a organização de seu trabalho, que os ignora. Nessa teoria, o real é “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (DEJOURS, 1997, p. 40). Considera ainda que sobre esse “real” existe a possibilidade do fracasso da técnica prescrita. O “real” não decorre do

conhecimento, pois vai além deste, sendo apreendido inicialmente sob a forma de experiência, pela experiência vivida.

Para Mendes (2007), pesquisadora brasileira sobre a Psicodinâmica do Trabalho, esse saber consiste também no estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação. Tais processos se manifestam nas vivências de prazer – sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições existentes na organização do trabalho, na saúde e no adoecimento. Seguindo essa linha, a Psicodinâmica coloca a centralidade de seus estudos na problemática da mobilização e do engajamento que a organização do trabalho exige do trabalhador, não podendo deixar de fora sua subjetividade.

A subjetividade a qual nos referimos, diz respeito ao que se passa no íntimo do sujeito pensante. É aquilo que é variável de acordo com os sentimentos, com os julgamentos, dentre outros. (FERREIRA, 2010). Nestes termos, a subjetividade envolve as particularidades inerentes à condição de ser dos sujeitos, e estará presente em suas vivências cotidianas, como o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Como nos escreve Silva *et al.* (2015), existem alguns fatores determinantes para possíveis adoecimentos por causa do trabalho. Dentre os fatores de risco, estão aqueles relacionados à organização laboral, tais como: frequentes mudanças organizacionais, alterações de normas e regras; o excesso dessas normas; a falta de autonomia (dependência de deliberações superiores); entre outras.

O trabalho no campo da saúde também está incluso nesse universo, e pode ser estudado sob a ótica da citada teoria.

### **3.2.1 O trabalho no SUS**

O trabalho na área da saúde deve ser visto como um processo de troca, criatividade, co-participação/co-responsabilização e comprometer mútuos, sendo gerido por diversas instâncias e diversos atores. A participação do trabalhador no processo de gestão do trabalho em saúde é fundamental para a eficiência e efetividade do SUS, pois deve ser reconhecido como sujeito e agente transformador de seu ambiente de trabalho, e não apenas como um mero recurso humano, realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local e/ou

regional. A gestão do trabalho no SUS deve embasar-se no tripé: uso eficiente dos recursos, eficácia das ações realizadas e estruturação de um novo processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2005).

Essas orientações devem se estender por todos os níveis de atenção da rede de saúde do SUS, principalmente na atenção primária, tendo em vista seu papel de porta de entrada preferencial.

### **3.2.2 O trabalhador do SUS e sua inserção na Atenção Primária**

A APS vem se configurando como um nível de atenção que representa um novo modelo assistencial, devendo ser o primeiro ponto de atenção e a ordenadora de fluxos, informações e produtos para os demais pontos de atenção à saúde, devendo adotar a Estratégia Saúde da Família como o modelo de organização de trabalho a ser seguido.

A ESF é um método de organização da atenção primária baseado no trabalho conjunto e complementar de diferentes profissionais da saúde voltados para o atendimento dos indivíduos respeitando seu *lócus* inicial: a família, e sua posterior inserção em uma comunidade. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, coletados no site do DATASUS, atualmente o Brasil possui 43.197 mil equipes da Estratégia Saúde da Família cadastradas no Ministério da Saúde, que estão presentes na maioria das cidades brasileiras, o que faz com que esse serviço apareça como um dos principais locais de trabalho dos profissionais de saúde (SORATTO *et al.*, 2017).

Considerando a ESF como método de orientação dos serviços na atenção primária, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, ela possuirá um caráter estratégico na organização das redes de atenção à saúde, devido à proximidade adquirida com as pessoas e seus territórios (BRASIL, 2017).

A PNAB tem no trabalho das equipes de Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária, mas não pode deixar de reconhecer também outras estratégias existentes nos territórios pelo país, pois os serviços de saúde devem considerar e incluir as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em

saúde (BRASIL, 2017).

É recomendado que cada equipe multiprofissional deva ser responsável por até quatro mil pessoas, sendo o ideal a média de três mil, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias de um território. Porém, a realidade é bem diferente. Em algumas Unidades existem equipes com mais de sete mil pessoas sob sua responsabilidade, extrapolando a capacidade resolutiva desses profissionais (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Além disso, a ESF gerencia o acesso aos serviços programados por meio da definição de agendas e horários de atendimento. Contudo, as mudanças que ocorrem no território, a sazonalidade e a cultura curativista arraigada na população, favorecem o aumento da demanda (SORATTO *et al.*, 2017).

As questões descritas dificultam a formação de vínculo entre trabalhador e território de atuação necessária para a aproximação com o usuário e reconhecimento da área. Porém, essa vinculação pode, em contrapartida, significar para este trabalhador uma maior vulnerabilidade ao sofrimento do outro; ao medo de ter sua integridade (física e moral) ameaçada – pois sua atuação se dará mais próximo ao usuário; e ao não reconhecimento do trabalho realizado.

Atividades de promoção, prevenção, recuperação, alimentação dos sistemas de dados do MS, parcerias com instituições das demais políticas públicas, dentre outras; são requeridas aos profissionais da ESF. Para colocar em prática esse grande número de atividades, os profissionais encontram dificuldades, dentre elas a sobrecarga de trabalho, reflexo da grande demanda por atendimento. Em meio a essas obrigações, encontra-se também o gerenciamento do fluxo de acolhimento da demanda espontânea, mas gerenciar esse fluxo, em muitas ocasiões, torna-se difícil e exige ampliação das ações por parte de profissionais e gestores. Aliado ao excesso de demanda encontra-se ainda as inúmeras atividades burocráticas exigidas no serviço. Esses aspectos podem gerar insatisfação profissional que refletirá em prejuízo para a vida pessoal do trabalhador (SORATTO *et al.*, 2017). Além das atividades mencionadas, os trabalhadores da APS foram chamados a atuarem no processo de acolhimento aos usuários e suas demandas espontâneas levadas aos serviços de saúde. Postura implantada após as diretrizes lançadas com a Política Nacional de Humanização.

Na APS, aos já conhecidos riscos ocupacionais, podem se somar os relacionados às características específicas do local de trabalho e a inserção do

trabalhador na comunidade, bem como a não valorização do equipamento de saúde por parte da população usuária (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

Os profissionais da APS se deparam, muitas vezes, com problemas que não possuem as respostas precisas nesse nível de atenção. Diante de todas essas situações, esses fatores laborais correlacionados entre si, apresentam potencial que pode ser fator de adoecimento físico, social e psicológico para os trabalhadores.

No acolhimento à demanda espontânea, o usuário traz suas necessidades em saúde, e aos trabalhadores é requerido que sua atuação siga as orientações da integralidade do cuidado e da humanização, exercendo a priorização da assistência por meio da classificação de risco e vulnerabilidade e da escuta qualificada para atender as necessidades singulares das pessoas. Porém, tais ações podem se apresentar, também, enquanto carências dos próprios profissionais frente a sua saúde na relação com o trabalho (MAISSIAT *et al.*, 2015).

## 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva. Para Minayo (2015), esse tipo de pesquisa se apresenta adequada para o conhecimento da natureza de um fenômeno social, considerando que o pesquisador coleta dados na realidade pesquisada para depois analisá-los de modo indutivo.

Segundo Chizzotti (2016), a pesquisa exploratória faz com que o pesquisador amplie sua experiência em determinado problema, para que possa aprofundar os limites de uma situação específica. Neste estudo, ampliamos a experiência do processo de trabalho dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Quanto à escolha de ser uma pesquisa também descritiva, isso acontece porque o foco central se faz em descrever detalhadamente e com abrangência o processo do trabalho de acolhimento, caracterizando fatos e fenômenos específicos que se evidenciam em uma dada realidade, tendo relação direta com o objeto estudado, pois segundo Perovano (2014), a pesquisa descritiva visa identificar, registrar e analisar fatores e características relacionadas a um fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa propicia a compreensão do problema por meio da perspectiva do sujeito que vivência o fenômeno. Assim, esse estudo se mostra apropriado para a apreensão de informações referentes à saúde do trabalhador, pois permite conhecer a realidade do ambiente de trabalho.

Neste tipo de abordagem, têm-se como objetivo o aprofundamento de fenômenos que envolvem ações de indivíduos em seu ambiente ou contexto social e a interpretação dos dados segue a perspectiva desses indivíduos, sem necessariamente preocupar-se com representações numéricas, estatísticas, pois o estudo da experiência humana deve considerar que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010) a pesquisa de abordagem qualitativa tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos do comportamento humano, descrevendo sua complexidade e fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento, fazendo com que a ênfase da pesquisa seja nos processos e nos significados.

#### 4.1 Procedimentos e análise do material

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B). Tal instrumento foi aplicado antes da pesquisa como teste-piloto a um profissional de outra Unidade de Saúde, da mesma Regional, que serviu para a verificação da viabilidade e a realização de ajustes ao instrumento. O processo de entrevista permitiu a produção de discussões e reflexões baseadas nas experiências vivenciadas pelos sujeitos pesquisados.

No dia 02 de setembro de 2019, a coordenação da Unidade foi previamente informada sobre a realização da pesquisa e durante os dias seguintes, os pesquisados foram contatados um a um, para agendamento de data e horário conveniente aos mesmos para aplicação do roteiro de entrevista.

Apesar da solicitação à coordenação local, de uma sala para a realização das entrevistas, todos os profissionais preferiram que esse momento acontecesse dentro dos consultórios que ocupavam, quando não estavam em atendimento, para a garantia do sigilo. Porém, esse foi um fator desfavorável, pois tais momentos foram difíceis de serem conciliados com a rotina dos profissionais, sempre com muitas atividades e dificuldades em reservar alguns minutos para responderem à pesquisa.

As entrevistas foram gravadas por meio de um aplicativo eletrônico, de acordo com a anuência do pesquisado, para facilitar o processo de transcrição e análise das falas. Alguns profissionais inicialmente sentiram-se intimidados em fazer uso do gravador, sendo facultado aos mesmos o direito de recusa, porém mesmo diante dessa situação, todos concordaram com a utilização do citado aplicativo. Quando foi facultado direito de fala aos profissionais, alguns deixaram fluir livremente opiniões antes nunca escutadas pela pesquisadora.

A escolha da entrevista justifica-se no fato de possibilitar ao entrevistador a análise não só do que foi dito, mas do comportamento não verbal do entrevistado (GIL, 2017). Assim, coleta-se a expressão e a comunicação fidedigna dos participantes da pesquisa, mostrando suas experiências, representações, concepções e ideias, permitindo aprofundamento das manifestações relacionadas ao objeto de pesquisa do participante, que neste estudo foi o processo de trabalho (LAKATOS; MARCONI, 2010; CHIZZOTTI, 2016).

Para a análise dos dados coletados, foi adotado o processo organizativo

sistematizado por Bardin (2011), que propõe a análise temática de conteúdo. Esse processo se trata de uma técnica de análise das comunicações, que analisa o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador (SILVA; FOSSA, 2015). Dessa maneira, seguimos as seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados. Na primeira etapa, mantivemos contato direto com as entrevistas (que foram transcritas na íntegra) e os documentos selecionados para a análise. Em seguida, separamos os relatos de acordo com a ordem numérica das perguntas, o que permitiu também a posterior organização do texto em tópicos. Em um segundo momento, foi realizada a leitura exaustiva do material coletado e foram registradas as primeiras impressões. Dando continuidade, estabelecemos a construção dos núcleos de sentido, dentro de cada tópico, que culminaram no estabelecimento das categorias temáticas, com base nas convergências, divergências e complementaridades existentes nas falas dos entrevistados. Concluímos o processo, com a realização da análise final dos dados, mediante a contribuição de teóricos e pesquisadores presentes nos documentos selecionados.

Partindo do confronto das ideias presentes nas diferentes respostas coletadas e na análise dos documentos, emergiram algumas categorias, que foram analisadas dentro dos tópicos presentes no decorrer da dissertação, são elas: incorporação do modelo biomédico pela ESF; desconhecimento da regulamentação oficial; educação permanente; frustração e impotência; corresponsabilidade; acesso; mudanças com base na realidade local.

No processo de análise das falas, a identidade dos profissionais foi mantida em sigilo, e cada participante recebeu o nome aleatório de uma estrela, representando o brilho desses profissionais no desenvolvimento do trabalho na APS.

A pesquisadora faz parte do corpo de profissionais da Unidade, porém não atua no atendimento a vivência profissional analisada.

Os participantes foram 11 profissionais de saúde de nível superior, escolhidos por conveniência, sendo 06 enfermeiros(as) e 05 médicos(as), sem distinção do tempo de formação e/ou permanência na Unidade. Os pesquisados receberam os pseudônimos das estrelas: Arcturo, Canopus, Sirius, Rígel, Electra, Maia, Capella, Alcyone, Antares, Bellatrix e Vega.

## **4.2 Aspectos éticos**

Antes de iniciada, a pesquisa recebeu anuência da Prefeitura Municipal de Fortaleza (ANEXO B), por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, após tomarem ciência de que o estudo se daria em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Todo o estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução nº 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando os pressupostos da bioética, configurados nas idéias de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) foi entregue e lido para todos os participantes, assegurando o respeito e a garantia do anonimato. No TCLE constam a explicação dos objetivos da pesquisa, a que se destinava e os procedimentos de coleta de dados.

A presente pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (ANEXO A), com parecer N° 3.525.812, sob o CAAE N° 15117319.9.0000.5054.

## **4.3 Campo de pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Floresta. A Unidade está localizada no bairro Álvaro Weyne, região do extremo Oeste de Fortaleza e integra o território da Secretaria Regional I (SR I). Nessa Regional estão localizados os bairros com maior índice de pobreza do município (FORTALEZA, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza obedece aos preceitos administrativos adotados pela Prefeitura local, que utiliza um modelo de gestão baseado na divisão do seu território em pólos administrativos. Seguindo essa lógica, a administração está dividida de forma regionalizada em VI Secretarias.

De acordo com estudo realizado em conjunto pela Universidade Estadual e Universidade Federal do Ceará (2011), nos bairros que constituem a Secretaria Regional I, até o ano de 2011, moravam cerca de 390 mil habitantes. Foi nesta

região que nasceu o município de Fortaleza. A população dos bairros que compõe esta Regional representa 16,5% do total de habitantes da Capital.

Nos bairros da SR I estão presentes 9,23% do total de empregos formais existentes em Fortaleza. Nesta Regional, se encontra a maior taxa de inatividade do município, com apenas 37,2% dos residentes entre a chamada população economicamente ativa, ou seja, formal ou informalmente empregada, ou procurando emprego<sup>1</sup>. Além do Álvaro Weyne, a citada Unidade de Saúde é responsável por áreas dentro dos bairros Carlito Pamplona e Floresta. Sua população é de 35.042 mil habitantes, segundo dados do Atesto local (Instrumental utilizado para contabilizar o quantitativo de pessoas acompanhadas pelas equipes de ESF).

A UAPS Floresta é uma Unidade de grande porte, onde são oferecidos serviços de 06 equipes da ESF, NASF, atendimento em clínica médica e gineco-obstetrícia de alto risco, fisioterapia e nutrição. Atualmente, cede ainda espaço físico para um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal e para a Coordenação do Serviço de Combate às Endemias da SRI.

Não foram encontrados registros oficiais do ano de sua fundação, porém de acordo com relatos dos profissionais com maior tempo de serviço na Instituição, data da década de 70, construída pelo extinto Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

O posto Floresta (Posto 5), tem ampla estrutura física e já abrigou diversos serviços especializados, dentre eles: pequenas cirurgias, ambulatório de Reumatologia, exames de Eletrocardiografia e Raio X. Porém, atualmente encontra-se com diferentes problemas estruturais e materiais.

Existem seis equipes de ESF, mas somente duas estão completas e contam com serviço odontológico.

---

<sup>1</sup> **Cartilha da Regional I.** Uma publicação de 2011, do Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará, o LabVida, o Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará, o COVIO, e o Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará, o LEV-UFC. Disponível em: [http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional\\_1.pdf](http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_1.pdf).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A realidade do serviço: como acontece e quem participa do processo de acolhimento à demanda espontânea na atenção primária

De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, existe uma relação dialética constante entre a realidade dos serviços e os princípios que norteiam essa prática. Ou seja, a normatização (as Leis, Portarias, Decretos, entre outros) e a vivência cotidiana em serviço, se inter-relacionam de maneira permanente, em uma luta constante entre o dia a dia do trabalho e a determinação de como ele deve ser executado (DEJOURS, 1997).

O acolhimento, aqui considerado, entra na prescrição do serviço a ser realizado, sendo considerado como uma tecnologia que qualifica o cuidado em saúde e deve ser composto por uma sequência de modos e atos que compõem um processo de trabalho e sua relação entre profissional de saúde e usuário (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Entende-se que o usuário possui a capacidade de definir o que considera suas necessidades de saúde, pois essa capacidade não está restrita a ciência e aos profissionais de saúde. E esse usuário as apresenta enquanto demanda, por meio da procura direta nos serviços de saúde. Tal situação é o que caracteriza a chamada demanda espontânea, e essa também deve ser acolhida, escutada e problematizada (BRASIL, 2013b).

Estando em serviço na Atenção Primária de Fortaleza há 13 anos, o que pudemos observar foi que a implementação dessa tecnologia de assistência, em nosso município, se deu voltada para o fortalecimento do atendimento prioritário de demandas espontâneas, pautado em um modelo de consultas profissionais aos usuários que apresentam condições crônicas e/ou agudas de saúde, ficando conhecido como a “emergência do posto de saúde” e não como o processo de orientação e atendimento a procura pelos diversos serviços ofertados pelas UAPS.

Tal afirmação está corroborada por estudo realizado por Leitão (2016), que identificou que em Fortaleza, nas UAPS onde acontece o acolhimento à demanda espontânea, a compreensão dos gestores é de que se trata de um atendimento em momento de agudização de problemas de saúde apresentado pelos usuários vinculados àquela Unidade.

O atual modelo de acolhimento implementado em Fortaleza teve início em 2013, com a entrada de um novo grupo gestor na Secretaria Municipal de Saúde, e como resposta às promessas eleitorais de atendimento médico de 7h às 19h.

Devido já ter decorrido 06 anos dessa implementação, durante a entrevista questionamos os conhecimentos dos profissionais de nível superior que compõem as equipes de ESF e sabidamente participam desse processo de trabalho, sobre o conhecimento do fluxo de atendimento; como acontece e quem participa do processo de acolhimento à demanda espontânea. Com isso, pudemos perceber como o modelo proposto pela Prefeitura de Fortaleza foi apreendido pelos profissionais e como eles veem essa dinâmica dentro da Unidade.

Com as respostas apresentadas, alcançamos respostas para o primeiro objetivo proposto nesta pesquisa. A categoria temática expressa neste tópico é a **incorporação do modelo biomédico pela ESF**.

A proposta de implantação do PSF surge para ultrapassar o modelo biomédico hegemônico, médico-centrado, focado na doença, na cura, no biológico, que se dissocia do contexto social. Porém, percebemos sua forte influência como modelo seguido por gestores e trabalhadores (ESMERALDO *et al.*, 2017).

A incorporação desse modelo e o fluxo estabelecido na UAPS pesquisada foram percebidos na fala de Arcturo, Canopus, Sirius e Rigel:

O paciente passa pelo setor de regulação (Núcleo de Atendimento ao Cliente - NAC), é encaminhado para a sala de enfermagem, para verificação de sinais vitais e queixas e em seguida orientado para a sala de acolhimento, o que é realizado por um profissional enfermeiro. O enfermeiro, através da escuta qualificada, de acordo com os sinais e sintomas do paciente, faz a classificação de risco e encaminhamento para consulta médica ou encerra na de enfermagem. A equipe que participa: profissionais da recepção (NAC); técnicos de Enfermagem (na sala 6, do bloco D); Enfermeiros; Médicos (Arcturo).

O acolhimento começa na recepção. O paciente procura a Unidade, é encaminhado para a sala D6 e lá verifica os sinais vitais. A técnica de enfermagem encaminha para o enfermeiro, que classifica o risco e decide se deve encaminhar para o médico. Todos os funcionários da Unidade deveriam participar (Canopus).

O paciente chega, pega informação no NAC, que faz o encaminhamento para verificar os sinais vitais (técnica de enfermagem). Esta encaminha para a enfermagem, que faz o encaminhamento para o médico (Sirius).

O acolhimento é para direcionar, ou pelo menos guiar o paciente quando vem ao posto. O paciente chega, desde o momento que ele fala no NAC (recepção) até o momento que é visto pelo médico, ele passa por esses profissionais que participam com ele. Normalmente, os principais seriam:

técnica de enfermagem, que faz a primeira triagem, e aferição de pressão e peso, a enfermeira, que faz a segunda triagem e encaminhamento para os devidos setores ou ao médico. Normalmente participa todo mundo do posto, ou deveria participar um pouco, pelo menos é o que nos foi instruído (Rigel).

A proposta de implantação da Estratégia Saúde da Família, com a instituição de equipes multiprofissionais, foi proposta para ultrapassar paradigmas enraizados em nosso sistema de saúde, possibilitando, assim, a reconstrução de práticas (ESMERALDO *et al.*, 2017).

Porém, de acordo com alguns profissionais, o atendimento voltado para o modelo biomédico, pautado na perspectiva da queixa/conduita, é ainda marcante, pois não conseguiram perceber a participação dos demais trabalhadores da Unidade de Saúde no processo de acolhimento da demanda espontânea, reduzindo os participantes aos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, como verificado nas falas de Electra, Maia, Capella e Alcyone:

O acolhimento na UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) segue o seguinte fluxo: o paciente busca a Unidade por demanda espontânea, vai à sala de procedimentos (sinais vitais) e lá é recepcionado pelos técnicos de enfermagem. Após essa avaliação, o mesmo será encaminhado ao profissional enfermeiro. Esse define se há a necessidade do atendimento, se configura em urgência/emergência ou se o mesmo deve agendar atendimento no NAC da UAPS (Electra).

Do processo de acolhimento participam o médico e o enfermeiro. Os pacientes, vão primeiro verificar os sinais vitais na sala de sinais vitais; elas (técnicas de enfermagem) fazem uma pequena triagem e encaminham o paciente para a enfermeira. A enfermeira olha os sintomas do paciente e vê se é caso para ir para o médico ou se a enfermeira pode resolver, ou se é para marcar consulta. O que a enfermeira consegue resolver, ela resolve. O que não consegue, ela encaminha para o médico (Maia).

Quem participa, é a técnica de enfermagem, o enfermeiro e o médico. O paciente procura a Unidade por demanda espontânea; procura a sala D6, que é a sala do acolhimento, e as técnicas fazem uma pré-triagem e encaminham para o enfermeiro. O enfermeiro avalia o grau de risco do paciente, e alguns casos a gente encaminha para o médico. A maioria dos casos (Capella).

Tem a classificação que é feita pelos técnicos de enfermagem; fazem peso, verificam a pressão e temperatura e mandam para o enfermeiro que estiver no plantão. Com isso, o enfermeiro vai classificar se é caso de emergência: pouca emergência ou muita emergência. Ou seja, verde, amarelo ou vermelho. A classificação começa assim. Então encaminha pro médico. E o médico faz a avaliação e tratamento do paciente (Alcyone).

Algumas respostas trazem visões onde o usuário é colocado como parte importante do processo. Antares foi o único entrevistado que colocou o acolhimento

como sendo extensivo às ações de promoção da saúde levadas até o domicílio do usuário. Desse modo, a promoção da saúde pode ser entendida como a capacitação da população para agir na melhoria de sua qualidade de vida, objetivando desenvolver a autonomia do usuário, desenvolvendo a atenção integral (MILANEZ *et al.*, 2018):

A demanda espontânea inicia desde a portaria da unidade e se estende até o atendimento de enfermagem, médico e promoção da saúde no domicílio do usuário, mas não necessariamente o usuário passaria pelo médico, pois há a triagem da enfermeira, que não podendo resolver a queixa do paciente manda este ao médico. Os casos atendidos, na teoria, são casos de queixas clínicas agudas, que podem causar risco iminente à vida do paciente. Porém, na prática, isso não acontece. Os profissionais envolvidos na demanda espontânea são o porteiro, NAC, técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico (Antares).

Demandas e necessidades de saúde não podem ser naturalizadas, pois, por serem construções sociais, elas são mutáveis. As reais necessidades de saúde são produzidas na dinâmica do cotidiano dos diferentes sujeitos (BRASIL, 2013a).

De acordo com esses conceitos pautados na política oficial, ao acolher a demanda espontânea, os profissionais devem considerar não somente as problemáticas relacionadas às possíveis queixas agudas dos usuários, mas basear a classificação de risco e a resolução das queixas em parâmetros de vulnerabilidade. Porém, somente um dos entrevistados, Bellatrix, afirmou considerar tais parâmetros:

Não como deve ser, mas como acontece. O paciente chega, precisa de uma consulta, ele é encaminhado para a D6 (sala de verificação de sinais vitais). Atualmente, como é que está se dando, tem as técnicas de enfermagem, que estão fazendo a primeira escuta, elas colocam a queixa principal, o enfermeiro vê qual é a situação, e se for algo que se encaixe naquele dia, a gente encaminha para o médico, classificando o risco, mas como é que eu entendo que deva acontecer, eu sempre levo em consideração a questão da vulnerabilidade, o fato de não ter médico na equipe vai influenciar se vou enviar ou não o paciente para o médico naquele dia, porque muitas vezes a queixa não é aguda, mas o paciente é paciente em vulnerabilidade: se for muito idoso, ou não tem médico na área... isso vai influenciar naquela decisão de liberar ou não atendimento naquele dia. Se fosse um paciente que tivesse equipe completa, agenda do médico disponível, eu poderia mandar pro NAC para ser agendado pra outro momento. Mas outros fatores vão influenciar nesse envio pro médico naquele dia (Bellatrix).

O processo de acolhimento deve desburocratizar o fluxo do usuário na Unidade por meio da ampliação da resolutividade e da capacidade de cuidado das

equipes, onde mesmo aqueles que apresentam necessidades de agendamento de serviços para datas posteriores, possam ser atendidos, caso haja vaga no dia de sua procura (BRASIL, 2013b).

O acolhimento não pode ser considerado apenas para que possam ser atendidas as demandas espontâneas da população, mas deve ser utilizado na oferta de cuidados para atender as suas necessidades de saúde, sendo realizado por todos os profissionais que atuam na Unidade. Sendo assim, não deve consistir em uma atividade voltada exclusivamente para a doença, com atendimentos pontuais que não valorizam o sujeito e sua singularidade (BRILHANTE *et al.*, 2016).

O real entendimento do que deva ser um dos princípios fundamentais do acolhimento à demanda espontânea, em nossa opinião, foi colocado apenas por um dos profissionais, pois apesar de outros trabalhadores terem descrito que todos deveriam participar desse processo, apenas uma percepção mais ampliada foi descrita por Vega:

O acolhimento da demanda é um processo em que devem participar todos os funcionários da unidade, do porteiro ao coordenador. O acolhimento a demanda espontânea envolve a escuta ativa e empática do paciente e pode ser realizada por qualquer pessoa, independente da formação. A orientação quanto aos fluxos da unidade é tarefa de todos (Vega).

Na Atenção Primária, o acolhimento é colocado como estratégia fundamental, por meio do qual os profissionais devem receber as demandas levadas pelos usuários e procurar maneiras de resolubilidade, porém, nem todos os problemas referidos pelos usuários serão passíveis de resolução. Mas o atendimento com escuta qualificada, onde a queixa é valorizada, permite que se identifiquem as necessidades individuais, através de critérios técnicos e humanos (MITRE *et al.*, 2012).

Esse momento pode propiciar maior aproximação do usuário aos serviços de saúde, impactando na melhoria do acesso e do cuidado integral.

## **5.2 Regulamentação: o que está prescrito na política oficial**

Como nos escreve Dejourns (1997), a regulamentação dos modos de agir em serviço (a prescrição: leis, portarias, decretos) não permite que os procedimentos possam ser mudados, porém a realidade cotidiana impõe que eles

não consigam ser integralmente respeitados, pois os processos de trabalho devem se adequar aos imprevistos.

Mas a adequação do que está prescrito na política oficial, de acordo com a realidade, só poderá ser concretizada quando temos conhecimento sobre sua existência e conteúdo.

Consideramos a Política Nacional de Humanização – PNH e o Caderno de Atenção Básica nº 28, a prescrição do trabalho de acolhimento da demanda espontânea.

O Caderno de Atenção Básica nº 28, ou somente Caderno 28, como é comumente conhecido, é peça fundamental desse serviço, pois aborda o acolhimento contextualizando-o nos processos de trabalho em saúde e apresenta abordagens relacionadas ao acolhimento de demanda espontânea através do estabelecimento de fluxos de atendimento; da abordagem sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade e a gestão das agendas programadas; das orientações sobre as parcerias necessárias para a efetivação desse serviço - as redes de urgência (BRASIL, 2013b).

### **5.2.1 Conhecimento dos documentos oficiais pelos profissionais**

Faz-se necessário que os profissionais que operam o serviço, tenham conhecimento dos princípios e dos direcionamentos oficiais de seu trabalho, pois é isto que determina o que deve/pode ser feito, quando, por quem e em que momento.

Assim, um dos questionamentos realizados aos profissionais nesta pesquisa foi se os mesmos tinham conhecimento sobre a legislação oficial que regulamenta o atendimento à demanda espontânea.

Aqui estão expressas as falas que culminaram na elaboração da categoria temática: **desconhecimento da regulamentação oficial**.

Como resposta ao segundo objetivo, identificamos que nem todos os profissionais conhecem quais são esses documentos oficiais, fato que pode fragilizar o processo de trabalho. De 11 participantes, apenas Vega, Sirius e Capella responderam ter conhecimento real e se reportaram ao Caderno 28, mas nenhum destes citou a PNH:

Tenho conhecimento do Caderno de Atenção Básica nº 28 (Vega).

Conheço o Caderno 28, do Ministério da Saúde (Sirius).

Tem o livro, o manual do Ministério da Saúde, sobre acolhimento. E tem algum decreto da Prefeitura antigo. Mais recente não conheço (Capella).

Encontramos um posicionamento interessante com relação à regulamentação do atendimento da demanda espontânea, que pode vir a elucidar a referência à falta de conhecimento por parte dos profissionais. Apesar de, no decorrer da entrevista, Bellatrix colocar a importância da utilização do Caderno 28 para o conhecimento dos fluxos, no questionamento aqui analisado trouxe o desconhecimento sobre a regulamentação da proposta de atendimento do acolhimento de demanda espontânea nos moldes implementados pela Prefeitura de Fortaleza. Ainda segundo Bellatrix, tal instituição não apresentou nenhum documento local, que deduzimos tratar-se de um Procedimento Operacional Padrão - POP, instrumento utilizado para organizar e padronizar serviços:

Não tenho conhecimento. Assim que essa demanda espontânea foi proposta pela Prefeitura, alias, ela não foi proposta, ela foi imposta, a Prefeitura tinha um fluxograma que nunca foi colocado em prática. Chamar os profissionais para ver esse fluxo, decidir junto e fazer o protocolo da Unidade, porque cada Unidade tem sua realidade, então se tem esse documento nunca foi divulgado de forma satisfatória e visto com os profissionais que iriam colocá-lo em prática (Bellatrix).

Percebemos na fala de Maia e Canopus, que os mesmos não sabiam quais eram esses documentos, porém não se sentiram confortáveis em falar sobre tal desconhecimento e para não gerar constrangimentos, ficamos apenas com as respostas elaboradas:

A gente tem uma portaria, só. Do município, de medicação. Dizendo as medicações que a gente pode passar no acolhimento (Maia).

Sim, tenho conhecimento. Mas não saberia falar agora (Canopus).

Arcturo, Rigel, Antares, Electra e Alcyone responderam não terem conhecimento sobre algum regulamento:

Não. Não sei quais são (Arcturo).

Não. Eu desconheço as leis que regulamentam esses procedimentos; esse

processo (Rigel).

Não tenho conhecimento de um documento específico (Antares).

Já me falaram sobre um caderno que conduz o processo, mas não tive o prazer de conhecer (Electra).

Não. O único conhecimento que eu tenho é que é regulamentado pelo SUS. Que deve ser acolhido o paciente na Unidade pelo PSF, para fazer tratamento e seguimento. Mas são condutas de complexidade baixa, não pode ser nada de complexidade alta, porque a gente não tem equipamento para isso (Alcyone).

Tal desconhecimento prejudica o serviço e a proposição de mudanças que possam trazer melhorias para esse processo. A falta de conhecimento do que é solicitado para o atendimento da demanda espontânea, faz com que esse trabalho possa ser executado de modos diversos, orientados pela visão particular do profissional e do que é cobrado pela gestão municipal, sem embasamento para reflexões, beneficiando as contradições e a fragmentação da longitudinalidade e da integralidade do cuidado, previstos para a atenção primária.

É preocupante a falta de referência à Política Nacional de Humanização, tendo em vista que a mesma foi instituída desde o ano de 2003, podendo nos remeter a várias possibilidades de significação, tais como: a precária disseminação da mesma; a não efetividade dos cursos ofertados; a não incorporação de suas diretrizes do HumanizaSUS; a dificuldade no apoio às mudanças de paradigmas necessárias no setor saúde.

### **5.3 Educação permanente: o processo formativo ofertado para o desenvolvimento do serviço**

Por ser um importante componente facilitador do acesso aos serviços de saúde ensejando a reorganização de fluxos e a modificação da clínica, o acolhimento à demanda espontânea trará para o profissional a necessidade de qualificar a recepção, a escuta, o atendimento e o diálogo, propiciando maior autonomia para tomar decisões e orientar os usuários, pois Unidade e profissionais de saúde terão a responsabilidade de intervir nas principais necessidades de saúde de seu território e população adstrita (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Muitas podem ser as situações limites e as potencialidades que se apresentam durante esse processo de trabalho. Assim, a educação permanente se

apresenta como balizadora das possíveis intervenções e reflexões das equipes.

Durante a implementação do atual processo de acolhimento de demanda espontânea, exercíamos um cargo de gestão na Unidade pesquisada. Nesse período, a SMS de Fortaleza contratou a assessoria do pesquisador Eugenio Vilaça para auxiliar na compreensão dos processos de mudança os quais a rede de saúde passaria. Porém, a participação em tal processo somente foi permitida aos Coordenadores das UAPS e aos técnicos que trabalhavam na SMS, não sendo extensivo aos trabalhadores.

Para esses, foram propostos uma série de módulos de qualificação, ministrados por outros trabalhadores, cuja participação deveria ocorrer de modo “obrigatório” nos horários liberados, da carga horária destinada a Educação Permanente (8 horas semanais). Tais módulos ficaram sob a responsabilidade das Regionais de Saúde e versariam, entre outras coisas, sobre acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidade.

Tal processo, junto às UAPS da Regional I, área administrativa responsável pela Unidade de saúde pesquisada, não contemplou a proposta, pois foram oferecidos apenas alguns módulos, dos quais nem todos os profissionais participaram, e foi descontinuado. Esse fato possibilitou a falta de clareza sobre o atendimento à demanda espontânea, já que pouco se investia na capacitação dos profissionais, fato evidenciado no estudo de Leitão (2016).

### **5.3.1 Orientações fornecidas aos profissionais**

É certo que ações burocráticas voltadas para as normativas determinadas, baseadas em discursos administrativos, não são suficientes para levar aos trabalhadores uma visão ampliada sobre o acolhimento, ou sobre outras tecnologias de cuidado.

O terceiro questionamento realizado na pesquisa trata da disponibilização e participação em processos formativos, para os profissionais da ESF, que oferecesse orientações sobre como deve ser o acolhimento da demanda espontânea. Desse, derivou a apreensão da categoria **educação permanente**.

Apesar de alguns profissionais entrevistados estarem trabalhando desde a implantação do PSF na Unidade, nenhum destes referiu ter recebido informações sobre acolhimento de demanda espontânea por meio dos cursos oferecidos pelas

Regionais de Saúde.

Em sua maioria, os trabalhadores responderam ter participado de um curso sobre Acolhimento, oferecido pela Prefeitura de Fortaleza durante o ano de 2019, que aconteceu no Instituto Municipal de Desenvolvimento de Recursos Humanos – IMPARH. De acordo com informações retiradas do site da Prefeitura, trata-se do Programa Acolhimento, proposto pela Secretaria do Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPOG). Com foco na área da gestão, teve como objetivo consolidar a prática do acolhimento como rotina no dia a dia dos Postos de Saúde, equipamentos iniciais onde o programa deveria ser trabalhado, como nos falam Maia, Rígel e Arcturo:

Não, de acolhimento não. Quer dizer, participei do curso de acolhimento que teve agora há pouco tempo, no IMPARH (Instituto Municipal de Desenvolvimento de Recursos Humanos) (Maia).

Já. Curso sobre acolhimento no IMPARH (Rígel).

Sim, participei do curso promovido pela Prefeitura no IMPARH (Arcturo).

Porém, o curso no IMPARH não teve ênfase especificamente no acolhimento da demanda espontânea e como ele acontece nos serviços de saúde municipais, mas procurou levar aos trabalhadores a importância do acolhimento empático, em todas as instituições públicas, com base no que preconiza a Política Nacional de Humanização, conclusão baseada nas respostas de Vega e Bellatrix:

Sim, no início de 2019 participei do Curso de Acolhimento realizado pela prefeitura de Fortaleza. O curso tinha foco em tentar despertar a empatia quanto às situações de vida comuns na nossa população adstrita (Vega)

Há pouco tempo teve um curso no sentido de sensibilização para a empatia, muito mais do que: como eu devo fazer acolhimento. A gente nunca teve uma capacitação para saber como classificar o risco. Sempre foi muito de cada profissional, individualmente, buscar alternativas, ler o caderno 28 para se embasar melhor na questão do fluxo. Mas um treinamento nesse sentido prático, não. Há pouco tempo teve uma capacitação, mas com o objetivo de sensibilizar para a questão humana, de empatia pelo outro (Bellatrix)

Cursos que trazem o sentido mais amplo de acolhimento também podem levar aos profissionais, percepções ampliadas sobre a importância do usuário para os serviços, não se restringindo aos da área de saúde, trazendo a incorporação do conceito de usuário enquanto cliente, como nos fala Antares:

Sim. Participei este ano. Porém não foi muito direcionado na atuação dos profissionais na demanda espontânea e sim nos colocar no lugar do cliente que procura o serviço (Antares).

Porém, pode também despertar nos trabalhadores certo grau de incerteza sobre a aplicação de alguns critérios e fluxos de atendimento, como percebido na resposta de Canopus:

Especificamente sobre a demanda espontânea não. Somente um curso mais geral. E essa é a grande dificuldade, pois todos os profissionais procuram como deve ser os critérios e fluxos, e não encontram (Canopus).

Capella e Electra, ao se deterem aos conhecimentos fornecidos para a implantação e melhoria da demanda espontânea, especificamente, reportaram não ter conhecimento ou participação em nenhum processo formativo voltado para esse fim:

Não. Nunca teve um curso sobre o atendimento de demanda espontânea (Capella).

Não. Apenas reunião com informações gerais, sem aprofundamento na temática (Electra).

Diferente dos relatos de Capella e Electra, alguns profissionais, por comporem uma categoria profissional específica, têm programas formativos voltados para seu trabalho na atenção primária. Como verificado no site do MS, o Programa Mais Médicos é responsável por prover emergencialmente médicos para atuarem em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Dentro desse Programa estão previstas atividades de ensino-serviço na qualificação destes profissionais, que devem participar de processos de aperfeiçoamento, numa perspectiva de educação permanente. Alcyone e Sirius participam de encontros locorregionais, onde são realizadas supervisões acadêmicas e de serviço:

Sim, participei de vários. Como eu trabalho no Mais Médicos, sempre tem a locorregional que vai explicando sobre como a gente deve agir no acolhimento, e como deve tratar o paciente. Teve até uma locorregional específica sobre como tratar o paciente no acolhimento (Alcyone).

Sim. Através dos cursos oferecidos para os Mais Médicos (Sirius).

Alguns estudos mostram que muitas mudanças operadas nos serviços de saúde têm como fundamento o controle dos usuários, profissionais com formação voltada para as ações curativas e a fragilidade no processo de educação permanente. Tais resultados sugerem que, para se incorporar o acolhimento, em alguns casos, seria preciso uma mudança de paradigmas (ROCHA; SPAGNUOLO, 2015).

O processo de Educação Permanente possibilita a mudança da cultura organizacional, e fornece aos profissionais arcabouços teóricos para os momentos de discussão e negociação de mudanças nos processos de trabalho.

#### **5.4 O emergir dos sentimentos**

O homem é uma unidade complexa de sentimentos, desejos, necessidades, angústias, racionalidades, paixões. Ultrapassando a questão biológica e psicológica, na medida em que interage em seu meio, transformando-o e tornando-se parte do mesmo. Assim considerando, a Psicodinâmica do Trabalho atua para a coletividade e não para a individualidade do trabalhador. Quando se detecta o sofrimento do sujeito por causa de seu ambiente de trabalho, deve-se tratar o coletivo e não o indivíduo de forma isolada (PAULA, 2011).

A experiência de fracasso e sofrimento, no confronto com a realidade dos locais de trabalho, também permite que sejam criados espaços que mobilizam a subjetividade no caminho da criatividade. Essa, irá conduzir ao consequente prazer no trabalho (KATSURAYAMA, 2013).

##### **5.4.1 Sentimentos decorrentes do trabalho**

No Brasil, a realidade dos serviços de saúde traz diversas dificuldades para os profissionais da ESF e, dentre estas, se encontra a sobrecarga de trabalho, “fruto” da grande demanda por atendimento e das cobranças burocráticas dos serviços (KATSURYAMA *et al.*, 2013).

A partir do questionamento relativo a percepção da manifestação de sentimentos decorrentes do trabalho de atendimento à demanda espontânea, começamos a responder nosso terceiro objetivo, identificando que apenas dois pesquisados relataram ter algum sentimento de prazer. A grande maioria relatou o

surgimento de sentimentos negativos, fato que levou a elaboração das categorias temáticas explicativas desse tópico, que são: **frustração e impotência**.

Tal situação é corroborada pelo estudo de Leitão (2016), que apontou sentimentos de desmotivação e desvalorização, sentidos pelos profissionais da ESF com o trabalho de acolhimento implantado pela Prefeitura de Fortaleza.

A dificuldade do trabalho em equipe multidisciplinar é fator gerador de descontentamento entre os profissionais, já que essa é uma das atividades previstas para a ESF. Essa modalidade de atividade, na área da saúde, deve ser caracterizada pela relação interativa entre diferentes trabalhadores, em uma troca de conhecimentos e articulação na produção de saúde para a população, uma relação de interação e complementariedade de conhecimentos. O sucesso desse trabalho está relacionado ao respeito às questões de poder, ao sistema hierárquico e as questões de responsabilidade, através da construção de um projeto comum, onde os trabalhos especializados de cada profissional se complementem (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Seguindo essa lógica, a falta de respeito à divisão de tarefas e ao sistema hierárquico compartilhado podem se tornar importante fonte de sofrimento no trabalho, pois dificultam os processos de cooperação e reconhecimento, que levam a vivências de prazer através da gratificação e da realização.

O trabalho na ESF envolve parceria entre os diferentes profissionais que nela atuam e não deve ser diferente no trabalho de acolhimento. Porém esta não é uma realidade em muitas equipes, podendo gerar sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico, como descrito nos discursos de Maia e Electra,

Traz, às vezes, um sentimento de incapacidade, quando a gente não pode resolver o problema do paciente, e sabe que o médico não vai querer receber aquela demanda naquele momento. Que ele vai querer que marque consulta, mas que a gente vê que o problema está causando um grande desconforto no paciente, porque tem coisas que é pra ser de demanda programada, mas ao mesmo tempo causa desconforto. E, infelizmente a gente como enfermeiro não pode resolver e os médicos não querem que seja caso de acolhimento (Maia).

Insegurança e descontinuidade da assistência, devido à falta de um processo de trabalho feito com parcerias e de forma clara para todos os envolvidos (Electra).

A organização do trabalho de acolhimento à demanda espontânea pela

gestão municipal permite o aparecimento de sentimentos desagradáveis, de acordo como apontado na pesquisa, detectado na fala de Capella e Sirius:

Eu não gosto do acolhimento. Me dá um sentimento de frustração; falta de organização do serviço. Os pacientes querem as coisas de imediato. Eles não entendem que alguns casos são para marcar consulta, que o profissional precisa de mais tempo para ouvi-lo, para lhe atender. Acho que é essa falta de compreensão dos pacientes (Capella).

Sentimento de desassistência total e falta de informação ao usuário (Sirius).

As condições oferecidas para a realização do trabalho influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto que a organização do serviço influenciará na saúde psíquica

Quando as condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido à população, o sofrimento mental resultante da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no nível do conteúdo significativo da tarefa pode resultar na manifestação de doenças psíquicas e/ou somáticas (KATSURAYAMA, 2013, p.416).

Situações que apresentam precárias condições de trabalho, tanto materiais quanto organizacionais, comprometem a qualidade dos serviços prestados e desmotivam os profissionais. A falta de recursos materiais ainda é fato comum na Unidade pesquisada, que atualmente apresenta diferentes problemas estruturais. Além desses, possui características próprias dos equipamentos da APS, não tendo suporte de maquinário para diagnósticos por imagem nem medicação e/ou materiais utilizados em casos de urgência, mas recebe vários usuários que levam esse tipo demanda, caracterizando mais uma situação causadora de impotência profissional, conforme a fala de Canopus, Arcturo, Antares e Alcyone:

Sim, de impotência. Pois os pacientes chegam com queixas, em um local onde não existe suporte diagnóstico, e isso causa frustração (Canopus).

Sim, de impotência, porque em determinadas circunstâncias, não temos subsídios e estrutura adequada para suprir e resolver as necessidades básicas do paciente (Arcturo).

Sempre surgem sentimentos, porque o cliente já sai de casa pronto para que seja resolvida de imediato sua demanda, porém a gente precisa seguir todo um protocolo de atendimento (Antares).

Sim. Frustração. Muitas vezes na Unidade não tem o medicamento que a gente gostaria de passar para o paciente. E os paciente que vem ao posto de saúde, 90% são de baixa renda, então ele não tem condições de

comprar esse medicamento. E a gente dá um jeito. Mistura uma pomada com a outra, consegue uma amostra grátis, mas a gente vai dando um jeito para tentar amenizar mais o tratamento do paciente, para que ele não gaste muito (Alcyone).

Outra situação comum é a de usuários acessarem os serviços de saúde somente por meio do acolhimento à demanda espontânea, principalmente aqueles com doenças crônicas. Além de não valorizarem as ações de prevenção, não se corresponsabilizam por seus tratamentos e procuram apenas a medicação. Muitos desvalorizam o atendimento e alegam ser uma simples troca de receita, mostrando irritação quando são encaminhados para o agendamento junto à demanda programada.

Por abrigar uma Farmácia Pólo em suas dependências, a Unidade recebe usuários de diferentes pontos da cidade, sobrecarregando o setor e levando a constante falta de algumas medicações devido à alta procura. Tal fato também reflete no atendimento à demanda espontânea, pois muitos usuários ao terem algum problema com suas receitas recorrem ao atendimento prestado na Unidade, alegando a necessidade de correção de dados na receita que apresentam.

As estratégias utilizadas pelos usuários para serem atendidos sem a necessidade de agendamento prévio foram relatadas na pesquisa por meio da fala de Rígel:

Algumas vezes surgem sentimentos negativos sim, principalmente quando você vê que alguns pacientes estão tentando tirar proveito do próprio atendimento. Tentando ganhar benefícios, tentando burlar certas filas ou condutas que teriam que ser feitas. Eu compreendo que ele é um ato muito importante para a população, principalmente porque pela lotação, acaba necessitando ser vista mais rapidamente pelo médico. Concordo que eu acho que é uma ferramenta importante para se ter nas UPAS. Mas acho que ele acaba sendo muitas vezes, uma boa ferramenta, mas as pessoas acabam tirando um pouco de proveito, então ele tanto me dá um sentimento de que eu gosto, mas também de que temos que ter bastante cuidado para as pessoas não se aproveitarem e utilizarem erroneamente (Rígel).

No atual modelo de gestão adotado pela Prefeitura de Fortaleza, muitas equipes de ESF ocupam 16 horas semanais, das 32 horas disponíveis, com atendimento da demanda espontânea, dificultando o desenvolvimento de ações preconizadas para a Estratégia Saúde da Família, o atendimento do usuário por sua equipe de referência, dentre outros.

Quando não estão no acolhimento da demanda espontânea, os

profissionais se deparam com agendas lotadas, fazendo com que não tenham disponibilidade de tempo para executarem ações intersetoriais. Essa situação é mais complicada para os enfermeiros, pois além dos atendimentos da agenda programada e da demanda espontânea, e pela falta de solidariedade dentro das equipes, acabam sendo responsáveis por programas específicos, por alimentar os dados de mapas e planilhas, planejar ações de promoção e prevenção, dentre outros.

Quem tem a percepção dessa realidade, entendendo que está desenvolvendo um serviço de pronto atendimento, próprio de UPAS e urgências hospitalares, detecta como esse trabalho impacta negativamente na APS, descaracterizando a Estratégia Saúde da Família, na perda de foco na prevenção e promoção, trazendo pouco prazer pela falta de longitudinalidade, fato relatado por Vega

Em primeiro lugar, não gosto do que a Demanda Espontânea se transformou nesta cidade. Acaba que se transformou numa versão menor de um atendimento de UPA, em detrimento da demanda programada. Tenho 12 horas de demanda espontânea por semana e 20 horas de demanda programada, o que considero desproporcional em relação ao foco do Programa Saúde da Família, que é a prevenção. Tenho pacientes que só conseguirão consulta para mim em Dezembro deste ano (estamos no início de setembro) e que poderiam ser atendidos antes se não tivéssemos tantos horários de demanda espontânea. Além disso, é um trabalho que me traz pouco prazer, porque eu não acompanho esses pacientes. Eu os vejo uma vez, trato e não acompanho, gerando a sensação de "enxugar gelo" (Vega).

Ainda no que se refere à compreensão da descaracterização da proposta de acolhimento de demanda espontânea para dar respostas a uma demanda reprimida por serviços que ultrapassam o nível local, encontramos os arranjos políticos e gerenciais que fazem com que a APS sofra um retrocesso, e novamente priorize o atendimento voltado para o modelo biomédico e burocrático, corroborando para o sofrimento do profissional quando Bellatrix refere que:

A gente odeia quando é dia de acolhimento. Todo profissional odeia, por que: eu gostaria de estar acolhendo, não quero que isso pareça desumano, mas eu acho que teria como ajudar melhor se eu acolhesse as pessoas do meu território. E eu vejo muito aquela questão medicamentosa da coisa, onde tenho mais é que resolver a demanda reprimida da gestão maior. Eu me vejo muito nesse papel de estar dando respostas que não deveriam ser minhas. O paciente vem, e ele tem que ser atendido naquele dia, e muitas vezes não é um paciente que precise de atendimento naquele dia, mas é um paciente que poderia ser agendado. Mas a gente se vê obrigado a fazer

isso para evitar ser agredido, evitar transtornos com a gestão... e isso vai aos poucos minando um sentimento que poderia ser mais empático; infelizmente. E acho que se eu estivesse aqui para acolher as queixas realmente agudas do meu território, e pudesse ter muito mais um papel de cuidado longitudinal, coordenar melhor o cuidado dos pacientes do território que eu sou responsável, acho que eu teria muito mais eficiência, muito mais gosto por fazer isso, e menos me veria nesse papel de estar dando respostas que não deveriam ser minhas (Bellatrix).

## 5.5 Superando o lado negativo

O sofrimento no trabalho pode constituir um indicador de saúde, pois ultrapassa a vivência de problemas e afetos dolorosos, sendo também um mobilizador para a mudança, e isso se dará quando o sujeito ressignifica o sofrer, utilizando estratégias eficazes de mediação, oportunizadas por um dado contexto trabalhista. Neste tópico aparece a categoria temática da **corresponsabilidade**.

Na Psicodinâmica do Trabalho, se não existir uma descompensação psicológica acompanhando o sofrimento, isso significa que contra ele, o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo (DEJOURS, 2008).

Se a local onde o profissional atua oferecer condições para que este consiga mobilizar sua inteligência prática, exercer seu poder de fala, recebendo cooperação, esse ambiente, mesmo com situações de trabalho precarizadas, será responsável por vivências de prazer, por vias diretas e/ou indiretas, e não somente de sofrimento.

De um lado, permitem o engajamento e expansão da subjetividade, que significa ter o trabalho como lugar de investimento pulsional, de sublimação e de ressonância simbólica. De outro, são constituintes do processo de ressignificação do sofrimento, que passa pela dinâmica do reconhecimento e pela intervenção na organização do trabalho, conseguindo assim transformar o sofrimento em prazer (MENDES, 2007, p. 51).

### 5.5.1 Quais atitudes são colocadas em prática

Segundo Dejours (1997), como meio de driblar as pressões sofridas no cotidiano do trabalho, os sujeitos procuram realizar negociações para continuarem atuando, procurando sempre o reconhecimento pessoal, que significa a recompensa pela execução desse serviço, o que leva a satisfação pessoal e conseqüentemente ao bem estar. Apesar de parecer algo pequeno diante de tantas atividades desenvolvidas, a subjetividade presente em pequenos atos traz diferenças para o

dia a dia do profissional. A mudança de sentimentos, relativos a sofrimentos, é possível por meio de ações criativas no trabalho, contribuindo para o aumento da resistência do sujeito às muitas formas de desequilíbrio psíquico e corporais, estruturando uma identidade positiva no local de serviço. Isso mostra que o trabalho é mediador entre saúde e a doença e o sofrimento.

Respondendo ao questionamento sobre quais ações que são colocadas em prática mediante o aparecimento de sentimentos negativos, Capella, Maia e Canopus relatam atitudes direcionadas aos usuários, ou ao trabalho desenvolvido para a superação daquele momento conflituoso, demonstrando como o conteúdo subjetivo está intrínseco ao trabalho “vivo”.

Alguma coisa em relação a mim? Não faço nada. Pro Paciente eu tento explicar, mas eles não entendem (Capella).

Eu sempre tento resolver o máximo que eu posso dos casos que surgem. Mas o que realmente não dá, o sentimento é de incapacidade mesmo (Maia).

Explico para o paciente a situação, que aqui não tem como realizar alguns diagnósticos. Mas em relação ao que sinto não; não faço nada (Canopus).

Fato comum no resultado desse item é a detecção de que os profissionais mencionam não fazerem “nada” por si mesmos, não tomarem atitudes para a melhoria de seu bem estar pessoal.

A percepção de que a estrutura organizacional é que deve ser modificada, muitas vezes, não implicará em tomada de atitude com relação ao espaço de fala profissional conforme Vega:

Eu tenho um sentimento negativo geral quanto à demanda, pelos motivos já esclarecidos. Quando surgem pensamentos negativos durante a própria consulta, eu tento pensar que o paciente não tem culpa da estrutura vigente e tento atender com calma e paciência (Vega).

Existe também a tentativa de corresponsabilizar o usuário pela mudança necessária, como na afirmativa de Rígel:

Tento conversar com o paciente. Orientar como ele deve proceder, o que se deve fazer; onde ele deve buscar o caminho. Tento explicar a função do acolhimento e tento conversar com o paciente, para ele tirar uma conclusão, para evitar que ele volte a fazer isso. E evitar que eu sinta essas frustrações novamente (Rígel).

Um dos modos de superação das contradições decorrentes da própria natureza das organizações de trabalho é a cooperação. Ela será uma das premissas da colaboração dos profissionais à organização das atividades, assegurando a vontade das pessoas de trabalharem juntas, atuando decisivamente tanto em relação à eficiência quanto à economia do sofrimento (AUGUSTO, 2014). A cooperação existente entre os trabalhadores e entre estes e a gestão da Unidade, se transforma em um meio de superação de uma situação causadora de sofrimento, como referido nos discursos de Arcturo e Electra:

Às vezes acontece estresse, então tento amenizar buscando soluções com os profissionais da gestão, no caso do paciente ter que ser avaliado pelo médico ou encaminhado para outras especialidades (Arcturo).

Publicizar com os colegas e gestores da UAPS (Electra).

Mesmo descontentes com o serviço, alguns profissionais respondem às demandas apresentadas pelos usuários através da mobilização de suas capacidades de resolução, como responde Antares e Sirius:

Quando esses sentimentos surgem, eu procuro conversar com calma com o cliente, tentando lhe dar um retorno rápido sobre sua demanda. Oriento, se eu puder resolver no momento, resolvo sua demanda, se não, agendo para outro dia (Antares).

Busco uma resposta satisfatória (Sirius).

As premissas da criação de vínculo e da responsabilização, já expostas nesse texto, e que são fundamentais para a produção de um “acolhimento humanizado”, exigem uma relação de troca afetiva. Ou seja, essa prática exige do trabalhador uma significativa mobilização subjetiva durante sua jornada diária, ultrapassando o trabalho prescrito nas regulamentações, investindo em uma troca afetiva, subjetiva. Nessa interação, o trabalhador implicado no processo, procura alternativas criativas frente o cotidiano de defasagem e contradições entre os protocolos estabelecidos e as demandas dos usuários. Ao mesmo tempo em que os profissionais acolhem os usuários seguindo as prescrições, também inventam saídas para produzir soluções possíveis, diante da escassez de recursos. Na perspectiva teórica adotada, essa situação é chamada de inteligência astuciosa (PAULA, 2011).

Uma maneira percebida por Alcyone, para lidar com essa situação, é usar

seus recursos financeiros para amenizar os problemas detectados:

Já fiz várias vezes de comprar medicamentos do meu próprio bolso. Porque na Unidade a gente tem a falta de um medicamento que é usado na emergência, para pico hipertensivo e eu resolvi comprar. Então comprei e tenho no meu consultório e passo esse medicamento em uma emergência quando tem necessidade. Porque o que o posto oferece realmente não controla a pressão do paciente, e muitas vezes o paciente não tem condições de pagar um taxi ou um Uber para ir à UPA, então ele prefere ficar em casa e isso pode acarretar um AVC ou alguma coisa mais grave para o paciente. Acredito que é um sentimento humano, de se colocar no lugar do paciente e ver que ele precisa do medicamento e não tem condições de comprar. Então pra gente fica um pouco complicado. Pra quem é médico, tem que pensar tanto no paciente como no lado financeiro. Não posso passar um medicamento para um paciente que custe R\$120,00, sendo que o genérico pode custar R\$20,00 ou R\$30,00. E se ele não pode comprar nenhum dos dois tenho que passar um mais próximo, ou ver com alguém. Conseguir uma amostra grátis, ou doar esse medicamento para que o paciente consiga fazer o tratamento correto (Alcyone).

Segundo o estudo de Brilhante *et al.* (2016), a demanda por serviços, em algumas Unidades de Saúde de Fortaleza, extrapola a capacidade de respostas dos trabalhadores da APS. Se o sujeito é levado a assumir uma sobrecarga de trabalho maior que sua capacidade de resposta, isso poderá levá-lo a processos de adoecimento.

Os pesquisados, muitas vezes, não enxergam alternativas para as dificuldades que enfrentam com o trabalho do acolhimento. Vêm-se “encurralados” em uma situação desagradável, mas não vislumbram possibilidades de mudança no sistema de organização do trabalho como fala Bellatrix:

Não; por mim eu não me vejo capaz de me ajudar. Não é sempre, porque a gente é humana e também erra, mas hoje em dia, porque nem sempre foi assim, procuro não deixar respingar no paciente que esta ali, e que não tem culpa desse sistema, de eu fazer algo e por não estar gostando de fazer aquilo, respingar no paciente. Tentar acolhe-lo da melhor forma, mas isso vai maltratando a gente, porque a gente não tem pra onde correr, não temos pra quem pedir ajuda, eu consigo no máximo ajudar o paciente, mas a gente mesmo não tem como (Bellatrix).

Quando se confronta com o cotidiano da prática, o sujeito tem inevitavelmente uma experiência de sofrimento, e a condição para a transformação desse sofrimento em sentimentos prazerosos é o reconhecimento da importância de sua atividade laboral. Esse seria capaz de dar a verdadeira dimensão para os sujeitos, de sua utilidade para a organização na qual desenvolvem suas funções e também de seu pertencimento a um coletivo (AUGUSTO, 2014). Analisando as

respostas, vemos que os participantes da pesquisa procuram o reconhecimento de seu trabalho entre os usuários, levando para estes as orientações, as explicações e os encaminhamentos que vêm ser necessários para a melhoria da cultura organizacional.

## **5.6 A importância do acolhimento à demanda espontânea na APS**

Neste tópico, reforçamos a importância do acolhimento como uma potente ferramenta para a reorganização dos processos de trabalho, integração das equipes, planejamento das ações, fortalecimento de vínculos e resolução das necessidades de saúde da população, mas não na forma proposta pela gestão municipal, tendo em vista a realidade do território e a capacidade de disponibilização de ofertas de serviços que a Unidade possui.

Mesmo com o que já relatamos no decorrer do texto, por meio das falas dos entrevistados, identificamos que o acolhimento, da maneira como vem acontecendo, possui potencialidades a serem reconhecidas. O que inicia a resposta ao nosso quarto objetivo, e serve como base para a apreensão da categoria temática **acesso**.

O acolhimento é um importante dispositivo de acesso e construção de vínculo nos serviços de saúde. Permite a aproximação das equipes aos usuários e constitui-se como uma das primeiras ações que devem ser desenvolvidas pela equipe da ESF.

O Ministério da Saúde recomenda que o acolhimento, como uma tecnologia do cuidado, seja realizado com escuta qualificada, em uma sala multiprofissional, com atendimento da demanda espontânea utilizando a classificação de risco, a avaliação das necessidades de saúde dos usuários e a análise da vulnerabilidade (BRASIL, 2013b).

Dessa maneira, o acolhimento aparece como uma tecnologia necessária para a reorganização dos serviços de saúde, garantindo o acesso universal, a resolubilidade e a humanização, ultrapassando os modelos tradicionais, centrados na consulta médica (CAMELO *et al.*, 2016).

### **5.6.1 A Importância atribuída ao trabalho**

Como preconiza a PNH, o acolhimento humanizado não é um espaço ou um local, mas trata-se de uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Implica antes em um compartilhamento de saberes, angústias e invenções, onde os profissionais tomam para si a responsabilidade de acolher e agasalhar outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolubilidade pelo caso em questão (BRASIL, 2013a).

Ao analisarmos essa orientação, veremos que acolher exige um investimento afetivo significativo do profissional da saúde. E apesar desse aporte subjetivo que deve ser empregado, a maioria dos profissionais, ao serem questionados sobre sua visão a respeito da importância do acolhimento à demanda espontânea, concorda que ele deve existir. Porém, não operacionalizado da maneira como se encontra hoje na rede municipal.

Apesar de o modelo de atendimento baseado em queixa – conduta estar presente na orientação da Secretaria de Saúde de Fortaleza e o modelo adotado fazer parte do cotidiano dos profissionais, o acolhimento como hoje é conhecido, pode ser resolutivo, como dizem Maia e Electra:

Considero importante sim. Pois muitos casos a gente consegue resolver aqui, sem precisar de uma demanda programada (Maia).

Sim, muito importante, mas se desenvolvido de forma integral e resolutiva (Electra).

Pode oportunizar acesso, como fala Arcturo:

Sim, porque às vezes, você dá oportunidade de atendimento aquela demanda que não é assistida pelas equipes, como por exemplo, as áreas descobertas (Arcturo).

Pode facilitar o atendimento de emergências clínicas, com o auxílio dos recursos materiais necessários, citado por Alcyone:

Sim, muito importante. Mas também tem que ver o fator da classificação, porque sem classificação fica uma consulta programada e não uma emergência clínica. Para ser uma emergência faltam vários fatores também. Não tem oxigênio, falta nebulização, falta medicamento. Mas a gente se

apega ao que tem (Alcyone).

Sendo visto como princípio fundamental da ESF, como diz Sirius:

É uma parte importante da Estratégia Saúde da Família (Sirius).

Porém, os profissionais revelam que é necessária a revisão do modelo adotado, adequando a teoria à prática cotidiana, e definindo como essa relação poderia ocorrer para a melhoria do serviço, não se restringindo a uma sala ou a determinados profissionais. Ou seja, entendendo o mesmo como uma tecnologia que pode estruturar a prática profissional, assim defendem Capella, Canopus e Vega:

Importância de acolher o paciente sim, mas não da forma como é feito atualmente na Prefeitura (Capella).

Acho importante acolher o paciente desde o momento em que ele chega à recepção até a passagem pelo médico. Porém, deixar como um atendimento específico e programado só para isso, não. O acolhimento é o que deve acontecer em todos os atendimentos da Unidade (Canopus).

Sim, o acolhimento é muito importante, não há dúvidas. Creio que o problema está na orientação ao paciente (muita informação incorreta dada ao paciente pelos próprios funcionários), bem como no critério para envio de paciente ao médico (Vega).

Notamos também que a demanda espontânea na APS, como operacionalizada atualmente, é vista por Antares como um suporte para os atendimentos das Instituições de pronto atendimento, e isto faz com que a importância devida aos programas de promoção e prevenção seja prejudicada.

Para a Estratégia Saúde da Família em si, não acho que seja tão importante, porque o primordial são os programas da ESF, porém precisamos também atender as demandas espontâneas dos clientes, até para diminuir as filas de atendimento da UPA (Antares).

Diante da situação exposta por Antares, o planejamento das ações se torna imprescindível. O acolhimento ainda é um processo em construção, e tal processo é necessário para a própria saúde do trabalhador, como estratégia que transforme as dificuldades do contexto de trabalho. Visam a tornar possível a superação dos sentimentos que remetem ao sofrimento:

O acolhimento, aqui nesse posto pelo menos, ainda está se aprimorando. Eu acho que ele tem ainda muito a crescer. Todo mês a gente tenta discutir um pouco mais, para ver como ele vai crescendo, como ele vai mudando (Rígel).

O acolhimento à demanda espontânea ainda se encontra em construção e os profissionais o reconhecem enquanto potência para a melhoria do acesso, da resolução das necessidades de saúde dos usuários e do desenvolvimento de vínculos, entretanto se encontram em um momento de reflexão tanto em relação aos seus sentimentos, que não encontram espaço de escuta junto à gestão municipal, quanto ao entendimento da normatização dos procedimentos a serem adotados, pois existe um conflito entre o que é preconizado pela PNH e o trabalho realizado nas UAPS, o que ainda se apresenta como desafio nesse processo; como nos mostra o relato de Bellatrix:

Sim, importantíssimo. Eu acho que ele deve existir. Deve existir, porque paciente que está hoje com uma febre, ele não precisa estar indo pra uma UPA, enfrentar outros serviços. Em termos de coordenação do cuidado, acho que é essencial que exista. Eu acho que outras instituições, que são de atenção secundária, podem atender coisas mais complicadas, até o meu paciente, que a gente não possa resolver aqui, poderia ser melhor atendido lá, se não tivesse tanta coisa mais simples indo para a atenção secundária. Acho que ele tem que existir, o paciente tem que se sentir acolhido quando ele tiver necessidade. Mas eu só não gosto da forma como foi colocado, que tem que atender todo mundo, é uma prioridade, em detrimento de outras coisas que também são prioridade, como a promoção, como a atenção as doenças crônicas. Eu vejo a visita domiciliar com menos atenção, pela gestão, do que o acolhimento. Acho que as importâncias é que estão sendo dadas de forma diferente. A forma como está sendo executado é que pra mim não é satisfatória (Bellatrix).

## **5.7 Mudanças no fazer profissional**

Como já discutido, a importância atribuída ao trabalho impacta na transformação das vivências subjetivas dos profissionais. A prática em saúde é de significativa complexidade, e exige do sujeito uma mobilização subjetiva durante sua jornada diária, indo além do trabalho prescrito nas regulamentações. Ela pressupõe que duas pessoas se encontrem, onde teoricamente uma detém certo saber sobre a outra. Esse profissional da saúde terá de recorrer ao seu saber acumulado, seu saber técnico para interagir nessa relação. Esse saber técnico é carregado de

experiências compartilhadas e do conhecimento de protocolos de atuação (PAULA, 2011).

As mudanças organizacionais, para impactarem positivamente nesse fazer profissional, precisam ser dialogadas, contratualizadas, e não impostas.

O planejamento de mudanças no acolhimento na APS deve promover: a) a reorganização do serviço, a partir da problematização dos processos de trabalho, ampliando a escuta e resolução dos problemas dos usuários para toda a equipe multiprofissional; b) mudanças em como gerir os serviços, onde os espaços democráticos de discussão e negociação sejam respeitados; c) postura de escuta comprometida com as possíveis respostas às necessidades levadas pelos usuários; d) e construção coletiva de propostas com a participação da equipe local (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Dessa maneira, a categoria emanada nesse tópico é a de **mudanças com base na realidade local**.

### ***5.7.1 O que poderia ser diferente***

Para que o acolhimento como um todo, e não somente o da demanda espontânea enquanto tecnologia do cuidado, possa assumir uma nova roupagem no município de Fortaleza, faz-se necessário que o trabalhador tenha espaço de expressão e luta por seus direitos, sendo ele também acolhido. Assim, questionamos os profissionais se eles mudariam alguma coisa no processo de atendimento e escuta da demanda espontânea, e encontramos diferentes opiniões a respeito.

Atrelada à perspectiva de acolhimento enquanto ato de acolher, que pode e deve ser praticado por todos os profissionais da Unidade, recebemos a fala de Canopus:

Sim, gostaria que o acolhimento acontecesse em todos os atendimentos da Unidade (Canopus).

Outra situação que foi apresentada apenas por Maia, embora seja realidade na Unidade, diz respeito à distribuição de senhas quantitativas para o atendimento médico. Tal situação ocorre de forma velada, e embora seja baseada na capacidade laboral de um profissional, acaba colocando os outros trabalhadores que participam do processo em uma situação delicada, pois estes assumem a “linha de

frente” do atendimento, e são responsáveis por não encaminhar um número maior do que o determinado:

Mudaria a questão de os médicos quererem atender uma quantidade x de pacientes. Eles falam que pela lei, eles têm 15 minutos de atendimento. Mas 15 minutos eles têm na demanda programada. Porque como é demanda espontânea, tem médico que atende um paciente em menos de 5 minutos. Então eu acho que não deveria ter essa quantidade de pacientes. Eles querem atender no máximo 24 pacientes por período, por turno (Maia).

A superlotação de agendas prejudica o acesso dos usuários, fazendo com que estes percebam no acolhimento de demanda espontânea o meio mais rápido de serem atendidos na Unidade, independente de ser realizado por outro profissional que não aqueles responsáveis por sua área, o que prejudica a longitudinalidade do cuidado e a construção de vínculos, atributos essenciais da APS, bem como retira o profissional das ações de promoção da saúde, como nos fala Vega:

Mudaria sim. Acho que o modelo de mandar para o médico qualquer queixa clínica não faz sentido. Acabamos passando quase 30% do nosso tempo resolvendo demandas que poderiam ser resolvidas apenas com orientações de outros profissionais da Unidade. Esse tempo poderia ser mais bem utilizado com a melhoria dos programas. Atualmente, por exemplo, para uma consulta comigo de Clínica Médica o paciente tem que marcar com 3 meses de antecedência, enquanto uma criança com resfriado consegue ser atendido no mesmo dia. Para mim, não faz sentido. Sendo assim, melhoraria a triagem para o médico e aumentaria tempo nos programas (Vega).

O acolhimento tem também o importante papel de orientação aos usuários, direcionando-os aos atendimentos de forma apropriada, dando o correto encaminhamento, fato relatado como alvo de melhorias por Sirius:

Mudaria muitas coisas. Principalmente em relação às informações e ao fluxo que o paciente vai seguir (Sirius).

Estudo realizado por Maissiat (2015) mostrou que as más condições estruturais e materiais para a realização do trabalho são causa de sofrimento na execução de tarefas na APS. Assim, a melhoria de tal situação aparece na fala de Arcturo:

Não, só procuraria aperfeiçoar mais. Através de melhorias na estrutura do posto, materiais e insumos (Arcturo).

O agir em saúde demanda além de recursos materiais e humanos, o

envolvimento profissional para que a ação se torne resolutiva frente a demanda apresentada, estabelecendo uma relação de confiança que busca, entre outras coisas, a corresponsabilização do usuário para com seu tratamento, propiciando para este a melhoria de sua autonomia e cidadania (PAULA, 2011).

É uma situação complicada esperar a mudança de atitude dos usuários sem que lhes sejam fornecidos subsídios para este fim, como o que é esperado por Antares:

O que falta mudar é o próprio cliente. Se educar para entender que ele é o principal responsável por sua saúde e cuidado. Se os clientes seguissem as orientações dos profissionais, não haveria super lotações no PSF ou qualquer outro serviço do SUS (Antares).

Ainda no que se refere à criação de vínculos e a corresponsabilização da população para o alcance de um objetivo tão amplo como o de produzir cidadania, é importante destacar que se faz necessário à construção de laços entre os diferentes profissionais e serviços existentes (PAULA, 2011).

Na Unidade de Saúde pesquisada, encontramos funcionários de diferentes categorias profissionais e funciona como sede de um Núcleo de Combate às Endemias, além de abrigar um Centro de Especialidades Odontológicas. Tais recursos funcionam como facilitadores para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional. Concordamos com Electra quando aponta como necessidade de mudança o fortalecimento dos diferentes saberes existentes na Instituição:

Sim mudaria. O processo de trabalho poderia ser reavaliado, e, fortalecida a função de cada profissional e os fluxos (Electra).

Outra questão importante é que o acolhimento na APS “[...] deverá ocorrer a partir da avaliação do risco e vulnerabilidade e não por meio da classificação de risco com utilização da escala de Manchester, utilizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e nas urgências hospitalares” (BRILHANTE *et al.*, 2016, p.620).

Os atendimentos na APS e nas UPAS, não devem ser confundidos, como nos relatos de Alcyone e Rígel, mas compreendidos como complementares:

Sim, muitas coisas. Primeiro de tudo, para ser chamado de acolhimento, de emergência, temos que estar equipados. As medicações que temos são muito básicas. Às vezes vem paciente muito grave, e não temos o que fazer. Então primeiro eu mudaria essa questão dos medicamentos. A classificação

também. Porque muitas vezes o paciente vem na consulta médica para pegar medicamento e trocar por bebida, ou até mesmo por drogas, ou vender. Então atrapalha porque toma a vaga de quem realmente precisa. Então seria interessante mudar essa classificação. E ver o histórico do paciente. Se ele está vindo constantemente no posto com os mesmos sintomas, então não se classifica mais como emergência, e sim como doença crônica e precisará marcar consulta programada e fazer exames. Outra coisa que também mudaria, já que o acolhimento a sociedade classifica como uma emergência do posto, no mínimo um laboratório e um Raio X (Alcyone).

Hoje, eu acho que as mudanças que faríamos seriam realmente só em relação à triagem dos pacientes. Para evitar pacientes que não precisam, que não estariam necessitando daquele procedimento. Para que o acolhimento pudesse fluir mais rápido (Rígel).

As situações limites e as potencialidades do acolhimento devem ser identificadas sem se esquecer do território, pois a resolubilidade preconizada e desejada, implica intervenções das equipes de ESF na organização dos processos de trabalho, no modelo de gerenciamento, no trabalho em equipe, na responsabilização, dentre outros (BRILHANTE *et al.*, 2016).

É dentro dos territórios que a vida da população acontece. Para os profissionais identificarem os problemas de saúde de seus usuários, facilitando a formação de vínculos, eles precisam conhecer sua área e os personagens que a compõem.

Sendo assim, concordamos com o relato de que uma das mudanças empreendidas seria a de realizar o acolhimento da demanda espontânea dos usuários por equipe, pois facilitaria o processo descrito anteriormente, como colocado por Bellatrix:

Sim, acho que era pra ser por equipe, por território. Em minha opinião. Era para chegar os pacientes da minha área, com alguma queixa aguda e eu estar pronta para atender. Inicialmente mudaria isso (Bellatrix).

Ao serem solicitados a deixar suas considerações finais, a falas dos participantes aparecem carregadas de insatisfação com o processo de acolhimento da demanda espontânea como vem acontecendo, com a precariedade nos recursos oferecidos para o desenvolvimento dessa atividade.

Porém, pudemos ver também a compreensão de que é importante acolher a demanda sem esquecer o desejo de mudança; desejo de criação de vínculos com os usuários, para que estes possam também se sentir responsáveis por sua saúde; desejo de mudança nos fluxos estabelecidos, dentre outros.

Mudanças que se voltam para o fortalecimento do trabalho profissional e do acolhimento, como verificado nos relatos de Sirius, Rigel, Antares e Electra:

Infelizmente a demanda espontânea **está longe de ser o que deveria** (Sirius).

Acho que o acolhimento é uma coisa boa, mas que **ainda precisa ser aprimorado**, ainda tem muito chão para caminhar (Rigel).

**A demanda espontânea é a ampliação do acesso do cliente aos programas do PSF, não só resolve queixas agudas**, como também queixas crônicas e de prevenção e promoção da saúde na prática, só que depende muito e principalmente do próprio paciente, pois é ele quem cuidará dele mesmo em casa. A demanda espontânea do PSF é diferente da UPA pelos motivos citados e por se tratar de Atenção Primária (Antares).

**O processo de acolhimento é necessário, mas urgente também é a necessidade de fortalecer os atos envolvidos**; os fluxos. E esclarecer para todos o que é demanda espontânea e o quanto a sua existência fortalece o acesso da população ao já tão escasso acesso às consultas e agendamentos (Electra).

Na fala de Alcyone, detectamos a forte presença do modelo curativista, fato constante em muitos profissionais, que recorrem aos medicamentos e tecnologias para a resolução das demandas, reforçando o desafio da mudança de paradigma na APS:

**Já comentamos a respeito da falta de medicação. E também o fator de que o acolhimento deveria ser um acolhimento onde a gente tenha mecanismos para atender.** Como é que eu vou acolher o paciente, se não tenho nada para acolher? Precisa ter mais mecanismos. Pelo menos um exame de sangue rápido, fazer o medicamento correto para o paciente na emergência, oxigênio, pelo menos um aparelho de aerossol para usar em paciente com asma. Falta muita coisa. **Abrir a boca e dizer que é acolhimento é muito bom, mas na realidade não é assim. E a sociedade conhece como “Emergência do Posto”, mas emergência é uma palavra muito forte, e a gente vai trabalhar só com dipirona e prometazina no posto, e não tem condições.** Às vezes, falta até soro. Então fica bastante difícil. Mas a gente se apegava ao que tem. Já estou a dois anos trabalhando aqui, então já me acostumei com a forma de trabalho daqui. **Mas vai dar certo, em nome de Jesus** (Alcyone).

Mas o comentário que maior impacto nos causou foi o de Bellatrix, pelo conteúdo subjetivo do qual está recheado, pois demonstra que a priorização do atendimento voltado para o modelo curativista (tanto pela gestão, quanto pelos profissionais) causam frustração, insatisfação, esgotamento. Fatores propulsores do sofrimento no trabalho:

Para fechar a questão do acolhimento, é que este **é o único tipo de**

**atendimento na Unidade que gera repugnância, que gera uma aversão nos profissionais em fazer.** Eu acho que deveria ser visto porque isso acontece, ver no que poderia ser melhorado, para gerar ao invés de uma aversão, uma motivação (Bellatrix).

Mesmo com o avanço percebido na APS nos últimos anos, ainda percebemos a existência de desafios e dificuldades a serem superados. Faz-se importante avaliar o contexto de trabalho dos profissionais da saúde para a necessária superação dos impasses relacionados à consolidação da APS e da ESF para a construção de ambientes que propiciem prazer no desenvolvimento das atividades laborais (MAISSIAT, 2015).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado atingiu seus objetivos ao conhecer como acontece o processo de acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde do município de Fortaleza, por meio da fala dos trabalhadores, seus conhecimentos, sua visão, compreensão, sentimentos e perspectivas para mudança.

A Estratégia Saúde da Família tem por base o atendimento por equipes multiprofissionais, para transpor ideias que possuem raízes profundas no ideário de saúde. O acolhimento à demanda espontânea, proposto para ser efetivado por essa Estratégia, deve ser entendido como uma tecnologia do cuidado a ser amplamente difundida, não devendo se restringir ao atendimento de queixas agudas.

Mas, de início, percebemos que a orientação implantada pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS encontra-se bem presente na Unidade, reforçando o modelo queixa-conduta, que não é voltado para os atendimentos de seguimento.

No que diz respeito à descrição do processo de trabalho no acolhimento, conforme descrito pelos profissionais, detectamos que o município adota um modelo de atendimento médico centrado, conhecido como a “emergência do Posto”.

Essa proposta foi apreendida pelos profissionais, que já a incorporaram em suas agendas e processos de trabalho. Esse contexto permite a descaracterização dos preceitos normativos para a ESF, ao orientar suas horas de trabalho para o atendimento a um impositivo de gestão.

O tempo que deve ser disponibilizado para o atendimento à demanda espontânea retira os profissionais das atividades de promoção e prevenção. Para os enfermeiros a situação é ainda mais diferenciada, pois além do atendimento no acolhimento à demanda espontânea e à agenda programada, são requeridas diferentes atividades burocráticas.

O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária deve considerar os riscos e vulnerabilidades da população adstrita, e deve ser praticado em menor ou maior grau por todos os funcionários da Unidade, mas a ocorrência de tal prescrição não é efetivada pela maioria dos participantes da pesquisa, podendo estar acontecendo em parte devido ao desconhecimento dos profissionais, de quais

sejam os documentos oficiais que orientam o processo de acolhimento, principalmente da Política Nacional de Humanização.

A vida da população acontece dentro dos territórios. Dessa maneira, os profissionais precisam conhecer sua área adstrita e os personagens a compõem para poderem formar vínculos. Contudo, muitos usuários recorrem ao atendimento na sala de demanda espontânea, independente de qual profissional o realizará, por ser o meio mais rápido de conseguirem atendimento, devido à superlotação das agendas e porque muitos procuram somente a prescrição de receitas para a aquisição de medicamentos, principalmente as pessoas com doenças crônicas. Tal situação prejudica a longitudinalidade do cuidado e a construção de vínculos.

A existência de uma Farmácia Pólo nas dependências da Unidade pesquisada, impacta no atendimento à demanda espontânea, pois muitos usuários recorrem aos profissionais somente para a troca de receitas que apresentam alguma incoerência.

A Educação Permanente se apresenta como uma das formas de ultrapassar as limitações presentes em suas atividades laborais, ampliando os horizontes de compreensão dos trabalhadores e diminuindo as incertezas relativas aos seus processos de trabalho. Seguindo esse caminho, verificamos que o município iniciou um processo formativo voltado para o trabalho com acolhimento, que apesar de não se restringir ao atendimento à demanda espontânea das Unidades de Saúde, se apresenta como ponta pé inicial para um processo mais abrangente, que envolve os trabalhadores e não só os gestores.

É desconhecido dos profissionais o fato de a Prefeitura ter disponibilizado, em algum período, alguma regulamentação própria sobre sua proposta de atendimento. Tal situação abre uma janela para a prática do serviço de acordo com visões particulares.

No que se refere ao objetivo de identificar as experiências e os sentimentos vivenciados pelos profissionais, o trabalho no acolhimento à demanda espontânea é algo que para 82% dos entrevistados, não traz nenhum prazer. Sentimentos como frustração, impotência e falta de parceria foram os mais relatados. A pesquisa trouxe à tona a insatisfação profissional, que pode se tornar fator de impacto na saúde psíquica do trabalhador, evidenciado pela referência às dificuldades materiais e organizacionais encontradas na Unidade pesquisada.

A disponibilização de dois ou mais dias de trabalho para o atendimento

exclusivo à demanda espontânea; a descaracterização do viés de promotora de saúde que a Atenção Primária deve ter; a imposição do modelo de atendimento que não considera a área de referência das equipes, dentre outros, foram situações colocadas como causadores de sentimentos negativos.

Para ressignificar esses sentimentos, o trabalhador precisa mobilizar estratégias criativas que auxiliem o equilíbrio psíquico, estruturando uma identidade positiva no trabalho. Precisam se sentir reconhecidos e gratificados no desenvolvimento de suas atividades. A pesquisa mostrou que os trabalhadores da Unidade pesquisada, procuram a gratificação pelo trabalho desenvolvido, por meio do reconhecimento dos usuários (e não da gestão), ao levarem para estes as orientações que percebem ser necessárias para a mudança do cenário que vivenciam ou as respostas possíveis às demandas que apresentam.

Porém, tais atitudes não são percebidas pelos profissionais como suas alternativas de superação e equilíbrio das vivências de sofrimento.

Apesar do investimento afetivo que o acolhimento requer para ser desenvolvido, apenas um dos pesquisados relata não identificar sua importância para a ESF, o que demonstra que ele é considerado fundamental para a APS.

Diante de todos os desafios expostos, o acolhimento à demanda espontânea apresenta potencialidades que culminam na melhoria do acesso por meio da resolução de necessidades de saúde, baseadas no comprometimento profissional.

Este estudo revela a necessária revisão do atendimento operacionalizado, a mudança dos fluxos estabelecidos, a necessária criação de vínculos com os usuários e o fortalecimento do processo de Educação Permanente, onde sejam considerados os princípios da humanização e empreendidas ações direcionadas a promoção e prevenção de agravos, considerando a opinião dos trabalhadores, colhidas de suas experiências e conhecimento do território onde atuam.

O acolhimento à demanda espontânea encontra-se em construção, e é reconhecido como potencial para melhoria do cuidado, onde para gerar corresponsabilização precisa de investimento e parceria entre gestores, trabalhadores e usuários, reconhecendo o conhecimento e as potencialidades de cada participante desse tripé.

Essa também aparece como alternativa para superação dos sentimentos de insatisfação que podem levar a sofrimentos, acolhendo os trabalhadores em seus

desejos de mudança e fortalecimento do trabalho profissional.

## REFERÊNCIAS

AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivência de Prazer e Sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n.1, p. 34-55, abr. 2014.

BARBOSA, G. C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-7, jan/fev. 2013. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Legislação do SUS**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**, n. 28. 1. ed. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Consultas, estabelecimentos por localização geográfica. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRILHANTE, A. P. C. R. *et al.* Avaliação do acolhimento na atenção primária em saúde na perspectiva da demanda espontânea. *In*: JORGE, M. S. B.; LEITÃO, I. M. T. de A.; SILVA, R. M. da; ALVES, M. G. de M. (Orgs.). **Políticas e acesso aos serviços de saúde: prática, cuidados e fluxos**. Fortaleza: EdUECE, 2016

CAMELO, M. S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04->

0463.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. 12. ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2016.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.

DEJOURS, C. **Avaliação do trabalho submetida à prova do real**: crítica aos fundamentos. São Paulo: Blucher, 2008.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

ESMERALDO, G. R. de O. V.; OLIVEIRA, L. C. de; FILHO, C. E. E.; QUEIROZ, D. M. de. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**. Juiz de Fora, v. 20, n. 01, p. 98 – 106, 2017.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza**: 2018 – 2021. Fortaleza, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2017.

GOBATTO, M. **Prazer e Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro na Atenção Básica à Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

KATSURYAMA, M. *et al.* Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 414-419, 2013.

LEITÃO, I. M. T. **Adaptação transcultural e validação de instrumento de capital humano e o impacto da medição no contexto brasileiro**. 2016. 271p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Associação Ampla – UECE/UFC/UNIFOR, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria/RS: Palloti, 2001.

MAISSIAT, G. da S. *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-

49, 2015. Disponível em: <[http://scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000200042&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000200042&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MELO, E. M. de. *et al.* (Org.). **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MILANEZ, T. C. M. *et al.* Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.184-190, 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 14° ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MITRE, S. M. *et al.* Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-85, 2012.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p.237-246, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PAULA, P. P. de. **Saúde Mental na Atenção Básica: Política, Trabalho e Subjetividade**. 2011. 202 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PEROVANO, D. G. **Manual de Metodologia da pesquisa científica**. 1. ed. Curitiba: InterSaberes, 2016.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 124-135, jan./mar. 2015.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SILVA, A. H. *et al.* Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015.

Disponível em:

<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

SILVA, S. C. P. S. *et al.* A Síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p.3011-3020, 2015.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA-ROOSLI, A. C. B.; ATHAYDE, M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. *In*: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.67-82, 2011.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, UFSC, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>>. Acesso em 14 dez. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília/DF: UNESCO, MS, 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética; LabVida-UECE, Laboratório de Estudos da Conflitualidade - COVIO - UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC (Fortaleza, CE). **Cartilha da Regional I**. 2011. Disponível em: <[http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional\\_i.pdf](http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_i.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) pela pesquisadora Maria Sabrinny Martins Rodrigues, para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNE: PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo desse estudo é analisar a percepção dos trabalhadores sobre a influência do acolhimento por demanda espontânea no processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família, para caracterizar suas potencialidades e desafios. Informamos que caso aceite colaborar, pediremos que responda algumas perguntas sobre você e seu trabalho na Atenção Primária. Informamos ainda que:

- Será seguido um roteiro de entrevista com 8 (oito) perguntas;
- Caso deseje, poderá responder aos questionamentos sem o auxílio da pesquisadora, que poderá permanecer ao seu lado para eventuais esclarecimentos de dúvidas;
- O tempo para responder aos questionamentos é em torno de 30 minutos;
- Durante a realização da pesquisa, os participantes têm o direito de falar ou manifestarem recusa, conforme o desejo de cada um;
- Para participar deste estudo o pesquisado não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira;
- O participante poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento;
- A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo ao participante;
- A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, não sendo o pesquisador identificado em nenhuma situação, exceto para os responsáveis por esta pesquisa;

- As respostas poderão ser gravadas para uso exclusivo de análise das falas;
- Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos;
- Este estudo apresenta risco mínimo, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, ler, etc. Será realizada dentro da Unidade de Saúde Floresta, em sala reservada, com ou sem a presença da pesquisadora;
- Todo esforço possível será feito para que não aconteça algo desagradável ou constrangedor para você, porém caso ocorra, o pesquisado poderá se recusar a responder as perguntas ou desistir da pesquisa a qualquer momento;
- Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Sua participação é muito importante, pois esta pesquisa pretende conhecer a satisfação (ou insatisfação) dos trabalhadores da Atenção Primária com o processo de acolhimento à demanda espontânea tal como acontece hoje no município de Fortaleza, centrando o estudo nas percepções do trabalhador, identificando se essa proposta de atendimento tem gerado melhoria para o contexto de trabalho dos profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo podem favorecer as coordenações locais das unidades de atenção primária, em seus processos organizativos dos serviços prestados à população.

A qualquer momento você poderá solicitar outros esclarecimentos ou informações sobre este estudo.

Endereço do/s(a/s) responsável (is) pela pesquisa:

**Nome:** Ângela Maria Alves e Souza (Orientadora) e Maria Sabrinny Martins Rodrigues (aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família)  
**Instituição:** Universidade Federal do Ceará - UFC  
**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. Fortaleza/CE.

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O abaixo assinado, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando da pesquisa e autoriza a publicação das informações por ele(a) fornecidas para a pesquisadora.

Declara ainda que leu este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que após sua leitura teve a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo e sobre a pesquisa, tendo recebido todas as explicações que respondessem sobre suas dúvidas.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra foi fornecida ao participante.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Ass. do pesquisado (participante): \_\_\_\_\_

Ass. da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Como acontece o processo de acolhimento da demanda espontânea? Quem participa?
2. Você já participou de algum curso ou processo formativo (oficina, palestra, entre outros) que lhe oferecesse orientações sobre como deve ser o acolhimento da demanda espontânea?
3. Tem conhecimento de quais são os documentos que regulam o atendimento à demanda espontânea?
4. Esse trabalho lhe traz algum tipo de sentimento?  
Se sim, qual(is) e que fatores você atribui ao aparecimento desse(s) sentimento(s)?
5. Em caso de surgirem sentimentos negativos, o que você faz?
6. Você considera o acolhimento à demanda espontânea importante?
7. Você mudaria alguma coisa na maneira como ele acontece?
8. Tem mais alguma consideração a fazer?

## APÊNDICE C – ARTIGO

### SENTIMENTOS DECORRENTES DO PROCESSO DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FORTALEZA

Maria Sabrinny Martins Rodrigues<sup>1</sup>

Ângela Maria Alves e Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistente Social da Prefeitura Municipal de Fortaleza, Mestre em Saúde da Família, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9716-2580>, [sabrinnyrodrigues@gmail.com](mailto:sabrinnyrodrigues@gmail.com);

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4746-1870>, [amasplus@yahoo.com.br](mailto:amasplus@yahoo.com.br);

#### RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é um importante nível de cuidado à saúde da população brasileira e um dos principais empregadores dos profissionais da saúde. Uma das atividades requeridas nos processos de trabalho na APS é o acolhimento à demanda espontânea. Este estudo teve como objetivo identificar os sentimentos vivenciados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação ao desenvolvimento dessa atividade. Quanto ao percurso metodológico, trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou o estudo exploratório descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, com a participação de onze profissionais de nível superior de uma Unidade de Saúde de Fortaleza/Ce. Os dados foram estudados com base na análise temática de conteúdo, onde após a organização e leitura das respostas, foram encontradas as categorias temáticas: frustração e impotência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, com o parecer nº 3.525.812. Os resultados da pesquisa mostraram que o trabalho de acolhimento à demanda espontânea provoca nos profissionais sentimentos considerados negativos, que podem trazer riscos à saúde psíquica do trabalhador, fazendo com que seja necessária a revisão do modelo adotado, levando em consideração e abrindo espaço para a fala dos trabalhadores em seu espaço laboral.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Trabalhadores. Satisfação no Trabalho.

#### ABSTRACT

Primary Health Care is an important level of health care for the Brazilian population and one of the main employers of health professionals. One of the activities required in the work processes of PHC is the reception of spontaneous demand. This study aimed at identifying the feelings experienced by Family Health Strategy professionals regarding the development of this activity. As for the methodological path, it is a qualitative approach research, which used the descriptive exploratory study. Data collection was performed through a semi-structured interview script, with the participation of eleven professionals from a Health Unit in Fortaleza/Ce. The data were studied based on the thematic analysis of content, where after the organization and reading of the answers, the thematic categories were found: frustration and impotence. The study was approved by the Research Ethics Committee of the UFC, with opinion No. 3,525,812. The results of the study showed that the spontaneous demand work provokes in the professionals feelings considered negative, which may bring risks to the worker's psychic health, making it necessary to review the adopted model, taking into consideration and opening space for the workers' speech in their work space.

**Key Words:** Primary Health Care. User Embracement. Workers. Job Satisfaction.

#### INTRODUÇÃO

O trabalho de Acolhimento desenvolvido pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Primária de Fortaleza é o tema principal deste estudo, cujo intuito é identificar os sentimentos vivenciados pelos trabalhadores durante esse processo.

No Brasil, após o movimento de redemocratização nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), que veio para consolidar mudanças e reivindicações da população, trazendo para a Atenção Primária o foco das transformações desejadas na área da saúde<sup>1</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se transforma em uma das principais portas de acesso do serviço público de saúde, devendo acolher toda sua população adstrita. Tal recomendação passa a ser melhor trabalhada após o estabelecimento da Política Nacional de Humanização (PNH). A citada Política foi lançada para levar ao ambiente saúde, processos voltados para a ética entre usuários, trabalhadores e gestores, e que estivessem comprometidos com a melhoria do cuidado. Busca provocar inovações na produção, gestão e no cuidado em saúde, com ênfase na formação e na educação permanente dos trabalhadores<sup>2</sup>.

Uma das principais diretrizes da PNH trata do Acolhimento aos usuários, que deve se traduzir em atitudes inclusivas, em ações que aproximem os profissionais da população. Ou seja, essa proposta visa dar resposta às necessidades de seu público, respeitando as demandas prioritárias de urgência e emergência, transformando a relação profissional e usuário através de ações de cuidado compartilhado e recíproco. Porém, não há como acolher o paciente, sem receber junto o seu contexto social<sup>3</sup>.

O acolhimento tem como um de seus eixos o atendimento por equipe multiprofissional, sendo a escuta qualificada, papel de todos os trabalhadores envolvidos, transformando a relação profissional – usuário<sup>4</sup>.

O processo de acolhimento deve acontecer no atendimento às diversas situações dentro da Unidade de saúde, inclusive para aquelas que não estão na programação diária do cardápio de serviços do dia, mas são levadas pelos usuários, que as apresentam como necessidade de saúde que precisa de uma resposta. Essas demandas são entendidas por nós como as demandas espontâneas dos usuários.

A lógica do acolhimento da demanda espontânea pressupõe que ao

chegar à Unidade de Saúde o usuário possa ser escutado e corretamente encaminhado ao serviço requerido, devendo ser considerada as situações imprevistas, onde os profissionais encarregados de escutar essas demandas deverão ter a capacidade de analisá-las (identificando não só os riscos, mas analisando a vulnerabilidade), a clareza do que a UAPS oferece em termos de cuidado, a capacidade de diálogo com os outros colegas, resolubilidade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado de acordo com a necessidade apresentada<sup>3</sup>.

O acolhimento à demanda espontânea como estabelecido atualmente pela gestão municipal de Fortaleza, possui caráter obrigatório e deve acontecer diariamente, operacionalizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com o preconizado, nas Unidades de Atenção Primária não podem ser limitados os quantitativos de atendimento por profissional, devendo o serviço estar aberto a todas as pessoas que dele necessitem independente da região onde residam. O atendimento às queixas agudas deve ser priorizado, entrando como agenda permanente de atendimento dos profissionais, retirando-os das ações programadas, próprias das atividades previstas para atendimento na APS. As atividades de educação, promoção, prevenção de agravos, proteção, manutenção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, devem coexistir e se interrelacionar com a atividade de acolhimento de demanda espontânea.

Porém a distância entre a legislação, a regulamentação oficial (o ideal) e o real (o que acontece diariamente), torna essa realidade uma atividade complexa, pois a garantia do atendimento integral e resolutivo fica comprometida devido ao grande número de pessoas a serem atendidas, podendo ultrapassar a capacidade laboral dos profissionais<sup>1</sup>.

Quando as condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido à população, o sofrimento mental resultante da insatisfação do profissional com o seu trabalho ao nível do conteúdo significativo da tarefa, podem resultar na manifestação de doenças psíquicas e/ou somáticas<sup>5</sup>.

Esse sofrimento pode se amparar na escassez de tecnologias e recursos para atendimento das demandas dos usuários e/ou na supervalorização do modelo curativista, porém essa situação pode ser superada por meio do trabalho em equipe, partilhando as atividades e dificuldades, propiciando prazer no trabalho<sup>6</sup>.

Estudar o prazer e o sofrimento relacionado ao trabalho tem sido o viés

característico da Psicodinâmica do Trabalho, que tem como principal expositor Christophe Dejours<sup>7</sup>. No que refere a essa teoria, ela está inscrita dentro da Psicologia Social e do Trabalho e entende a centralidade psíquica e social desse campo como uma atividade material simbólica, que faz parte da vida subjetiva e social dos sujeitos; e tem o objetivo de alcançar e intervir no fenômeno trabalho – subjetividade – saúde/doença, como nos fala Bendosolli & Soboll<sup>8</sup>. Dessa maneira, a Psicodinâmica versa entre outros aspectos, sobre a subjetividade e o trabalho, considerando os conflitos ancorados na história de vida do trabalhador e aqueles decorrentes do seu campo relacional no trabalho<sup>7</sup>.

Para Mendes<sup>9</sup>, a Psicodinâmica do Trabalho consiste no estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação. Tais processos se manifestam nas vivências de prazer – sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições existentes na organização do trabalho, na saúde e no adoecimento. Seguindo essa linha, a Psicodinâmica coloca a centralidade de seus estudos na problemática da mobilização e do engajamento que a organização do trabalho exige do trabalhador.

A subjetividade diz respeito ao que se passa no íntimo do sujeito pensante. É aquilo que é variável de acordo com os sentimentos, com os julgamentos, dentre outros<sup>10</sup>. Nestes termos, a subjetividade envolve as particularidades inerentes a condição de ser dos sujeitos.

O homem é uma unidade complexa de sentimentos, desejos, necessidades, angústias, racionalidades, paixões. Ultrapassando a questão biológica e psicológica, na medida em que interage em seu meio, transformando-o e tornando-se parte do mesmo. Assim considerando, a psicodinâmica do trabalho atua para a coletividade e não para a individualidade do trabalhador. Dessa maneira, quando se detecta o sofrimento do mesmo por causa de seu ambiente de trabalho, deve-se tratar o coletivo, e não o indivíduo de forma isolada.

A experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, no confronto com a realidade dos serviços, também permite que sejam criados espaços que mobilizam a subjetividade no caminho da criatividade, que conduz ao conseqüente prazer no trabalho<sup>11</sup>.

Tendo como base alguns dos principais conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, objetivamos identificar as experiências e os sentimentos vivenciados pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família, quanto ao processo de

trabalho no acolhimento por demanda espontânea na Atenção Primária a Saúde, buscando dessa maneira, contribuir com o conhecimento sobre as experiências laborais na ESF, evidenciando o que essa proposta de acolhimento à demanda espontânea pode gerar de sentimento no campo subjetivo dos profissionais, trazendo a centralidade do estudo para o trabalhador da saúde e fornecendo subsídios para se pensar as mudanças necessárias na melhoria dos processos operados na APS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo que seguiu a linha da pesquisa qualitativa, de natureza exploratória descritiva, utilizando como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada, aplicado a 11 trabalhadores da ESF de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que atuavam no Acolhimento à demanda espontânea.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2019, com perguntas que incluíam respostas baseadas na opinião pessoal dos entrevistados e obedeceu a Resolução nº 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando os pressupostos da bioética, configurados nas idéias de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com parecer nº 3.525.812.

As entrevistas foram gravadas por meio de um aplicativo eletrônico, de acordo com a anuência do pesquisado, para facilitar o processo de transcrição e análise das falas.

Para a análise dos dados coletados, foi adotado o processo organizativo sistematizado por Bardin<sup>12</sup>, que propõe a análise temática de conteúdo.

Utilizamos as seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados. Na primeira etapa, mantivemos contato direto com as entrevistas (que foram transcritas na íntegra) e os documentos selecionados para a análise. Separamos os relatos de acordo com a pergunta: o trabalho de acolhimento à

demanda espontânea lhe remete a algum tipo de sentimento?. Em um segundo momento, foi realizada a leitura exaustiva do material coletado e foram registradas as primeiras impressões. Dando continuidade, elaboramos os núcleos de sentido, que culminou no estabelecimento da categoria temática, com base nas convergências, divergências e complementaridades existentes nas falas dos entrevistados. Concluímos o processo, com a realização da análise final dos dados, mediante a contribuição de teóricos e pesquisadores presentes em documentos selecionados que versam sobre os temas explanados pelos entrevistados.

Partindo do confronto das idéias presentes nas respostas das diferentes entrevistas e na análise dos documentos, emergiram as categorias temáticas: frustração e impotência.

No processo de análise das falas, a identidade dos profissionais foi mantida em sigilo, e cada participante recebeu o nome aleatório de uma estrela.

Os participantes foram 11 profissionais de saúde de nível superior, escolhidos por conveniência, sendo 06 enfermeiros(as) e 05 médicos(as), sem distinção do tempo de formação e/ou permanência na Unidade. Os pesquisados receberam os pseudônimos das estrelas: Arcturo, Canopus, Sirius, Rígel, Electra, Maia, Capella, Alcyone, Antares, Bellatrix e Vega.

## **RESULTADOS / DISCUSSÃO**

Ao serem questionados sobre a subjetividade do trabalho no atendimento à demanda espontânea, por meio da manifestação de sentimentos, apenas dois pesquisados relataram ter algum sentimento de prazer. A grande maioria relata o surgimento de sentimentos negativos, fato que levou ao aparecimento das categorias temáticas frustração e impotência.

Tal situação é corroborada pelo estudo de Leitão<sup>13</sup>, que apontou sentimentos de desmotivação e desvalorização, sentidos pelos profissionais da ESF com o trabalho de acolhimento implantado pela Prefeitura de Fortaleza.

A fala dos participantes confirma que o trabalho na demanda espontânea, impacta em sua subjetividade, remetendo a maioria, para sentimentos de impotência e frustração.

O trabalho na ESF envolve parceria entre os diferentes profissionais que

nela atuam e não deve ser diferente no trabalho de acolhimento. Porém esta não é uma realidade em muitas equipes, podendo gerar sentimentos negativos, como descrevem Maia e Electra:

Traz, às vezes, um sentimento de incapacidade, quando a gente não pode resolver o problema do paciente, e sabe que o médico não vai querer receber aquela demanda naquele momento. Que ele vai querer que marque consulta, mas que a gente vê que o problema está causando um grande desconforto no paciente, porque tem coisas que é pra ser de demanda programada, mas ao mesmo tempo causa desconforto. E, infelizmente a gente como enfermeiro não pode resolver e os médicos não querem que seja caso de acolhimento (Maia).

Insegurança e descontinuidade da assistência, devido à falta de um processo de trabalho feito com parcerias e de forma clara para todos os envolvidos (Electra).

A falta de respeito à divisão de tarefas e ao sistema hierárquico compartilhado podem se tornar importante fonte de sofrimento no trabalho, pois dificultam os processos de cooperação e reconhecimento, que levam a vivências de prazer através da gratificação e da realização<sup>14</sup>.

A organização do trabalho de acolhimento à demanda espontânea pela gestão municipal, permite o aparecimento de sentimentos desagradáveis, como apontado na fala de Capella:

Eu não gosto do acolhimento. Me dá um sentimento de frustração; falta de organização do serviço. Os pacientes querem as coisas de imediato. Eles não entendem que alguns casos são para marcar consulta, que o profissional precisa de mais tempo para ouvi-lo, para lhe atender. Acho que é essa falta de compreensão dos pacientes (Capella).

Sentimento de desassistência total e falta de informação ao usuário (Sirius).

As condições oferecidas para a realização do trabalho influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto que a organização do trabalho influenciará na saúde psíquica<sup>7</sup>.

Situações que apresentam precárias condições de trabalho, tanto materiais quanto organizacionais, comprometem a qualidade dos serviços prestados e desmotivam os profissionais. A falta de recursos materiais ainda é fato comum na Unidade pesquisada, que atualmente apresenta diferentes problemas estruturais. Além desses, possui características próprias dos equipamentos da APS, não tendo suporte de maquinário para diagnósticos por imagem nem medicação e/ou materiais

utilizados em casos de urgência, mas recebe vários usuários que levam esse tipo demanda. Caracterizando mais uma situação causadora de sentimentos de impotência profissional, conforme as falas de Canopus, Arcturo, Antares e Alcyone:

Sim, de impotência. Pois os pacientes chegam com queixas, em um local onde não existe suporte diagnóstico, e isso causa frustração (Canopus).

Sim, de impotência, porque em determinadas circunstâncias, não temos subsídios e estrutura adequada para suprir e resolver as necessidades básicas do paciente (Arcturo).

“Sempre surgem sentimentos, porque o cliente já sai de casa pronto para que seja resolvida de imediato sua demanda, porém a gente precisa seguir todo um protocolo de atendimento (Antares).

Sim. Frustração. Muitas vezes na Unidade não tem o medicamento que a gente gostaria de passar para o paciente. E os paciente que vem ao posto de saúde, 90% são de baixa renda, então ele não tem condições de comprar esse medicamento. E a gente dá um jeito. Mistura uma pomada com a outra, consegue uma amostra grátis, mas a gente vai dando um jeito para tentar amenizar mais o tratamento do paciente, para que ele não gaste muito (Alcyone).

Muitos usuários utilizam de diferentes estratégias para serem atendidos por meio do acolhimento à demanda espontânea, principalmente para atualizarem suas prescrições medicamentosas, e se mostram irritados quando são encaminhados para o agendamento junto à demanda programada. Tais situações, também impactam de forma negativa nos sentimentos vivenciados pelos profissionais, conforme relatado por Rígel:

Algumas vezes surgem sentimentos negativos sim, principalmente quando você vê que alguns pacientes estão tentando tirar proveito do próprio atendimento. Tentando ganhar benefícios, tentando burlar certas filas ou condutas que teriam que ser feitas. Eu compreendo que ele é um ato muito importante para a população, principalmente porque pela lotação, acaba necessitando ser vista mais rapidamente pelo médico. Concordo que eu acho que é uma ferramenta importante para se ter nas UPAS. Mas acho que ele acaba sendo muitas vezes, uma boa ferramenta, mas as pessoas acabam tirando um pouco de proveito, então ele tanto me dá um sentimento de que eu gosto, mas também de que temos que ter bastante cuidado para as pessoas não se aproveitarem e utilizarem erroneamente (*Rígel*).

No atual modelo de gestão adotado pela Prefeitura de Fortaleza, muitas equipes de ESF ocupam 16 horas semanais, das 32 horas disponíveis, com atendimento da demanda espontânea, dificultando o desenvolvimento de ações

preconizadas para a Estratégia Saúde da Família, o atendimento do usuário por sua equipe de referência, dentre outros.

Quando não estão no acolhimento da demanda espontânea, os profissionais se deparam com agendas lotadas, fazendo com que não tenham disponibilidade de tempo para executarem ações intersetoriais. Essa situação é mais complicada para os enfermeiros, pois além dos atendimentos da agenda programada e da demanda espontânea, e pela falta de solidariedade dentro das equipes, acabam sendo responsáveis por programas específicos, por alimentar os dados de mapas e planilhas, planejar ações de promoção e prevenção, dentre outros.

O profissional que tem a percepção dessa realidade, como notado na fala de Vega, entende que está desenvolvendo um serviço de pronto atendimento, próprio de UPAS e urgências hospitalares, detectando como esse trabalho impacta de maneira negativa em seus sentimentos e também na APS, trazendo pouco prazer pela falta de longitudinalidade:

Em primeiro lugar, não gosto do que a Demanda Espontânea se transformou nesta cidade. Acaba que se transformou numa versão menor de um atendimento de UPA, em detrimento da demanda programada. Tenho 12 horas de demanda espontânea por semana e 20 horas de demanda programada, o que considero desproporcional em relação ao foco do Programa Saúde da Família, que é a prevenção. Tenho pacientes que só conseguirão consulta para mim em Dezembro deste ano (estamos no início de setembro) e que poderiam ser atendidos antes se não tivéssemos tantos horários de demanda espontânea. Além disso, é um trabalho que me traz pouco prazer, porque eu não acompanho esses pacientes. Eu os vejo uma vez, trato e não acompanho, gerando a sensação de "enxugar gelo" (Vega).

Ainda no que se refere à compreensão da descaracterização da proposta de acolhimento de demanda espontânea, encontramos a fala de Bellatrix:

A gente odeia quando é dia de acolhimento. Todo profissional odeia, não quero que isso pareça desumano, mas eu acho que teria como ajudar melhor se eu acolhesse as pessoas do meu território. E eu vejo muito aquela questão medicamentosa da coisa, onde tenho mais é que resolver a demanda reprimida da gestão maior. Eu me vejo muito nesse papel de estar dando respostas que não deveriam ser minhas. O paciente vem, e ele tem que ser atendido naquele dia, e muitas vezes não é um paciente que precise de atendimento naquele dia, mas é um paciente que poderia ser agendado. Mas a gente se vê obrigado a fazer isso para evitar ser agredido, evitar transtornos com a gestão... e isso vai aos poucos minando um sentimento que poderia ser mais empático; infelizmente. E acho que se eu estivesse aqui para acolher as queixas realmente agudas do meu território, e pudesse ter muito mais um papel de cuidado longitudinal, coordenar

melhor o cuidado dos pacientes do território que eu sou responsável, acho que eu teria muito mais eficiência, muito mais gosto por fazer isso, e me veria menos nesse papel de estar dando respostas que não deveriam ser minhas (Bellatrix).

A fala do profissional mostra a percepção da necessidade de respostas a uma demanda reprimida por serviços que ultrapassam o nível local, e aparece carregada de sentimentos negativos.

## **CONCLUSÃO**

O estudo atingiu o objetivo de conhecer os sentimentos dos trabalhadores que atuam no acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade de saúde do município de Fortaleza.

A pesquisa apontou que o trabalho no acolhimento à demanda espontânea é algo que para 82% dos entrevistados, não traz nenhum sentimento prazeroso. Sentimentos como frustração, impotência e outros relacionados à falta de parceria foram os mais relatados. O estudo trouxe à tona a vivência de sentimentos negativos por parte dos trabalhadores, referentes à insatisfação profissional, evidenciados por meio da fala dos mesmos.

A disponibilização de dois ou mais dias de trabalho para o atendimento exclusivo à demanda espontânea; a descaracterização do viés de promotora de saúde que a Atenção Primária deve ter; a imposição de um modelo de atendimento que não considera a área de referência das equipes, as dificuldades materiais e organizacionais, dentre outros, foram situações colocadas como causadores de sentimentos negativos.

Para ressignificar esses sentimentos, o trabalhador precisa se sentir reconhecido e gratificado no desenvolvimento de suas atividades, e os resultados da pesquisa nos mostram que esta situação não está presente no desenvolvimento da atividade de acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza.

## **REFERÊNCIAS**

1. GOBATTO, Mariângela. **Prazer e Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro na Atenção Básica à Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.
2. BARBOSA, Guilherme Correa. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-7, jan/fev. 2013. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**, n 28. 1.ed. Brasília, 2013
4. CAMELO, Marina Shinzato; *et al.* **Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0463.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2019.
5. SILVA-ROOSLI, Ana Claudia Barbosa; ATHAYDE, Milton. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. (Orgs). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.67-82, 2011.
6. MAISSIAT, Greise da Silveira. *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015. Disponível em: <[http://scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000200042&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000200042&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2018.
7. DEJOURS, Christophe. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.
8. BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.
9. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
10. MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
11. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.
12. KATSURYAMA, Marilise. *et al.* Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 414-419, 2013.
13. LEITÃO, Ilse Maria Tigre. **Adaptação transcultural e validação de instrumento**

**de capital humano e o impacto da medição no contexto brasileiro.** 2016. 271p  
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Associação Ampla – UECE/UFC/UNIFOR,  
Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

14. DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian.  
**Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da  
Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.525.812

pesquisadora faz parte do corpo de profissionais da Unidade, porém, não atua no atendimento à vivência profissional a ser analisada, que é o atendimento à demanda espontânea pelos profissionais da ESF. Para a análise dos dados que serão coletados, será adotado o processo organizativo sistematizado por Bardin (2011), que propõe a Análise Temática de Conteúdo. Tal processo se trata de uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA, 2015). No processo de análise das falas, a identidade dos profissionais será mantida em sigilo, não sendo o participante identificado em nenhuma situação. Caso seja necessário descrever alguma fala, os participantes receberão nomes aleatórios de estrelas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Identificar as experiências e os sentimentos vivenciados pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família, quanto ao processo de trabalho no acolhimento por demanda espontânea na Atenção Básica a Saúde.

**Objetivos Secundários:**

- Caracterizar as potencialidades e desafios do acolhimento à demanda espontânea para a organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Descrever o processo de trabalho no acolhimento por demanda espontânea na Atenção Primária em Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Para a pesquisadora, este estudo apresenta risco mínimo. Existe a possibilidade de causar constrangimento ou resgatar lembranças desagradáveis aos participantes, no momento da fala sobre o tema da pesquisa. Como meio de minimizar esse risco, será garantida de forma irrestrita a recusa de fala ou desistência de participação por parte dos pesquisados.

**Benefícios:** Para a autora, a pesquisa trará como benefício, a contribuição social aos estudos relacionados à saúde do trabalhador.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo pertinente, considerando-se a dinâmica de trabalho do enfermeiro/médico no acolhimento da demanda espontânea na atenção primária em saúde.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer

**Considerações**

Os termos de a

**Recomendação**

Não há.

**Conclusões ou**

Aprovado.

**Considerações**

**Este parecer fo**

Tipo Docume
Informações B do Projeto
Projeto Detalh Brochura Investigador
TCLE / Termos Assentimento Justificativa de Ausência
Folha de Rosto
Cronograma
Outros
Declaração de Pesquisadores
Outros
Orçamento
Declaração de Instituição e Infraestrutura

Endereço: Rua  
Bairro: Rodofo Teófilo  
UF: CE  
Telefone: (85)3366-8344

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.525.612

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 22 de Agosto de 2019

Assinado por:  
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodofo Teófilo CEP: 60.430-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

## ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

**PREFEITURA DE FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS**

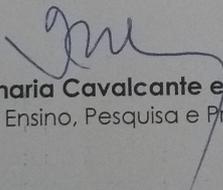
**DECLARAÇÃO**  
P629191/2019

- **Projeto de Pesquisa:** Acolhimento à Demanda Espontânea: Processo de Trabalho da Equipe de profissionais em Unidade Básica de Saúde
- **Pesquisador (a) Responsável:** Maria Sabrinny Martins Rodrigues
- **Orientador (a):** Ângela Maria Alves e Souza
- **Instituição Proponente:** UFC
- **Curso:** Mestrado Profissional em Saúde da Família
- **Período de Coleta:** Maio e Junho/2019

**A Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais - COEPPE,** Conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza – SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012.

A **Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza - SMS** por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança em bem-estar.

Fortaleza, 11 de Abril de 2019



**Anamaria Cavalcante e Silva**  
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles  
Fortaleza - CE  
85 3105 1471

