



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

SHIRLEY CRISTIANNE RAMALHO BUENO DE FARIA

**MODOS DE ACOLHER: A HUMANIZAÇÃO EM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE**

FORTALEZA
2013

SHIRLEY CRISTIANNE RAMALHO BUENO DE FARIA

**MODOS DE ACOLHER: A HUMANIZAÇÃO EM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra Maria Vaudelice Mota
Co-orientadora: Dra. Sarah Maria Fraxe Pessoa

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

F237m Faria, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de.

Modos de acolher: a humanização em foco na atenção básica de saúde / Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria . – 2013.

152 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

Co-orientação: Dra. Sarah Maria Fraxe Pessoa

1. Humanização da Assistência. 2. Acolhimento. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde da Família. I. Título.

CDD: 614.44

SHIRLEY CRISTIANNE RAMALHO BUENO DE FARIA

MODOS DE ACOLHER: A HUMANIZAÇÃO EM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em 14/06/2013

BANCA EXAMINADORA

Maria Vaudelice Mota

Profª. Dra. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Sarah Maria Fraxe Pessoa

Dra. Sarah Maria Fraxe Pessoa (Co-orientadora)
Universidade federal do Ceará – UFC

Jaqueline Caracas Barbosa

Profª. Dra. Jaqueline Caracas Barbosa
Universidade Federal do Ceará – UFC

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Profº. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Universidade Federal do Ceará – UFC

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Profª. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

A

Deus, pelos ensinamentos mais valiosos...

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos anos, quando os pensamentos se fazem maduros, percebemos que a vida se faz em comunhão e que esses encontros não são meros acasos, por necessidade de aprendizado nos deparamos com enlaces, às vezes dolorosos e que nos deixam marcas, às vezes cintilosos e cheios de energia, que nos abastecem e fazem de nós o que gostaríamos de ser. São a estes últimos que, hoje, gostaria de agradecer, pois sem eles eu nada seria.

Aos meus pais, Alda e Tim: doce presença em minha vida, razão do meu caráter, combustível da minha caminhada, batalhadores exemplares, dedicando a maior parte de suas vidas às nossas, colo aconchegante dos momentos de angústias, torcedores maiores de minhas conquistas e presença incondicional de todas as horas, nunca terei palavras suficientes para agradecê-los;

Aos meus irmãos, Sheyla, Rosane, Renata e Ramalinho: por partilharem comigo dessa família maravilhosa, celebrarem todas as minhas vitórias e torcerem para que eu nunca tenha derrotas;

Aos meus filhos, Andrews e Lowrran; amor que não se explica, não se dimensiona, mas te eleva o espírito e te impulsiona a ser exemplo, para que compreendam o valor real de ser e se fazer homem em meio a tantos desafetos, e que só o amor fornece o ingrediente necessário a uma vida plena e feliz;

Ao meu marido, André Bueno; pela parceria, paciência, incentivo e por acreditar que eu sempre vou conseguir;

Aos meus amigos, que não estão tão próximos, mas se fizeram importantes em etapas significativas de minha vida;

- Do início de minha caminhada no Distrito Sanitário V, nunca esquecerei vocês;
- Do Luis Albuquerque Mendes, onde nos tornamos família;

Aos amigos de agora pelo caloroso incentivo, pelo maravilhoso convívio e, principalmente, pelo respeito e generosidade para com minhas necessidades;

- Minha chefe, Jamisse: pelo profissionalismo, pela garra e sensibilidade, tornando-se ímpar por onde passa, mas, principalmente, por ser minha amiga;
- Minhas mentoras, Kilma e Neide, por quem tenho profunda admiração, respeito e um carinho muito especial;
- Minhas amigas do Paracampos, Marta, Sylvania, Lyvia, Mônica, Polyana, Georgia e Sandra: não haveriam pessoas melhores com as quais gostaria de trabalhar;
- E em especial a você, Ana Débora: pela companhia de todas as noites, pessoa com a qual muito me identifiquei;
- A todos os outros profissionais que não citei, mas que se fazem, também, muito importantes neste ambiente, embora precise destacar ainda: Minhas queridas ACS, minha parceira Michele, meu companheiro Paulo Willian e essas pessoinhas maravilhosas Marli e Gilmênia, meu muito obrigada.

A Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Executiva Regional V, por reconhecer a importância da capacitação como forma de agregar valores ao trabalho profissional, concedendo a diminuição de carga horária que oportunizou esse estudo, minha gratidão;

A essa pessoa maravilhosa que intitulei de anjo, pois, a mim, parecia descida de plano superior e pousado em minha vida como um presente, Dra. Sarah M. F. Pessoa: pela sua delicadeza em conduzir os processos de trabalho com profissionalismo, conhecimento e disponibilidade, por ser essa pessoa admirável que nos mostra a essência daquilo que o mundo precisa, não tenho palavras para agradecê-la;

Ao Prof^o. Dr. Ricardo Pontes: por me oportunizar o convívio em seu grupo de estudo, lugar onde iniciei o contato com o mundo da cientificidade, lhe serei eternamente grata;

A Prof^a. Dra. Jaqueline Caracas: pelo primeiro olhar, técnico, meticuloso, profissional, mas sensível, que conseguiu tranquilizar-me no momento oportuno, me proporcionando uma fala sincera e cheia de desejo de adentrar a esta casa, você foi especial obrigada;

A Prof^a. M^a. do Socorro de Sousa; que compartilhou comigo o momento da qualificação, contribuindo de maneira sábia, com quem aprendi muito nesta caminhada, você é, impecavelmente, disciplinada e competente, verdadeira mestra;

A todos os professores deste departamento, cujos os nomes não foram citados, mas foram tão igualmente importantes, pois nos conduziram de modo admirável rumo a mais um desafio, o mestrado.

As queridas Zenaide e Dominik: incansáveis pontos de apoio, que com carinho, dedicação e zelo nos guiaram e apoiaram em todas as nossas atividades;

Ao meu reencontro com minha amiga Olga, prazeroso momento, que me rendeu frutos pelos quais preciso agradecer;

As bibliotecárias Rosane e Eliene: pelo profissionalismo, objetividade e atenção, vocês foram essenciais;

Aos sujeitos colaboradores desta pesquisa, sem os quais não seria possível a concretização de mais um sonho, vocês foram extremamente sensíveis a minha presença, meu muito obrigada;

A minha companheira de orientação, Silvana Deyse: nossa identificação foi imediata, pessoa de delicada simplicidade e cumplicidade, obrigada pelo convívio que espero se estender pelo caminho da vida;

Por fim, aos meus colegas de turma, maravilhosos, cada um com sua peculiaridade, conseguindo fazer do percurso um agradável momento de confraternização e partilha, que suas vidas sejam cheias de luz e paz, vou levar cada um de vocês em meu coração;

E **em especial** a minha orientadora, Prof^a. Dra.M^a. **Vaudelice** Mota: por me abrir os abraços e me acolher com confiança, experiência e sabedoria, a minha eterna gratidão.

“Chega um momento em que todos são tão inteligentes quanto você, tem tanta experiência quanto você e estudam tanto quanto você. Nesse momento, comportamento faz toda a diferença” (José Carlos Grubisich).

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta-se, hoje, como proposta transversal a todos as outras políticas e programas do Sistema Único de Saúde. Para tanto propõe dispositivos e princípios que buscam potencializar e valorizar mudanças nas práticas cotidianas de saúde. Desse modo, a Atenção Básica, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), torna-se um “lócus” privilegiado de construção de mudanças, pois possibilita espaços democráticos, éticos e políticos de produção de autonomia e corresponsabilidade. Neste sentido, pensando na PNH como produtora de prática facilitadora e construtora de cidadania, optou-se por destacar neste trabalho o acolhimento, entendendo-o como uma das diretrizes de maior relevância desta política, pois, ela própria apresenta caráter transversal, perpassando por todas as demais propostas de mudanças no processo de trabalho e gestão. Trata-se, portanto, de uma investigação norteada pela abordagem qualitativa, uma vez que se situou no âmbito das relações, imbuídas de singularidades e reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. Utilizando-se das técnicas de entrevista e observação o trabalho, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família, na Secretaria Executiva Regional V, Fortaleza-Ce, abordou 24 profissionais, de cinco equipes que compõem a ESF desta unidade, ressaltando que a categoria Agente Comunitário de Saúde contou com um representante de cada equipe. Apesar de buscar caracterizar a prática do acolhimento, o trabalho tomou relevância no seu significado, nos contextos que dificultam tal prática e nos fatores identificados, pelos profissionais, como positivos para o desempenho de suas funções. Concluiu-se, portanto, após análise minuciosa das falas dos entrevistados, que culminou com três grandes temas: conhecimento e significação de acolhimento para os profissionais da ESF, fatores dificultadores para o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família e os fatores positivos em relação ao processo de trabalho nesta unidade, que o acolhimento é essencial à prática do serviço em saúde, sendo entendido por estes profissionais como um primeiro contato; recíproco, receptivo, pautado na escuta, no diálogo e no atendimento às necessidades de trabalhadores e usuários, tendo como princípio a organização do serviço e que o processo de construção da Política Nacional de Humanização encontra-se em seu ponto inicial, necessitando, pois, ser resgatada e reconhecida como propulsora do Sistema Único de Saúde e articuladora de uma prática que provoque mudanças significativas dos serviços de saúde, de modo sistemático e permanente.

Palavras chave: Humanização. Acolhimento. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The National Policy of Humanization (NPH) shows itself as a traversable proposal to all the other Unified Health System policies and programs today. That is why NPH proposes mechanisms and principles, which aim to enhance and value changes in the daily practices of health. Therefore, Basic Assistance within the Family Health Strategy (FHS) becomes a privileged “locus” to build changes, for it makes possible democratic, ethical, and political rooms as to produce autonomy and co-responsibility. This way, regarding NPH as a producer of facilitative and constructive practice of citizenship, this work chose to highlight the reception. Taking in account that the reception shows a transversal characteristic, passing through all the other proposals of change in the process of work and management, it is seen as one of the most relevant guidelines of such FHS policy. This research carried out an investigation oriented by the qualitative approach, once it is located in the extent of the relationships, full of singularities and reflections about the work process on health. Interview techniques and work observations were conducted at a Family Health Basic Unit located in the Regional Executive Office V, in Fortaleza-CE. This research approached 24 professionals who integrated the FHS in that Unit, emphasizing that the Community Health Agent category had a representative from each team. In spite of aiming at characterizing the practice of reception, this work highlighted the contexts, which hinder such practice and factors identified by the professionals as positive for the performance of their functions. This way, after detailed analysis of the interviewees' speeches, which culminated with three great topics: knowledge and reception significance for the FHS professionals, limiting factors to the reception in a Family Health Basic Unit, and positive factors related to the work process in that Unit, it has been concluded that the reception is essential to the practice of health service, being such service understood by the professionals of FHS as the first reciprocal and receptive contact based on the listening, the dialogue, and the meeting of the workers' and users' needs, having as a principle the organization of the service. Therefore, the National Policy of Humanization construction process is just beginning. The NPH needs to be rescued and recognized as a propeller of the Unified Health System, as well as an articulator of a practice that promotes significant changes in the health assistance in a systematic and permanent way.

Keywords: Humanization. Reception. Basic Assistance. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa de Fortaleza e suas Secretarias Executivas Regionais.....	36
Figura 2 -	Mapa da Secretaria Executiva Regional V.....	37
Figura 3 -	Localização do C. S. F. José Paracampos.....	41
Figura 4 -	Localização do C. S. F. Graciliano Muniz.....	43
Figura 5 -	Visão de equipe para o pesquisador.....	68
Figura 6 -	Modelo das casinhas paralelas (Andrade, et.al., 2006).....	69
Figura 7 -	Correlação dos temas emanados da pesquisa e sua interação com o acolhimento do ponto de vista do pesquisador.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro1 -	Temas decorridos do processo de análise.....	51
Quadro 2 -	Quadro síntese dos resultados obtidos da observação de setores da unidade básica de saúde, relacionado ao trabalhador.....	95
Quadro 3 -	Quadro síntese dos resultados obtidos da observação de setores da unidade básica de saúde, relacionado ao usuário.....	97
Quadro 4 -	Descrição e reflexões sobre os setores observados.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH	Política Nacional de Humanização
RAs	Redes de Assistência
SER V	Secretaria Executiva Regional V
SERs	Secretarias Executivas Regionais
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS¹

¹ Símbolo, palavra de origem grega, designa um tipo de signo, em que o significante (realidade concreta) representa algo abstrato. “Elemento essencial ao processo de comunicação [...] Surge como resultado de um

[...]	Indica supressão do texto original, gerado pela fala do sujeito
...	Indica breve pausa no pensamento do sujeito falante
“ ”	Indica contração de palavras e/ou vício de linguagem
‘ ’	Indica palavra e/ou expressão em outro idioma na transcrição
//	Indica interrupção da fala e/ou palavra
*	Indica palavra de cunho cultural, corriqueiro e/ou erro na concordância verbal
{...}	
©	Indica supressão do nome dos sujeitos entrevistados
Palavra em “ <i>Itálico</i> ”	Indica supressão do nome de terceiros citados pelos entrevistados
<u>Palavra sublinhada</u>	Indica palavra e/ou expressão em outro idioma, no texto
(Negrito entre parênteses)	Indica continuidade e/ou entonação continuada da palavra
IDEIA ENTRE PARÊNTESES	Ideia subtendida, intervenção da pesquisadora
PALAVRA EM MAIÚSCULO	Destaque da pesquisadora

SUMÁRIO

processo natural ou pode ser convencionada de modo a que o receptor (uma pessoa ou grupo específico de pessoas) consiga fazer a interpretação do seu significado implícito e atribuir-lhe determinada conotação”. (GODOY, 2013)

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos	21
3	Específicos	22
3.1	CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO	22
3.2	Enfoque	político- 25
3.2.1	histórico	
	Produção da Saúde: uma sinergia em rede	28
3.2.2	<i>Mas o que compreendemos por humanização? Por que precisamos de uma política de instituição de uma atenção humanizada?</i>	31
3.3	33
3.3.1	<i>Mas que significados assumem o cuidado na humanização? Como ele se dá nos modos de acolher? Que papel ele assume na produção da atenção?.....</i>	35
4	Estratégia Saúde da Família e Humanização	39
4.1	Estratégia Saúde da Família e	40
4.2	Humanização	44
4.3	<i>Entendendo o lugar da Estratégia Saúde da Família, hoje, no município de Fortaleza e na sua rede de atenção a</i>	45
4.4	<i>saúde</i>	46
4.5	47
4.6	METODOLOGIA	49
4.7	Caracterização do estudo	51
4.8	O local da investigação	53
5	Os colaboradores do estudo	
5.1	A construção do percurso	53
	As técnicas escolhidas	
5.2	Trilhando o caminho: o trabalho de campo	56
	Desvelando as ideias: o processo de análise	56
5.2.1	Aspectos éticos	58
5.2.2	RESSULTADOS E DISCUSSÕES	58
5.2.2.1	TEMA 1 - Conhecimento e significação de acolhimento para profissionais	60
5.2.2.2	da Estratégia Saúde da família	

5.2.2.3	TEMA2 - Fatores dificultadores para o acolhimento em uma Unidade	61
5.2.3	Básica de Saúde da Família	62
5.2.4	<i>Ambiência</i>	64
5.2.5	<i>Ingerência</i>	65
5.2.6	<i>Desorganização da Unidade de Saúde</i>	67
5.2.7	<i>Descontinuidade nas rodas de gestão</i>	70
5.3	<i>Carência de material de trabalho</i>	74
5.4	<i>Falha na comunicação e desinformação</i>	
	<i>Carência de programa /incentivo à capacitação e qualificação</i>	76
5.5	<i>Precarização do trabalho</i>	77
6	<i>Da precarização a fragmentação do trabalho em equipe</i>	80
6.1	<i>Demanda excessiva</i>	80
	Do fragmento ao todo: o entrelaçar de fios condutores ao acolhimento	83
	TEMA 3 - Fatores positivos em relação ao processo de trabalho na	89
	Unidade Básica de Saúde	90
	Um olhar sobre o vivido	91
	CONCLUINDO O PERCURSO	94
	De volta ao passado: novamente no ponto de partida	
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	95
	Apêndice A - Entrevista	100
	Apêndice B - Roteiro de observação	
	Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido	101
	Apêndice D - Quadros sínteses dos resultados obtidos da observação de	
	setores da unidade básica de saúde e descrições/reflexões sobre os setores	102
	observados	
	Apêndice E - Solicitação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	103
	Apêndice F - Solicitação do parecer da Coordenadoria do Sistema	104
	Municipal de Saúde Escola	148
	Apêndice G – Solicitação do parecer da Secretaria Executiva Regional	149
	V	
	Apêndice H – Solicitação de liberação formal de acesso as dependências e	150
	profissionais do C.S.F Graciliano Muniz à SER V	151

Apêndice I – Transcrições.....	
ANEXOS.....	152
Anexo A – Declaração.....	
Anexo B – Documento de parecer da Secretaria Municipal de Saúde Escola à SER V.....	
Anexo C – Carta de anuência.....	
Anexo D – Comprovante do envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa	

1 INTRODUÇÃO

Debater a Política Nacional de Humanização (PNH) no contexto da Estratégia Saúde da Família é, antes de tudo, entender esta estratégia como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e espaço ético-político viável de se construir novas práticas em saúde, com possibilidades de se produzir autonomia e corresponsabilidade em direção ao fortalecimento de uma sociedade mais justa e solidária, em que os coletivos e suas conexões “indicam caminhos para uma saúde que defenda o valor da vida” (PEDROSO; VIEIRA, 2009, p.698).

Desse modo, a Atenção Básica de Saúde torna-se um “*locus*” privilegiado para o desenvolvimento da proposta da PNH e seus dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modo de fazer” que, em consonância com os seus princípios norteadores de: inseparabilidade entre gestão e atenção, transversalidade, construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, criação de vínculos solidários, participação coletiva e compromisso com a democratização das relações de trabalho, vão buscar potencializar e valorizar mudanças nas práticas de atenção e gestão, fortalecer o compromisso com os direitos dos usuários e trabalhadores, estimular a capacitação permanente, bem como, fomentar a criação de espaços acolhedores que colaborem para a identificação das dimensões das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde e a construção de redes solidárias e cooperativas nesta produção (BRASIL, 2006, p.5).

Assim, a política de humanização, na sua execução, envolve muitas dimensões e, principalmente, situa-se no âmbito das relações, imbuídas de singularidades e reflexões sobre o processo de trabalho em saúde.

Este processo, porém, se expressa em um território multifacetado com discrepâncias e profundas desigualdades socioeconômicas, pois embora o Sistema Único de Saúde seja responsável pela oferta dos mesmos serviços em todo território nacional, suas características em cada estado são responsabilidades intransferíveis de cada município, adquirindo assim organizações administrativas particulares.

Desse modo, o SUS transita entre possibilidades e riscos tendo, para Ayres (2011), como principal ameaça os vícios ideológicos que paralisam, impedem a reflexão crítica e se constituem obstáculos a “[...] riqueza de relações que podem ser estabelecidas entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas para a construção de conceitos e estratégias mais ricas e eficazes” (AYRES, 2011 p. 19).

Nesta mesma perspectiva, Vasconcelos e Pasche (2008, p.558) afirmam que “o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado”.

Assim, e pensando neste processo de construção de práticas facilitadoras de verdadeira abertura democrática, optei por destacar neste trabalho o “acolhimento”, por entendê-lo como propiciador e desencadeador das demais tecnologias implicadas na PNH, pois o acolhimento expressa-se “em uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e ‘perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”, que desencadearia e perpassaria por todas as demais propostas da política e das mudanças no processo de trabalho e gestão (BRASIL, 2009a, p.10).

Para tanto, busquei conhecer os modos de desenvolver o acolhimento na prática cotidiana de uma Unidade Básica de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional V (SER V), entendendo-o como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização que, como ela própria, deve ter um caráter transversal, potencializando, assim, o processo de produção de saúde.

Cabe salientar que o ponto de partida para a escolha do tema reporta-se ao início de minha carreira como profissional de saúde quando, já com determinação, escolhi a área de Saúde Pública por entender que o compromisso com o coletivo passa, também, por decisões pessoais que nos colocam implicados em experiências construídas de forma dialógica, ancoradas na responsabilidade, horizontalidade, democracia e na interdisciplinaridade, valores que norteiam minha caminhada profissional.

Portanto, a construção do referido objeto acompanha-me desde o princípio de minhas práticas assistenciais no Distrito Sanitário de Saúde V, em Fortaleza, onde atuei como Instrutora/Supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e que, à época, já propunha como objetivo a aproximação do serviço com a comunidade e a ampliação do acesso à informação sobre saúde e cidadania.

Logo em seguida, passei a atuar como enfermeira na Estratégia Saúde da Família, desde sua implantação em Fortaleza, em 1998, inicialmente na Secretaria Regional IV, passando em 2006 ao Centro de Saúde da Família José Paracampos, SER V, onde permaneço atualmente.

Nesta caminhada, e sempre implicada em trabalhos que buscassem garantir o direito constitucional da atenção integral à saúde, também passei a integrar o Núcleo

de Humanização da referida regional. Inserção que, por acreditar na construção coletiva da saúde e em um sistema que possa atender as reais necessidades da população com dignidade, me trouxe implicações concretas de compromisso e responsabilidade, entendendo que todos nós, trabalhadores, usuários e gestores somos seres humanos com potencialidades e situações limites a serem superadas nos territórios de produção de vida em que nos encontramos.

Assim, enquanto sujeitos protagonistas deste processo surgiram-me algumas inquietações: de que modo estão sendo acolhidas as necessidades de saúde da população de cada território? O que temos entendido de fato como acolhimento? Que contextos têm contribuído ou dificultado para a prática do acolhimento? Como potencializar uma política que está em construção no Município?

Ressalto, ainda, acreditar que a humanização das práticas de saúde constituiu uma das preocupações da gestão vigente, no Município de Fortaleza, à época da elaboração dessa proposta de trabalho, início de 2011, pois esta se propôs a fortalecer as ações de Atenção Básica e construir um funcionamento harmônico das redes de atenção à saúde (primária, secundária, terciária, de saúde mental, de urgência e emergência) colocando em pauta a humanização como eixo condutor das práticas desenvolvidas no setor e ponto crucial da política de saúde.

Para tanto, o Município ampliou em 2005, através de concurso público, a Estratégia Saúde da Família, e investiu na implementação da PNH, realizando no mesmo ano, o Curso Fortaleza Humaniza – SUS que reuniu mais de 5000 pessoas ligadas à saúde. Posteriormente, foram realizadas pequenas capacitações, descentralizadas, nas seis Secretarias Executivas Regionais e direcionadas a todas as unidades de saúde do município para implantação do serviço de acolhimento.

Durante a realização do evento, enfatizou-se também a proposta da educação permanente em saúde, como meio de estabelecer, no cotidiano dos serviços de saúde, transformações que consolidem os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação da população (FORTALEZA, 2007).

Estas iniciativas do campo da formação contaram no seu processo de elaboração e execução, com os trabalhadores das redes assistenciais, Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará articulados a partir do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza.

Diante do exposto, friso acreditar na convergência das perspectivas da produção de saúde, hoje desenvolvida na rede, como propostas desencadeadoras da

Política Nacional de Humanização bastando, para tanto, que os sujeitos envolvidos nesse processo aceitem a possibilidade de se perceber em uma construção coletiva que se estabelece nas diferenças existentes em cada território e que viabilizam um “Sistema Único de Saúde para todo brasileiro e para qualquer um” (BRASIL, 2009b, p.36).

Nesse contexto, verificar se o acolhimento é uma realidade e de que modo ele tem sido desenvolvido, tentando identificar suas deficiências, como meio de propiciar a compreensão, reflexão e reconstrução da dinâmica de trabalho e, principalmente, descobrir a ocorrência de movimentos que colaborem para oferecer atenção com acessibilidade, qualidade e ambientes acolhedores que favoreçam a criação de “[...] espaços fomentadores de cidadania, respeito e dignidade dos usuários, trabalhadores e gestores” (FORTALEZA, 2005, p.5), representa a máxima desta pesquisa.

Desse modo, espera-se contribuir com o fortalecimento do processo de construção da Política de Humanização em Saúde, entendendo que, para tanto, faz-se necessário articular produção de conhecimento à prática realizada no cotidiano dos serviços de modo sistemático e permanente. Espera-se, portanto, contribuir através da propagação dessas informações, com o campo diário de produção de todos os sujeitos envolvidos na concretização do SUS que queremos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar a prática do acolhimento desenvolvida por profissionais da Estratégia de Saúde da Família em unidade da Atenção Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional V, município de Fortaleza-Ce.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Descrever a prática do acolhimento desenvolvida por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional V.
- 2) Identificar o conhecimento dos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família relacionado ao acolhimento.
- 3) Conhecer os contextos que contribuem ou dificultam para o desenvolvimento da prática do acolhimento, enquanto Política de Humanização da Atenção Básica em construção no município de Fortaleza.

3 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO

3.1 Enfoque político-histórico

Antes de iniciarmos uma discussão em torno da implementação da Política Nacional de Humanização em 2003, vale contextualizar, ainda que de maneira breve, os marcos na mudança de foco das políticas públicas de saúde e suas resultantes.

No século passado, o Brasil vivenciou um acelerado processo de industrialização, que gerou o crescimento, nos centros urbanos, de uma grande massa operária carente de serviços de saúde que configuraria, a partir da metade da década de 60, o modelo médico assistencial privatista (MENDES, 1999).

O modelo referido vigora por volta de duas décadas, quando a necessidade de construção de novos modos de produção de saúde, no Brasil, se estabelece como um consenso entre autoridades do setor e a sociedade em geral. A sensação de falência do modelo centrado na assistência individual e curativa demandava, assim, por novas políticas de saúde que reproduzissem o desejo ideológico de “um sistema de serviços de saúde com ênfase na equidade e na atenção integral, com reforço do nível básico de atenção e ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças e acidentes, bem como seus fatores de risco” (BUSS, 2002, p. 50).

Corroborando com este movimento, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, acontecida em Alma-Ata, em setembro de 1978, convocava todos os povos do mundo a responsabilizar-se urgentemente em promover e proteger a saúde, enfatizando-a, assim, como um direito humano fundamental e colocando-a como a mais importante meta social mundial, fazendo-se necessários, para tanto, esforços de todos os setores da sociedade.

A conferência também chama atenção para o abismo existente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, e ressalta a questão do desenvolvimento econômico global da comunidade, solicitando a cooperação de todos os países a agir com vontade política, a mobilizar e a utilizar racionalmente os recursos para que se possa atingir um nível aceitável de saúde para todos, até o ano 2000 (BRASIL, 1979, p. 12).

Neste intuito, a conferência apresentou o conceito de cuidado primário de saúde, entendendo-o como: primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde, permitindo a acessibilidade a serviços essenciais de saúde,

cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis a um custo que a comunidade e o país possam manter. Portanto, devendo estar o mais próximo possível das pessoas, que deverão ser mobilizadas para a participação no desenvolvimento do planejamento, organização e operação, em uma relação de autoconfiança, que resultará no fortalecimento dos vínculos e obtenção de um maior grau de responsabilidade por sua própria saúde (BRASIL, 1979, p.14).

A promoção da saúde passa, então, a ser uma “importante alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de problemas que afetam a saúde das populações humanas” (BUSS, 2002, p.51), sendo, assim, debatidas em diversas conferências, de onde foram formulados importantes documentos e marcos fundamentais de reorientação para a melhoria da qualidade de vida destas comunidades, dentre elas destaque: Carta de Ottawa (1986), Declaração de Sundsvall (1991), Declaração de Bogotá (1992) e Declaração de Adelaide (1998).

À época, num tímido movimento de articular regionalização, hierarquização e integração, o Brasil ensaia seus primeiros passos em direção à mudança do modelo assistencial privatista, iniciando-se em 1976, no Nordeste, a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária como, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), estendido a todo país em 1979 (ANDRADE, 2007, p. 32).

Finalmente, na década de 80, a partir dos anseios do importante movimento da reforma sanitária, que impulsionava a sociedade a mover-se em direção “à reconfiguração do padrão de intervenção estatal brasileiro na saúde e no campo dos direitos humanos” (NEVES; MASSARO, 2009, p. 504), acontecem sucessivos eventos que marcam o redirecionamento da política pública de saúde no país, dentre os quais, destacam-se: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve influência significativa na desconcentração das atividades do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para as Secretarias Estaduais de Saúde e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS-1987). Seguidamente, cria-se o Sistema Único de Saúde, incorporado a Constituição Federal em 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis nº8.080/90 e nº8.142/90, que dentre outras coisas, assegura que a saúde

é um direito fundamental do ser humano cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito através de políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de

promoção, proteção e recuperação da saúde e também o Controle Social (BRASIL, 2009e, p.10).

Inicia-se, a partir de então, uma nova perspectiva de desenvolver o processo de trabalho em saúde, pautado por condicionantes de ordem regulamentar, funcional e administrativa, inserido em contexto econômico e político, dentro de um espaço de tempo histórico, marcado pela unificação do sistema e descentralização da gestão.

O SUS, portanto, dentro deste aspecto, constitui um projeto único dos países em desenvolvimento e tem como fundamento os princípios de universalidade, integralidade e equidade [...] “e já ocupa de fato um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da retórica das intenções” (BRASIL, 2010, p. 8).

Ressalta-se, porém, que passados mais de duas décadas da sua criação, o SUS ainda enfrenta constantes desafios. Embora reconheçamos seus visíveis avanços, principalmente no que diz respeito a seus princípios organizativos e doutrinários, o Brasil adentra ao século XXI “com lacunas expressas nas iniquidades próprias do setor e de suas interfaces setoriais: educação, transporte, moradia, trabalho, renda, lazer e segurança pública, como um conceito ampliado de saúde” (SOUSA, 2007, p. 34). Tal constatação balança o alicerce da política, e evidencia que obstáculos de ordem prática e teórica precisam ser superados para que o SUS não caia em descrédito.

Neste sentido, Campos (2007, p. 303-305) refere-se a necessidade de [...] “se romper com a inércia da última década, fazer a reforma da reforma, com propostas que coloquem a [...] vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades [...]”. Desse modo o autor sugere que para avançar, “as forças interessadas precisam enfrentar obstáculos políticos, de gestão e de reorganização”, arranjos de complexas tarefas que perpassariam por planos macro político, macro sanitária e micro sanitária, que engendraria a necessidade de fomento com políticas sociais e mudanças nas formas de alocação de recursos do SUS.

Nesta condição, a PNH seria uma dessas forças vigentes que para Benevides e Passos (2005a, p. 562) retoma o que “está na base da reforma de saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS”.

A PNH, por sua vez, não surge repentinamente, para melhor situá-la e resgatando um pouco de sua história, a temática humanização vem se desenhando, ainda que de forma fragmentada, desde 1999, através de propostas que trazem explícita ou implicitamente a retórica da melhoria da qualidade de atenção ao usuário, como: o

Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento, Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, Carta ao Usuário, dentre outros (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p.390).

Foi, no entanto, em 2000, que o tema toma importante lugar na XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde e controle social”. Embora tenha sido uma conquista, é sabido que, a época, havia muitas críticas ligadas às práticas tidas como humanizadas, pois embora seu debate fosse se “montando em torno das condições precárias de trabalho, das dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS e no descuido e falta de compromisso com a assistência ao usuário dos serviços de saúde”(BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p.562), havia toda uma identificação com filantropismo, paternalismo e movimentos religiosos.

Apesar disto, o tema convoca todas as pessoas engajadas no SUS a manter vivo o desejo de consolidação do SUS como política de todos e, em 2003, a humanização da atenção se torna prioridade enquanto proposta de intervenção nos modos de produzir saúde. Assim, se firma como política e propõe alterar modelos de atenção e gestão de forma a garantir que o plano coletivo prevaleça na orientação das ações governamentais (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p.566).

Nessa perspectiva, busca de modo transversal, alcançar todas as propostas singulares que construam formas concretas de superação de problemas hoje existentes no SUS e em suas práticas. E nesta tarefa difícil, busca movimentos que primem, essencialmente, pela democratização das relações e pela corresponsabilidade na gestão e no cuidado em saúde.

Frisa-se, porém, que diante do exposto, fica claro que tal tema não pode ser tratado de maneira pontual. Dada a sua complexidade histórica e de múltiplos vetores, necessita, pois, de elementos conceituais resultante de políticas sociais e econômicas que se entrelaçam em teia de avanços e retrocessos, mas sempre no cerne da responsabilidade estatal.

Esta breve reflexão é um *parêntese* para demonstrar o processo em construção que se configura a política e que, constantemente, convoca toda a sociedade a não adormecer frente às dificuldades, pois muito ainda precisa ser feito para realmente se chegar à consolidação do sonhado SUS, fazendo-se necessário uma integração de todos os setores desta sociedade.

3.2 Produção da saúde: uma sinergia em rede

A Política de Saúde no Brasil estabelece que saúde é fruto de uma produção social. Isso implica dizer que ela resulta de uma complexa rede de produção, do lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, sua forma organizativa e cultural de vida, do seu acesso a bens e serviços e ao seu potencial para acessá-los, portanto diz respeito a “experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral” (BRASIL, 2009c, p.10).

Nesta direção, compreendemos a ampliação do conceito de saúde e os desafios concentrados em sua produção, pois, sua construção como política pública, “exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais e com as práticas concretas no cotidiano dos Serviços de Saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p.391), tornando-se, assim, tarefa singular no entendimento da assistência humanizada e integral.

Destaca-se, a propósito, que esta assistência perpassa por ações compartilhadas de cunho intersetorial, articuladas por um território pulsante e em contínuo movimento onde se entrelaçam diversos saberes e práticas. Para Fracolli e Bertolozzi (2001, p.4), outro ponto a ser destacado “é o fato de que a concepção de saúde-doença dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade”.

Portanto, cabe, aqui, evidenciar a mudança ocorrida sobre a percepção desse binômio (saúde-doença), que nos últimos decênios saiu do enfoque da doença a ser combatida e do doente a ser curado, para um sistema que põe a saúde como centro, apontando para uma mudança de mentalidade e de cultura. Cultura que, na perspectiva de Caprara, (2003, p. 924) é “[...] entendida como conjunto de ideias, conceitos, regras e comportamentos compartilhados em um determinado grupo cultural [...], levando-os a experienciar a doença de diferentes modos, pois [...] a cultura produz estruturas simbólicas, metáforas e outras figuras ligadas à doença”.

Nesta direção Campos (2003, p.39) aponta que “há, portanto, ligações entre Saúde e Cultura: a concepção do que é ou não saúde é um traço cultural, um pedaço de cultura” vivenciado por cada grupo em particular.

Ressalto, assim, nossa herança cultural ocidental na visão de Bresciani (2000, p. 441) que a considera individualista e utilitarista, alertando-nos o autor que será

necessário superar tais características para que possamos pensar em saúde como um bem pessoal e social que exige ética do indivíduo para com sua existência e à sociedade.

Pensando dentro desta abordagem, questiono: Que valores culturais nossos aparelhos sociais têm preservado e reproduzido? Que conceitos de saúde-doença nos provoca a intervir, agir e experienciar novas formas de produzir saúde sem nos deixar influenciar por grandes produtores e indutores de concepções contemporâneas de saúde?

Em detrimento das indagações, lembro-vos que algo em consenso é a dificuldade, desde os mais remotos tempos, de conceituar a saúde. Para Almeida Filho (2000, p. 6) o conceito de saúde constitui um ponto cego paradigmático da epidemiologia, demandado, epistemologicamente, por uma “[...] grande pressão social, política, institucional e ideológica [...]”. O autor em sua obra: O que é saúde? nos revela que o tema “diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos” (ALMEIDA FILHO, 2011 p.15).

Para muitos autores, a saúde é entendida como um estado dinâmico dependente de múltiplos fatores, como: econômico, político, histórico, cultural e biopsicossocial (CAPRARA, 2003; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003; ALMEIDA FILHO, 2000). Já, Gadamer (2009 p. 50), nos fala de saúde como um “[...] estado natural de equilíbrio[...]”, não podendo ser mensurada, indo para além do biológico, necessitando, pois, uma medicina humanista que possa “[...] captar o homem na totalidade de sua função vital”(GADAMER, 2009, p. 56).

Nota-se, porém, que a ideia de saúde reflete um aspecto de valor positivo, desejado e singularizado, mas que, de certo modo, relaciona-se estreitamente com o conceito de doença, pois esta sim é que chama atenção para si, pois no seu curso tira-nos da zona de conforto, causa-nos mal-estar, importuna e por contraste nos faz perceber o mistério da saúde e sua significação na vida de cada um, levando-nos essencialmente ao paradigma da clínica, que será um tanto quanto mais exitosa quando puder tornar-se dispensável e deixar o outro em liberdade e faz com que a prática médica saia do foco da saúde, bem como do aspecto preventivo e passe a ciência da doença, fazendo-nos perceber que a saúde não tem valor em si mesma, mas que, definitivamente, está contida no mundo das perturbações e ameaças (GADAMER, 2009; PORTOCARRERO, 2008; CAPRARA, 2003).

É neste cenário de ameaças que ressalto, pois, que a medicina moderna, em termos de tecnologias duras, logrou imensas e visíveis conquistas, sendo a maior parte delas ocorridas no século XX, mas que, também, mostrou uma supervalorização destas tecnologias, aliada a uma fragmentação do trabalho através da especialização, que em alguns casos, destituiu-se da história dos sujeitos concretos. Para Ayres (2011 p.167), fruto de um domínio instrumental da doença enquanto “produto particular de uma certa racionalidade prática (busca prática da saúde) que conferiu validade ética, moral e política a um certo *quê* fazer e como fazer que se fizeram preponderantes no Ocidente a partir de meados do segundo milênio da Era Cristã”.

Tal fato tem sido evidenciado por diversos autores que propõem uma reorientação desta clínica, onde a doença seria posta em *parênteses* “para permitir a reentrada em cena do paciente [...] voltar o olhar para doença do doente concreto” (CAMPOS, 2003, p.55). Tratando-se, portanto, “[...] não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/subjetividade” (AYRES, 2011, p. 167).

Partindo destas concepções, a Política Nacional de Humanização nasce das intervenções/ações/experiências que suscitaram “arranjos e dispositivos capazes de fomentar redes cooperativas que superem o caráter centralizado, fragmentado e verticalizado dos processos de gestão e atenção” (BRASIL, 2009c, p.18).

Esta ressalva aponta, então, para o arcabouço da política que se constrói a partir de um SUS que dá certo, sendo produto de “[...] acúmulos de experiências de uma grande quantidade de sujeitos coletivos espalhados por muitos lugares deste país, que atuam e produzem inovações em uma vasta gama de serviços” [...] (PASCHE, 2009, p. 704).

No entanto, dentro deste SUS que “dá certo”, existem inúmeras tensões políticas- administrativas que se mostram recorrentes e permanentes em sua execução, que paradoxalmente vai de encontro à proposta da PNH, pois, o mundo capitalista, globalizado, imediatista e tecnocrata exigem trocas mercantis e a valorização de tecnologias duras, sendo a saúde, apresentada à sociedade como produto de prateleira, em constante disputa por seguros privados, que fazem questão de veicular, através dos meios de comunicação, serem a solução para a crise da saúde (NEVES; MASSARO, 2009, p.505), ainda assim,

[...] o Humaniza SUS vem provando que, sim, é possível fazer política e gestão de maneira interativa, valendo-se de apoio institucional, da difusão e do debate de novos conceitos, da influência de experiências nascidas na base,

tudo ao contrário da tradição verticalista e autoritária da saúde pública (CAMPOS, 2009, p 12.).

Ainda tomando a fala de Campos “como diria o Luiz Odorico, a Humanização produz uma ‘tensão paradigmática’ entre a frieza da racionalidade economicista ou administrativa ou mesmo do pragmatismo político com a preocupação em organizar-se um mundo para a humanidade”. (ANDRADE, 2004 apud CAMPOS, 2005, p.400).

A construção do SUS é, portanto, uma confirmação da implantação de novas políticas e estratégias que se articulam mutuamente e permanentemente, estabelecendo contatos e contratos na perspectiva de produzir efetividade, eficiência e qualidade em função das necessidades de saúde da sociedade.

3.2.1 Mas o que compreendemos por humanização? Por que precisamos de uma política de instituição de uma atenção humanizada?

Falar de humanização no campo da saúde coletiva parece contraditório a natureza de sua ciência, que tem o homem e o ato social como centro de sua atenção, “utilizando-se de métodos de promoção e de prevenção para atingir seu objetivo de garantir saúde à coletividade” (CAMPOS, 2009, p. 21). O próprio vocábulo traz em seu desdobramento a noção de “sistemas de pensamento em que os interesses e valores humanos estão acima de quaisquer outros” (SACCONI, 1996, p.379).

No entanto, globalização, inovação, tecnologia de ponta e tantos outros vocábulos que hoje se incorporaram ao cotidiano do homem moderno, marcam um homem historicamente construído para a objetividade, o automatismo, o prático, rápido e descartável, bem como pelo trabalho burocratizado, de dominação e controle que aprisiona e, citando Campos (2009, p.12) tende “em coisificar as pessoas” trazendo à tona a questão de nossa essência humana.

O tema, portanto, passa de mera sinalização da condição “ser humano”, a uma convocação de recriação e reconstrução deste ser, onde os seus valores, desejos e interesses tomassem lugar especial, principalmente na concretude de seu trabalho². O trabalhador teria assim, a possibilidade, dentro do cotidiano, de realizar movimentos

² “Trabalho em seu sentido antropológico, como plasmação da natureza e como atividade criativa, trabalho capaz de realizar o ser humano e de construir sentidos cada vez mais integradores com a dinâmica da natureza e do universo” (Boff, 2008 p. 102).

que o levassem a buscar ações coletivas de mudanças de atitude para o enfrentamento de problemas, através do despertar de habilidades e autonomia que só podem ser percebidas quando retratadas a partir do enfoque local de trabalho. Tendo em vista que, “um dos componentes para a globalização desumanizada é o desrespeito ao trabalho e ao trabalhador” (CAMPOS, 2009, p.13).

Por isso, ao adentrar no mundo da Política Nacional de Humanização, não poderia omitir as questões oriundas da produção de trabalho e do trabalhador em saúde, pois este espaço é o *Ethos*³ do desenvolvimento de seus dispositivos e centra o seu reinventar em uma ótica de distintos fazeres, onde o homem passa então a sujeito concreto, aqui entendido não como o “homem-ideal”, mas dentro de “uma concepção de homem que se constitui no concreto das experiências, nas lutas cotidianas e em uma direção ético-política” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 605; BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Assume-se, portanto, neste estudo, uma perspectiva de humanização destituída de pieguice, paternalismo, assistencialismo e humanitarismo. Humanização normatizada a partir de uma política que busca conduzir a construção, desconstrução e reconstrução, constantes, de um serviço de saúde pautado na problematização partilhada, conduzidas por “humanos” mobilizados por movimentos de inclusão e que, necessariamente, inclui gestão, profissionais de saúde e usuários do SUS.

Interação esta, em que a riqueza da realidade social ultrapassa teorias, discursos e pensamentos, frutos da dinâmica individual e coletiva e seus significados (MINAYO, 2010, p.42), onde esta “significação e compreensão só existem no domínio das relações motivadas que constituem a vida humana” (BOSS, 1979, p.58).

Significando, então, que para operacionalização da PNH, essas relações devem seguir rumo a processos democráticos de direito, estabelecer protagonismo, corresponsabilidade pela produção de saúde e, ainda, propiciar vínculos, relações de respeito mútuo e que ponha de lado o egoísmo, o individualismo, a tirania, alienação, tutela ou não legitimação do outro, pois como escreveu Maturana,

relações de trabalho que não se baseiam na aceitação do outro como um legítimo [...] ou se baseiam na exigência de obediência, [...] fundadas na supervalorização e desvalorização que constituem o poder, não podem ser consideradas como sociais (MATURANA, 2005, p.69-70).

³ “*Ethos* em seu sentido originário grego significa a toca do animal ou casa humana, vale dizer, aquela porção de mundo que reservamos para organizar, cuidar e fazer o nosso habitat” (BOFF, 2008 p. 27).

Assim, é como seres essencialmente sociáveis que precisamos estabelecer parâmetros para uma nova implicação com este trabalho onde conceitos como equipe multiprofissional, interdisciplinaridade, coletivo e grupalidade nos aproxima do objeto em questão, o acolhimento e todas as implicações relacionadas ao seu desenvolvimento em que “ [...] o “que fazer” não pode suplantar o “como fazer” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 607).

O acolhimento torna-se, pois, o “abre-alias” para as prerrogativas da PNH e o ponto central deste estudo, que buscará sistematizar teoria e prática para desvelar a natureza do referido fenômeno de forma a tornar seus resultados relevantes, socialmente, para ampliar as possibilidades de concretização de sua aplicação na atenção básica. Pois, enquanto diretriz ética norteadora do funcionamento dos serviços de saúde, independente de sua lógica de organização, é ferramenta de melhoria da qualidade da atenção, “tornando-se inegociável e, por isto, uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado” (PASCHE, 2009, p. 705).

Entendo, pois, que o acolhimento se dá no encontro, na percepção ampliada, no aflorar dos sentidos, na perspectiva dialógica, no aceitar de subjetividades, no respeito a diversos saberes e, principalmente, no atendimento das necessidades demandadas. Por isso, configura-se:

Um trabalho vivo, em ato, em oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, [...] em outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, [...] aí o cotidiano do atender passa a ser visto como um campo singular da produção de saúde, e não como um campo particular de prestação de serviço (CECCIM; MERHY, 2009, p. 533).

Ainda, norteadada pelo pensamento dos referidos autores, essas mudanças das práticas de saúde vigentes necessitam voltar-se para potencialização desses encontros, “sob alteridades⁴ intercessoras [...] sob distintas possibilidades de subjetivação, que podem caminhar de um processo biopolítico para um processo de biopotência” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 535). Pois, neste campo intensamente marcado, desde sempre, pelas relações de poder, a micropolítica encontra liberdade. E, embora cercada de conservadorismo, determinação, agenciamentos intencionais e domínio capital,

⁴ Elucidando o conceito de alteridade no contexto apresentado, elejo, pois, o empréstimo que Sposati e Lobo (1992, p. 372) faz da psicologia, “ou da presença do *alter* – o outro”, sendo este um sujeito que não se assujeita, que não é apenas mais um, mas que se posiciona, age, toma decisões, sendo estas efetivadas em dinâmicas sociais, em encontros que constroem novos olhares, novas possibilidades de relacionamentos mais harmônicos.

poderá levar-nos a novos horizontes organizacionais que proporcionem práticas mais cuidadoras (CECILIO, 2009; CECCIM; MERHY, 2009).

3.2.2 Mas que significados assumem o cuidado na humanização? Como ele se dá nos modos de acolher? Que papel ele assume na produção da atenção?

Em seu livro *Saber Cuidar: Ética do humano-compaixão pela vida*, Leonardo Boff (2008, p. 34) apresenta o cuidado como um *a priori* ontológico da essência humana, que está na origem de nossa existência, essência esta que tem um sentido filosófico de onde brota permanentemente o ser. Citando Martin Heidegger diz que “cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico [...] um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana”.

Boff enfatiza ainda o encapsulamento do homem sobre si mesmo, a falta de toque, do tato e do contato e que “[...] cuidar é mais que um ato, é uma atitude”. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. [...] O cuidado somente surge quando a existência de alguém é importante para mim (BOFF 2008, p.33 e 91).

Também Cecilio (2009, p. 548) se utiliza de um conto sobre a morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói para explorar as múltiplas dimensões do cuidado. Nele, o autor nos convida a olhar as relações estabelecidas quando experimentamos o processo do adoecer e como o científico sai de cena para dar lugar a um novo cuidado, nascido “do gesto, da proximidade física, da escuta, da generosidade do “cuidador”. Daí, ele nos apresenta a possibilidade de três dimensões do cuidado em saúde: profissional, organizacional e sistêmica.

A primeira, pautada na singularidade da relação profissional-usuário, determinado por aspectos técnicos, éticos e criação de vínculos, onde a dimensão profissional acontece e se estabelece a liberdade de ação do trabalhador. A segunda é a organizacional, onde se estabelecem as questões de responsabilidade gerencial, como: “registro e uso de informação, à criação de espaços de conversa e troca, estabelecimento de fluxo de pacientes, à normalização de processos de trabalho e o compartilhamento de responsabilidades” (CECILIO, 2009, p.549). E por fim, a terceira, “dimensão sistêmica” operada por processos formais de organização de fluxos com vistas a garantir a

acessibilidade. Para além desta última o autor nos lembra das conexões humanas, nós das redes de cuidado, mas dotadas de grande potencial.

Cecilio (2009, p. 553) reflete, ainda, sobre o cuidado acontecido em seu conto, mesmo na contramão de forças de poder instituída a época, na simplicidade de poder estar atenta às reais necessidades do outro e no poder criativo que foge a lógica normalizadora, voltado para singularidade que emerge da tecnologia leve do cuidado.

Neste mesmo sentido, Ayres (2011, p.37) nos lembra de que “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele [...]”, ele nos convida a potencializar a ausculta e o diálogo para a criação de um encontro verdadeiramente cuidador, que amplia, flexibiliza e deve está “[..] aberto e sensível à interferência do não-técnico, a sabedoria prática [...]” (AYRES, 2011 p. 99).

Nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos [...]. Diversos solos enlaçam-se pelo desejo de instituir práticas cuidadoras, que se dão no [...] intercruzamento das necessidades biológicas e as de natureza existencial [...] agregando uma escuta sensível do outro e uma oferta de ambiência acolhedora e produtora da sensação de conforto, entre outras leituras/práticas necessárias da humanização (CECCIM; MERHY, 2009).

Portanto, o acolhimento se dá em um “não lugar”, em todos os encontros provocados pelo ser que tenciona cuidado, regado por um diálogo horizontal, que respeita e integra os sujeitos, “[...] que não é triagem, pois extrapola a classificação de riscos. [...] que não é uma sala de espera [...] onde o conhecimento é transmitido dos sabidos para os ignorantes. Não é pré- consulta” (CAVALCANTE FILHO *at al.*, 2009, p.326). Mas um momento significativo de dar ouvido ao outro, proporcionar confiança, estabelecer vínculo, ter atitude de reciprocidade e de respeito, criar uma ponte que possibilite idas e vindas interativas e cooperativas.

Do exposto, urge a necessidade de adentrar ao próximo tópico, pois o mesmo traz um pouco do contexto em que situa-se a dinâmica do serviço, hoje, ofertado como primeiro contato dos usuários e o serviço nacional de saúde e, também, um dos palcos principais de execução da PNH.

3.3 Estratégia saúde da família e humanização

A Estratégia Saúde da Família configura-se, hoje, como mecanismo de organização da Atenção Primária à Saúde, inclusive em Fortaleza, e “busca entender a família em seu espaço social, rico em interações e conflitos [...]” (ANDRADE *et al.*, 2006, p. 93).

Para tanto, se faz necessário, por parte dos profissionais, uma postura ética e compromissada com uma abordagem integral, organizada e participativa que promova reflexão sobre a realidade, capture novas práticas e saberes e os mantenham em constante processo de aprendizagem que propicie o “enfrentamento da realidade, transformando-a e transformando-se a si próprio” (SANTOS FILHO, 2009, p.81).

A descrição da PNH traz consigo a importância da valorizar estes sujeitos, focaliza o emaranhado de teias que estes constroem para buscar atingir objetivos comuns e ressalta a importância desta diversidade de saberes como lugar ideal para democratização, defesa e consolidação do bem-comum (BRASIL, 2009c).

“Assim a equipe de saúde da família deve intervir no território [...]” (CAMPOS, 2003, p. 27) para cumprir com seu papel organizador e mediador do fluxo de usuários, que transitam pelos diversos níveis de atenção à saúde.

Frisa-se, porém, que esta intervenção vem em sua maioria acompanhada de muitos desafios a serem enfrentados no cotidiano dos serviços, como por exemplo: “o acolhimento nem sempre adequado, a pouca valorização do trabalho em saúde, a não formação de vínculos entre usuários e profissionais e a fragmentação das ações no processo de atenção” (BRASIL, 2009d, p. 259). É, portanto,

neste campo de tensões [...] que se constrói a Política Nacional de Humanização [...] que reivindica, no seu fazer, o acionamento da nossa potência de normatividade, constituinte do vivo, em meio ao qual experimentamos, nos movimentos coletivos, a criação de nossa humanidade (NEVES; MASSARO, 2009, p. 512).

Diante de tais desafios e tensões, bem como da expectativa gerada em detrimento da implantação de equipes de saúde da família em determinado território, é que Campos (2003) nos fala da necessidade de qualificação destas equipes para que elas possam ampliar sua capacidade resolutiva que, em um “sistema hierarquizado, deveria resolver até oitenta por cento dos problemas de saúde [...], mas para isto teriam de desenvolver de maneira articulada, funções da saúde pública (promoção e prevenção), da clínica ampliada e uma política de acolhimento das demandas individuais e coletivas” (CAMPOS, 2003, p.118).

Esta é uma tarefa que remete essencialmente a três dimensões básicas do cuidado em saúde levantadas por Sampaio (2005, p. 9):

- A da competência técnica, envolvendo a formação profissional e a condição para o exercício do cuidado;
- A da competência narrativa, envolvendo a capacidade de observar e respeitar a subjetividade do outro;
- A da competência relacional, envolvendo o estabelecimento de um vínculo cidadão com qualidade e sensibilidade.

Essas três dimensões não são estanques no profissional e nas equipes, por sua complexidade demanda apoio institucional, apoio à cogestão e contribuição para efetivação do processo de trabalho em sua fundamentação, organização e materialização.

Para tanto, citando novamente Campos (2003, p. 121), “há que se reafirmar como estratégia fundamental um modelo de gestão que reconstrua o encantamento dos profissionais com o exercício da própria profissão, o que implica em educação continuada e valorização do fator humano em saúde”.

Concluo tais considerações referenciando Pasche (2007, p.313), pois este traz a tona questão fundamental para a valorização da capacidade de ação da atenção básica, quando propõe a ampliação da Estratégia Saúde da Família, com modificações no seu modelo de financiamento, sem que esta seja empobrecida pelos desenhos uniformizadores e normatizadores, mas potencializadas pelo Apoio Institucional.

Desse modo, parece-me prudente situar o aparato institucional relacionado à realidade vivenciada, hoje, no município de Fortaleza, para tanto, descrevo um pouco do arcabouço estrutural da política de Atenção Básica, local onde se situa a Estratégia Saúde da Família, os profissionais que nela atuam e palco do desenvolvimento da Política Nacional de Humanização.

3.3.1 Entendendo o lugar da estratégia saúde da família, hoje, no município de fortaleza e na sua rede de atenção a saúde:

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza integra, hoje, a rede regionalizada e hierarquizada do SUS. Estando sob responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde, é considerada referência macro e microrregional e em espaços interestaduais. Para isto, conta com serviço de atenção primária, secundária e terciária, e

tem seu modelo de gestão e atenção integral à saúde organizado através de cinco Redes de Assistência (RAs), sendo estas (FORTALEZA, 2007, p.46):

- Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família
- Rede Assistencial Ambulatorial Especializada
- Rede Assistencial da Urgência e Emergência
- Rede Assistencial Hospitalar
- Rede Assistencial da Saúde Mental

Para o município, o conceito rede é fundamental no sentido de fortalecer “arranjos organizacionais e sociais, que favorecem o desenvolvimento de processos emancipatórios, coletivos, solidários e compartilhados” (FORTALEZA, 2005, p. 35)

Organizado sobre a égide do cuidado integral, Fortaleza trabalha com políticas transversais, adotando um conjunto de estratégias estruturantes que propiciam organização do sistema como um todo, sendo estas:

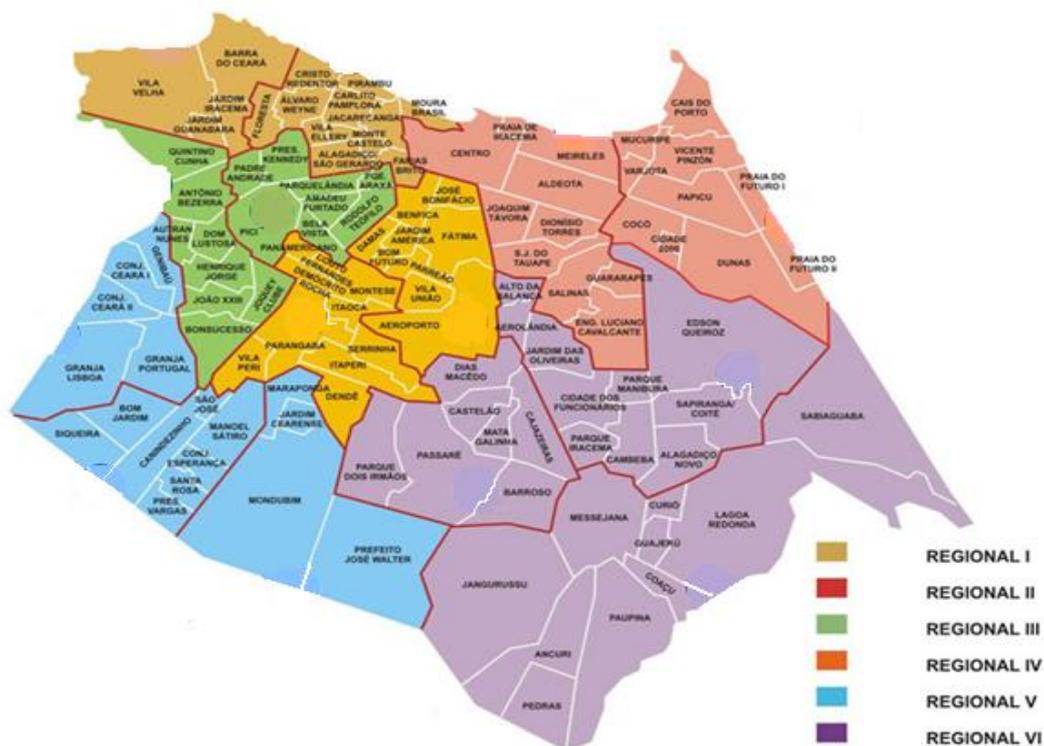
- Ética do cuidado e humanização;
- Participação social e gestão compartilhada;
- Estratégia saúde da família;
- Sistema municipal de saúde escola;
- Gestão do trabalho;

Conta ainda, com inteligência epidemiológica e inteligência de gestão para tomada de decisões. (FORTALEZA, 2007, p. 47).

Administrativamente, o município concentra, segundo dados do censo 2010, 2.252.185 habitantes, com uma densidade demográfica de 7.786,52, (IBGE, 2010) estando dividido em seis (06) Secretarias Executivas Regionais (SERs) “que funcionam como instâncias executivas das políticas públicas municipais. Para tanto, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e Infra Estrutura” (FORTALEZA, 2007, p. 40).

As Secretarias Executivas Regionais funcionam, portanto, como espaços descentralizados de administração, em áreas delimitadas de gerenciamento, devendo, pois, disponibilizar, dentro de suas competências, a integralidade e universalidade da assistência de sua população adscrita, conforme distribuição territorial abaixo:

Figura 1 – Mapa de Fortaleza e suas Secretarias Executivas Regionais



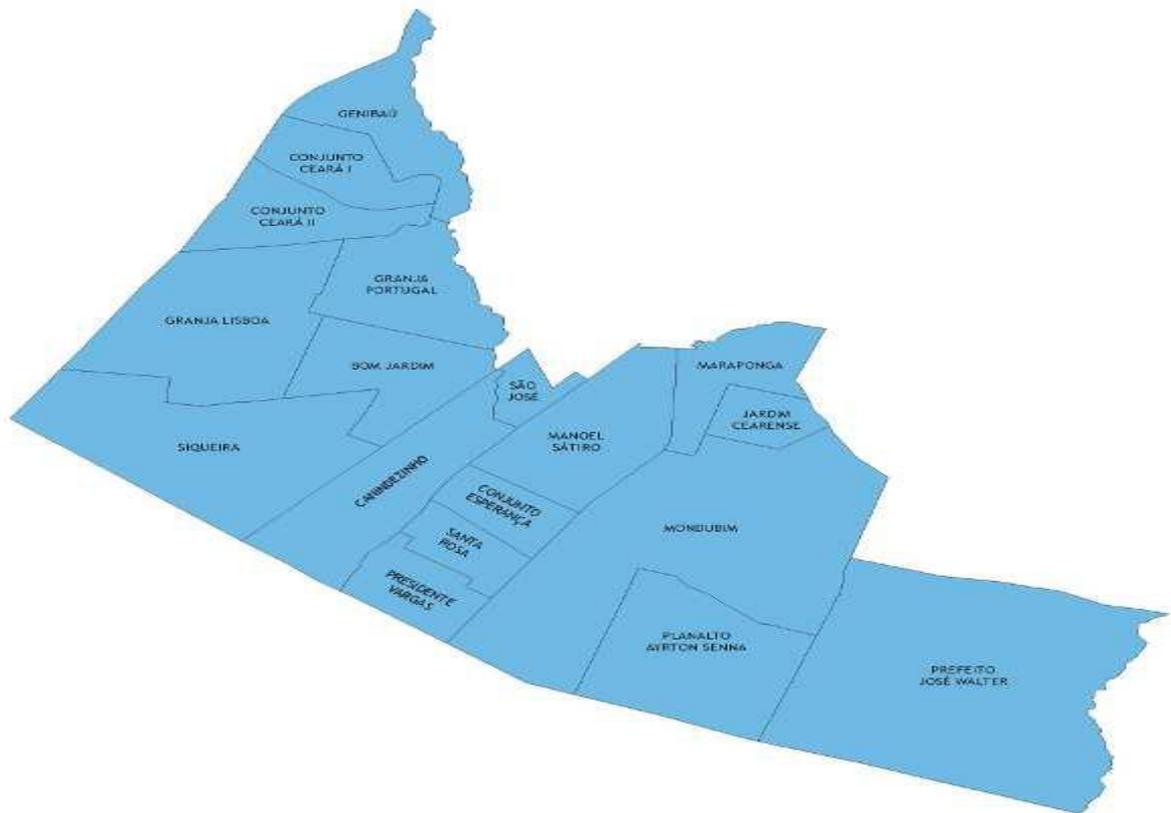
Fonte: PMF/SMS

Dentro deste cenário, gostaria de dar destaque e visibilidade à Secretaria Executiva Regional V, palco da presente pesquisa e que é, de acordo com o relatório de gestão de 2005 (Fortaleza, 2006 p.25), a segunda maior região de Fortaleza em extensão territorial (6.346,7 Área/ha⁵) e em número de domicílios (131.960). Fica atrás apenas da Regional VI, porém é a maior regional em população (477.160 hab.) com densidade demográfica de 75 habitantes por quilômetro quadrado.

Possui, hoje, 16 bairros oficiais: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança e Presidente Vargas, dentro dos quais estão distribuídas as dezoito (18) Unidades de Atenção Básica, sendo o modelo de atenção vigente o da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dispondo, ainda, de 02 Hospitais secundários e 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).

Figura 2 - Mapa da Secretaria Executiva Regional V e seus bairros

⁵ Um hectare, representado pelo símbolo **ha**, é uma unidade de medida de área equivalente a 100 (cem) ares ou a 10.000 (dez mil) metros quadrados (INMETRO, 2013).



Fonte: PMF/SMS

Algumas destas unidades da SER V funcionam em um chamado terceiro turno, atendimento que vai das 17:00h às 21:00h e, também, aos sábados e domingos das 7:00h às 19:00h, e tem como objetivo realizar pronto atendimento aos casos classificados como de urgência/emergência ou risco/vulnerabilidade. Ao todo, são três (3) unidades distribuídas, estrategicamente por todo o território da referida regional, que realizam este serviço e contam com profissionais contratados em regime de plantão.

Portanto, existem unidades na SER V que trabalham com a ESF, com suas equipes definidas e inseridas em território delimitado sobre a égide da proposta do serviço integral e contínuo, mas também com equipes de pronto atendimento que darão cabo da demanda espontânea, quer seja ela do território ou não.

Desse modo, a ESF entra como modelo ordenador e porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde de Fortaleza, buscando garantir os princípios de tal política e aperfeiçoar a qualidade da atenção ofertada a cada morador da cidade de forma acessível e integral.

Sigo, portanto, após esta breve descrição, apresentando o percurso metodológico que orientou a pesquisa, no capítulo a seguir.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo foi orientado pelo paradigma qualitativo, dado à natureza do problema, que envolveu vínculos, relações interpessoais e significados simbólicos, objetos de natureza subjetiva, resultante de relações sociais e singularidades que não podem ser quantificadas (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2007).

Usando a metodologia como ponto norteador da prática científica, como “[...] caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade”,

[...](DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2010, p.14) buscou-se caracterizar a prática do acolhimento desenvolvida pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atuam no Centro de Saúde da Família (CSF) Graciliano Muniz, Unidade de Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional V, no município de Fortaleza, Ce.

Para tanto, o estudo pretende descrever como acontece tal prática e, ainda, identificar o conhecimento dos profissionais acerca do acolhimento, bem como conhecer as dificuldades e facilidades sentidas por estes trabalhadores em realizar a referida diretriz da Política Nacional de Humanização e, considerando sua proposta de transversalidade, levou em conta todos os aspectos das dinâmicas estabelecidas no interior deste universo social.

Tendo como referencial teórico a Política Nacional de Humanização, da Estratégia Saúde da família e o serviço desenvolvido na Atenção Primária de Saúde, a pesquisa centrou “no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 48).

Assume-se, portanto, a perspectiva de “múltiplas realidades, produtos da forma como os indivíduos, grupo ou coletividades percebem, interpretam e atuam no mundo” (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2007 p. 38), uma vez que, estabelece conexões entre o campo do serviço, da atuação profissional e da política de humanização do SUS.

Ressalta-se, ainda, que no âmbito do humano, tema central da pesquisa, “[...] alcança-se a maior objetividade incorporando os fatores subjetivos, quer dizer, tomando as coisas tal como acontecem, para entendê-las e poder fazer com que aconteçam da melhor maneira. Sendo essa uma forma de evitar a atividade desumanizada e desumanizante” (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 22). Mas, salienta-se, também que

o reconhecimento do plano dialógico como espaço de humanização das práticas não se refere apenas ao resgate das demandas subjetivas, afetivas, no plano das singularidades. Refere-se ainda, à construção de novos horizontes para as práticas avaliativas em saúde a partir do reconhecimento das demandas subjetivas adormecidas pela distância e alienação (BOSI; UCHIMURA, 2007, p. 152).

Por fim, dado ao aspecto qualitativo da pesquisa, reitera-se sua característica de construção marcada por uma consciência histórica, por traços sociais locais e globais em constante transformação, que tomam forma na organização social e no desenvolvimento de suas forças produtivas vigentes, criando, assim, diferentes visões de

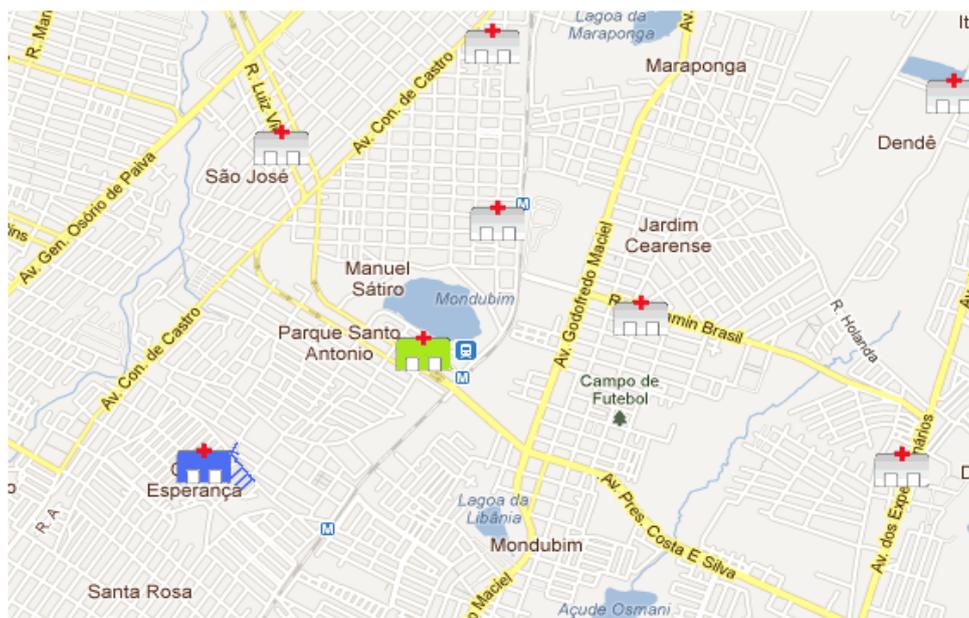
mundo a partir das condições de vida e herança cultural do grupo social em questão (MINAYO, 2010, p. 40).

Portanto, a pesquisa se voltou para as especificidades vivenciadas no grupo de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do C. S .F Graciliano Muniz, na tentativa de apreender o processo em seu contexto natural e unir a empiria e a teoria favorecendo, assim, a compreensão da relação sujeito/objeto.

4.2 O local da investigação

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz, no bairro Conjunto Esperança. Para compreendermos melhor sua ligação com a unidade José Paracampos, local em que atuo como enfermeira da ESF, apresento-lhes, em mapa abaixo, sua ligação fronteiriça, lembrando que, no referido mapa, o Paracampos aparece localizado ao lado do bairro não oficial, Parque Santo Antônio, e que ambos, compõem o conjunto das 18 unidades que respondem pela Atenção Primária da Secretaria Executiva Regional V.

Figura 3 – Localização do C.S.F José Paracampos



Unidades Básicas de Saúde da Família



Centro de Saúde da Família José Paracampos



Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz

Fonte: Google maps (<http://maps.google.com.br>)

Essa proximidade promoveu a escolha da unidade, que foi intencional, pois foi a partir da percepção empírica de que o CSF José Paracampos, enquanto unidade inclusa no grupo de unidades que contam com plantões noturnos e de finais de semana para atendimentos de urgência/emergência, em caráter de pronto atendimento, vinha apresentando um fluxo significativo de usuários dos bairros: Conjunto Esperança, Vila Manoel Sátiro e Parque São José, que se lançou, sobre a clientela destes bairros, um olhar mais atento para as suas necessidades.

A partir de então, o fato que realmente chamou a atenção foi a procura nem sempre associada a atendimento de urgência/emergência, demandando, por vezes, problemas de instância da atenção básica.

Cabe, aqui, salientar que todos esses bairros dispõem de Centros de Saúde dotados da ESF, o que nos leva a crer que sua população deveria estar vinculada e sob a

responsabilidade sanitária de suas respectivas unidades de saúde, sendo elas: Graciliano Muniz, Viviane Benevides e Parque São José.

Desse modo, em tese, estas unidades deveriam estar aptas a promover o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e, ainda, a responsabilizar-se por ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, tendo o vínculo, a estimulação à participação e o controle social como prerrogativas para um atendimento de qualidade, para a integralidade e a equidade.

Levando-nos, portanto, a indagar como estavam sendo desenvolvidas as práticas de acolhimento das referidas unidades?

Destaco, ainda, que considerando, pois, a heterogeneidade presente no conjunto das unidades descritas, algumas considerações nos levaram a escolha do CSF Graciliano Muniz como local de estudo, dentre as quais destacamos: a semelhança estrutural, o mesmo número de equipes da ESF (cinco), o número similar de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o mesmo tempo de atuação no território se comparado ao CSF José Paracampos. Dinâmica que, por conhecê-la, enquanto integrante de uma das equipes da ESF do posto mencionado, favorece a compreensão das práticas de atenção efetivadas na unidade em questão.

Descrevendo mais especificamente sua localização e características, o Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz fica situado à Rua: 106, Nº 345, Conjunto Esperança. Situa-se ao Norte com o bairro Manoel Sátiro, ao Sul com o Parque Santa Rosa, ao Leste com o Mondubim e a Oeste com o bairro Canindezinho.

Figura 4 – Localização do C.S.F Graciliano Muniz



Fonte: Google maps (<http://maps.google.com.br>)

A unidade possui cinco (05) equipes da Estratégia Saúde da Família. Porém, destas cinco equipes, apenas duas (02) são consideradas completas, ou seja, contam com a equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem auxiliar e/ou técnico de consultório dentário e agente comunitário de saúde). Em duas delas, falta médico, e em outra, falta o profissional dentista. Todas dispõem de auxiliares de enfermagem, e como são apenas quatro cirurgiões dentistas, possuem quatro auxiliares de consultório dentário e ACS, sendo estes últimos em um total de quarenta e quatro (44) distribuídos da seguinte forma:

- Equipe 1 – 08 ACS
- Equipe 2 – 10 ACS
- Equipe 3 – 10 ACS
- Equipe 4 – 10 ACS
- Equipe 5 – 06 ACS

Conta-se, ainda, nesta unidade, com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), cuja classificação se dá por numeração, NASF-53. O mesmo dispõe dos seguintes profissionais: psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo.

Ela também recebe alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), provenientes da Universidade Federal do Ceará e alunos da residência do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Fortaleza.

4.3 Os colaboradores do estudo

O grupo de pessoas selecionadas para participar do estudo também se fez de modo intencional, pois se levou em conta, de acordo com os critérios apresentados por Minayo (2010, p. 197) para definição da amostragem em pesquisa qualitativa, aspectos como relevância dos sujeitos para a compreensão da pergunta central, no caso a prática do acolhimento, número suficiente de interlocutores para a reincidência das informações, entendo que “a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões, [...] e o conjunto de experiências e expressões que pretende-se objetivar na pesquisa” (MINAYO, 2010, p. 198).

Assim, o estudo foi constituído por um profissional de cada categoria que compõe cada equipe da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz, da SER V (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dentário e agente comunitário de saúde). Esta opção se deve ao fato de todos os profissionais estarem, em algum momento de sua atuação profissional, em contato direto com as famílias que compõem sua área de responsabilidade, acolhendo-os em suas demandas.

Como o ACS foi o único profissional que se apresentou em maior número por equipe, sua escolha foi realizada em detrimento do maior tempo de atuação no Centro de Saúde, fato que considero ter enriquecido o debate, tendo em vista que estes têm uma visão prévia à implementação da ESF e o exercício atual enquanto proposta estruturante da reorganização da Atenção Primária.

A preferência se deu porque, dentro das equipes hoje existentes, existem agentes que já trabalhavam na referida unidade mesmo antes da efetivação dos profissionais pós-concurso público de 2006, quando, então, se consolidou o Saúde da Família como modelo de atenção para o município de Fortaleza, quer sejam eles pertencentes ao Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS ou mesmo por equipes do Programa de Saúde da Família, em gestão anterior.

Friso que a escolha do ACS considerou o tempo de serviço, mas foi, também, consensual, entre os participantes da reunião que apresentaram interesse em contribuir com a pesquisa, pois houve equipes em que dois ou mais agentes possuíam o mesmo tempo de serviço.

O tamanho do *corpus*⁶ mostrou-se suficiente, uma vez que, citando Bauer e Gaskell (2008, p. 70-71) [...] “mais entrevistas não melhoram necessariamente a qualidade, ou levam a uma compreensão mais detalhada”.

Ressalto, ainda, que em se tratando de uma abordagem qualitativa, buscou-se apreender e entender o caso selecionado sem, contudo, generalizar seus resultados para todos os casos possíveis (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 49). No entanto, não abri mão do rigor, da disciplina, do compromisso e do esforço para sistematizar e se construir um trabalho gerador de cientificidade e fundamentado teórico e metodologicamente.

4.4 A construção do percurso

Para adentrar ao campo da pesquisa e, cumprindo exigências do Comitê de Ética em Pesquisa, fizeram-se necessários alguns movimentos, pré-estabelecidos, junto às instituições abaixo referidas, no sentido de viabilizar um contato profissional que proporcionasse conforto aos colaboradores, a instituição e ao pesquisador, deste modo destaco-os:

- 1) Entrega do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará para apreciação e parecer (Apêndice E), sendo este aprovado em 30/11/12, sob o protocolo 08399112.4.0000.5054;
- 2) Solicitação à Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola e a Secretaria Executiva Regional V permissão devida para a elaboração da pesquisa, fornecendo a mesma a proposta da pesquisa e disponibilizando-me para devidos esclarecimentos, caso necessário (Apêndice F e G).
- 3) Solicitação à Secretaria Executiva Regional V de autorização formal para adentrar ao campo da pesquisa, permitindo-me livre acesso as dependências da Unidade de Saúde e seus profissionais (Apêndice H).
- 4) Contactado coordenador do Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz para apresentação da proposta de estudo e da liberação da SER V,

⁶ Corpus entendido como uma seleção de textos ou material com função simbólica, inevitavelmente arbitrária, com o qual se fará exame minucioso (BAUER; GASKELL, 2008, p. 45).

solicitando sua colaboração no sentido de viabilizar o acesso aos profissionais e as suas dependências bem como produção de agenda e cronograma das atividades posteriores, sendo este realizado, de forma satisfatória, ficando a agenda por minha conta.

Em anexo cópias dos documentos com pareceres favoráveis.

4.5 As técnicas escolhidas:

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se duas diferentes técnicas de coleta de dados: a observação sistemática, com vistas a apreender a dinâmica do serviço em seu “*locus*”, enquanto ações observáveis, materializadas em processos de trabalho, já que ela tem como objetivo “gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-a-dia” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 52) e, também, a entrevista semiestruturada (Apêndice - A) que partiu “de certos questionamentos básicos [...] mas que, em seguida, ofereceu amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos entrevistados” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 50).

A opção pelos dois métodos deveu-se ao fato de que o “confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante da investigação qualitativa” [...], que quando completa “interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 246).

A entrevista, enquanto técnica bastante usual no trabalho de campo, buscou captar informações de natureza individual, focalizada e voltada para propósitos bem definidos, vivências de cada ator envolvido na realidade objetivada (CRUZ NETO, 2010, p. 57).

Já a observação, utilizou de um roteiro pré-estabelecido (Apêndice - B) com campos para notas reflexivas que permitiram registrar, a cada observação, mudanças nas ideias, sentimentos, dilemas éticos e conflitos surgidos no campo e que “auxiliarão no processo de pesquisa e na análise [...], pois, a melhor maneira de saber se o material capturou a essência do tema estudado foi estar aberto para possibilidades não

imaginadas e estar se auto observando tão intensamente quanto observa o ambiente” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 54) .

Os dois métodos, portanto, se complementaram e proporcionaram uma maior complexidade ao mundo da fala e da prática em um mesmo espaço de tempo. A técnica, ainda, facilitou a participação dos colaboradores, pois permitiu negociar local, horário e tempo disponível de cada um, e proporcionou capturar, como refere Pessoa (2008 p. 57), “toda a riqueza expressa na fala, bem como facilitar a interação pesquisadora-profissional, dando a oportunidade para a observação detalhada das expressões e subjetividades não captadas através da linguagem verbal”.

Isto não significa que este foi o melhor caminho, ou que isoladamente não alcançamos o objetivo, mas apenas um caminho metodológico na busca de uma trajetória de confiabilidade em detrimento do tema escolhido, o acolhimento, e sua apreensão em totalidade.

4.6 Trilhando o caminho: o trabalho de campo

A ansiedade foi a primeira companheira ao adentrar o território da investigação, pois apesar de conhecer a unidade em outros tempos, bem como alguns dos colegas que ali fazem sua inserção no campo do trabalho, o olhar agora era outro, fazia-me lembrar o tempo todo que continha um devir acadêmico e científico e exigia um distanciamento das atividades, para mim tão rotineiras, para que eu pudesse enxergar com o olhar do outro e por em cena a ética e o senso crítico enquanto pesquisador.

As portas do campo estavam abertas. Com significativa liberdade, tive acesso às dependências e aos profissionais de saúde aos quais me propunha aproximar. O desenrolar das atividades aconteceram entre os meses de Novembro e Fevereiro de 2013, durando aproximadamente dois meses e meio, tempo no qual a unidade foi visitada em todos os seus horários de atendimento, bem como realizado visita a um dos atendimentos externos a Unidade de Saúde, atendimento esse realizado por uma das equipes em um equipamento social da comunidade, que era cedido para o atendimento médico e de enfermagem com auxílio organizacional dos seus ACS. Essa visita foi necessária tendo em vista que esta equipe passava mais tempo neste atendimento, descentralizado, do que no posto de saúde.

A fim de interagir melhor com os sujeitos da pesquisa, respeitando-os e

considerando-os atores críticos do processo, a pesquisa teve seu início por reuniões segmentadas a partir das equipes da Estratégia Saúde da Família existentes na unidade de saúde.

Foram realizadas cinco reuniões, convocadas a partir das enfermeiras de cada equipe, com participação predominante dos Agentes Comunitários de Saúde e da Enfermeira, diferindo, em uma delas a participação do médico da equipe.

Frisa-se aqui que, já durante esta atividade, o universo a ser desvelado começa a se desenhar. Deixando-me, dessa forma, com inquietações que, ao longo do caminho foram substituídas por falas repletas de significados, pois, os sujeitos eram solicitados a participar de uma reunião com uma enfermeira que fazia uma pesquisa e gostaria de apresentar os seus objetivos, sem que estes soubessem, ainda, do conteúdo específico da pesquisa. As reuniões eram previamente planejadas: local, horário mais adequado a todos os profissionais da equipe, lanche e uma pequena apresentação em “*PowerPoint*” que durava aproximadamente 10 minutos, ficando o restante do tempo planejado (30 minutos) destinado a perguntas, dúvidas e respostas.

Em um desses encontros planejados junto à enfermeira da equipe, não compareceu se quer um participante, deixando-a bastante decepcionada. E, diante do fato, a mesma já foi desabafando suas percepções e dificuldades para o desenvolvimento das ações preconizadas para ESF e os entraves encontrados em sua Unidade de Saúde. Necessitando, pois, que esta reunião fosse reagendada e acontecida, a contento, posteriormente.

O que coloco como “a contento” refere-se ao alcance do objetivo da reunião; apresentar o conteúdo, metodologia, aspectos éticos e finalidade da pesquisa. É importante destacar, que quando a reunião acontecia, às pessoas participavam ativamente da discussão, mostravam-se sedentos de verbalização e expressavam pactuar da ideia de relevância do tema para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família.

Desse modo, também, foi percebido uma demonstração clara do interesse e disponibilidade em participar do processo de pesquisa, por vezes, tendo a reunião se estendido bem mais do que o tempo estabelecido, demandado pelo próprio debate e pela necessidade de escuta de todas as falas que surgiram durante esse processo.

Paralelo ao processo de reuniões iniciavam-se as entrevistas com os profissionais que já haviam participado do encontro. Ao todo, em número de 24 (vinte e quatro), ficando distribuídas, de acordo com a categoria profissional, da seguinte forma: 05 Enfermeiras; 05 Agentes Comunitários de Saúde; 05 Auxiliares e/ou Técnicos de

Enfermagem; 04 Cirurgiões Dentistas; 03 Auxiliares de Saúde Bucal e 02 Médicos.

Da proposta inicial de entrevistar vinte e seis (26) profissionais, um (01) profissional da categoria Auxiliar de Saúde Bucal, encontrava-se de licença gestante e dos três médicos existentes, quando da primeira visita, um (01) não estava mais trabalhando na Unidade de Saúde.

De modo estruturado e planejado (data, horário e local) e tomando como prioridade as entrevistas, que ficavam agendadas com cada profissional, também foram acontecendo às observações programadas. Durante o desenvolvimento desta atividade, em particular, buscou-se observar o local em diferentes dias da semana e em seus vários horários e diferentes dinâmicas.

Não posso deixar de, desde já, fazer uma pequena reflexão crítica sobre o pesquisador, pois apesar de todo empenho e grande esforço para atribuir método, intuição e cientificidade a pesquisa, não me isento de pequenas dificuldades ao me deparar com o processo de análise, posto que, o material verbal produzido pelas entrevistas, me trouxe aparente desordem de um discurso espontâneo, que teve idas e vindas ao ordenamento lógico do pensamento o que deixa-nos, aos principiantes da metodologia qualitativa, certa sensação de lacunas de perguntas não realizadas no momento apropriado.

Porém, embora convicta de tais dificuldades, tranquilizei-me ao perceber e me certificar da riqueza que as falas propiciaram aos objetivos estabelecidos, fornecendo-me um vasto e denso material de trabalho. Desse modo passo ao processo de análise.

4.7 Desvelando as ideias: o processo de análise

Para interpretação dos significados obtidos foi utilizado a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977, p.14; 2011, p. 20).

O recorte escolhido, dentre as várias opções sugeridas por Bardin, foi o tema. Para o autor “fazer análise temática, consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105; BARDIN, 2011, p. 135, grifo do autor).

Portanto, as falas foram gravadas e integralmente transcritas, de modo a respeitar as emoções, singularidades e particularidades de cada sujeito. Após transcrição

das entrevistas que, a meu ver, já me colocaram em profundo contato e me proporcionaram a primeira exploração do material, foi realizada leitura exaustiva deste, buscando, como refere Minayo (2010, p.315), o feixe de relações “representadas graficamente por uma palavra, uma frase [...] um resumo” que permitissem o recorte destes núcleos em caixas temáticas de valor significativo ao propósito da pesquisa.

Buscou-se, portanto, “compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem [...] estabelecendo categorias para sua interpretação” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 683-684).

A título de informação, cito Rodrigues e Leopardi (1999, p. 37) que nos dão o lembrete de que para “análises qualitativas não precisamos compor hipóteses e as variáveis não recebem tratamento estatístico [...]”.

Assim, os dados obtidos foram tratados manualmente tomando como princípio, tanto a regularidade como a raridade, já que Bardin (2011, p 146) nos orienta que “o acontecimento, o acidente e a raridade possuem, por vezes, um sentido muito forte que não deve ser abafado”.

A fim de se preservar o sigilo, a identificação das transcrições foi dada pela categoria profissional seguido de um número ordenador (ACS-1, ACS-2... Médico-1, Médico-2, etc).

Houve, depois disto, uma impregnação de três grandes e centrais categorias temáticas, cujas frequências tornaram-se bastante significativas à luz das indagações iniciais.

Ressalto, que agregado a essa primeira divisão, e devido à multidimensionalidade das falas, uma destas temáticas culminou, ainda, com subtemas essenciais a organização dos discursos, pois trouxe em seu desenrolar um conjunto de intersecções recorrentes e que se mostraram essencialmente importantes para explicar o eixo temático maior, bem como para contemplar o todo do pensamento dos integrantes da pesquisa.

Saliento que, embora o objetivo geral desse trabalho tenha sido a caracterização da prática do acolhimento, o trabalho tomou relevância em dois dos objetivos específicos, uma vez que, foi quase consensual pelos sujeitos da pesquisa, a não identificação da prática do acolhimento na unidade em questão, fazendo-me buscá-la em sutis observações, em detalhes de algumas falas e nas deixas de alguns entrevistados.

Deste modo, o resultado deste minucioso trabalho ficou assim representado:

Quadro 1 – Temas decorridos do processo de análise

TEMA 1 - Conhecimento e significação de acolhimento para profissionais da Estratégia Saúde da família:	
TEMA2 - Fatores dificultadores para o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família:	SUBTEMAS
	Ambiência;
	Ingerência;
	Falha de comunicação e desinformação;
	Carência de programa/incentivo à capacitação e qualificação;
	Precarização do trabalho;
	Fragmentação do trabalho em equipe;
Demanda excessiva;	
TEMA 3 - Fatores positivos em relação ao processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde	

Ainda relacionado ao segundo tema, realço que ao final de sua análise, elaboro um pequeno fechamento, que intitulei “Do fragmento ao todo: o entrelaçar de fios condutores ao acolhimento”, para expor, minha visão de interligação dos subtemas mencionados, seu caráter de continuidade e sua influencia no desenvolvimento das ações de acolhimento. E, em caráter de complementaridade, apresento um apanhado geral sobre a observação sistemática ocorrida durante a pesquisa.

4.8 Aspectos éticos

Em respeito aos indivíduos e instituições envolvidas na pesquisa e, considerando a resolução 196/96 que tem como referenciais teóricos: bioética, não maleficência, autonomia, beneficência e justiça, também foram solicitados os consentimentos livres e esclarecidos autorizando suas participações voluntárias na pesquisa (BRASIL, 1996).

O termo de consentimento (Apêndice C) discorre sobre a livre adesão à pesquisa, a possibilidade de se retirar da mesma a qualquer momento e o resguardar do sigilo e anonimato do participante. O mesmo foi emitido em duas vias, devidamente lido e assinado, permanecendo uma via com o participante e uma com o pesquisador, compondo a documentação do referido trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Tema 1 - Conhecimento e significação de acolhimento para profissionais da Estratégia Saúde da Família:

O entendimento de acolhimento pelo profissional da ESF consolidou-se como um aspecto da dimensão subjetiva, como um espaço de encontro e como processo dinâmico que seria responsabilidade de todos, mas que, também, tem sua marca centrada na capacidade individual de cada um em responder a necessidade dos usuários.

É... no Posto de Saúde, eu considero acolhimento não só o setor que atende as pessoas e sim como um todo [...] ele vem no geral, com respeito ao atendimento, com o agente comunitário de saúde, com o técnico de enfermagem, o próprio enfermeiro e os médicos fazendo um bom atendimento [...] (ACS – 1)

Pra mim, é atender bem, ouvir e, acima de tudo não só olhar o paciente, usuário, pela doença que está sendo apresentada, mas como um ser humano. E eu te acrescento ainda que deveria ser é... incentivado a prática da humanização. (Auxiliar de enfermagem – 5)

Pra mim, acolhimento é... é assim, você procura acolher de uma...de uma forma humana e melhor possível, aquele usuário cidadão que chega a unidade de saúde a procura de algum atendimento [...] (Enfermeira – 4)

Desse modo, o acolhimento foi evidenciado como uma relação recíproca, o primeiro contato, a receptividade, sendo esta pautada na escuta, no diálogo, na compreensão e no atendimento às necessidades de trabalhadores e usuários e que, para os respondentes, deve ter como princípio a organização do serviço para que ele seja

resolutivo;

[...] acolhimento tem que começar desde a recepção “né” [...]. Na verdade não é só o usuário que tem que ser acolhido não, o funcionário também tem que ser acolhido, “né”. Então começa desde a entrada. De como ele é, é recepcionado, como é o tipo de atenção que é oferecido a ele, o serviço que realmente é ofertado [...] (Médico – 2)

Pra mim é o princípio de tudo, de todo o atendimento, “né”. É... é a primeira abordagem ao paciente. Daí que você vai saber... o que ele veio procurar “né”, qual é a necessidade dele. Acho que é isso! É receber “né”, acolher, já tá dizendo “né”, o nome, acolhimento [...] (Auxiliar de saúde bucal – 3)

Acolhimento pra mim é saber acolher uma pessoa bem, “né”. Saber conversar com ela, compreender ela, tentar escutar primeiramente [...]. (Auxiliar de saúde bucal – 1)

[...] Acolhimento eu acho que é você dá atenção a alguém, fazer com que a pessoa se sinta recebida, se sinta atendida nas suas necessidades, “né”. Mas principalmente dá atenção, eu acho que é isso. (Cirurgião Dentista – 1)

Então, acolhimento eu acho que é você, é... procurar ouvir e atender as necessidades do cidadão quando vem a unidade de saúde. (Enfermeira – 4)

Pronto! Acolhimento é o seguinte, é... precisa alguém escutar o..., as pessoas que procuram o posto e de acordo com isso determinar um dia, um horário, uma data ou se precisa de atendimento [...]pra que o trabalho seja bem [...] organizado [...]. (Médico – 1)

Eu acho que acolhimento começa pela organização, a partir daí você já começa... por que você é bem tratada, então, como você é bem tratada já começa a tratar bem o paciente também, eu acho que é por aí. (Enfermeira – 2)

A significação de acolhimento, portanto, assumiu duas das três dimensões analisadas por Oliveira, Tunin e Silva (2008, p.364), em trabalho sobre as concepções de acolhimento, também realizado em Unidade Básica de Saúde da Família, sendo estas:

- Acolhimento como postura: pautado na atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas;
- Acolhimento como reformulador do processo de trabalho: pautado na identificação das demandas e na rearticulação do serviço.

Tais dimensões pactuam com a ideia inicial deste trabalho, em que o acolhimento situa-se no âmbito do encontro respeitoso, que proporciona confiança,

dialoga, é sensível, criativo, extrapola a técnica e mobiliza o afetivo, proporcionando vínculo.

Nesse reconhecimento, posto pelos entrevistados, é possível verificar que nos dirigimos, ainda que lentamente, em direção à desafiadora proposta do Humaniza SUS, enquanto política que se faz no processo de trabalho, por meio de princípios e diretrizes, atualizadas por dispositivos, dentre eles o acolhimento, que se efetiva de modo singular, de acordo com as características de cada serviço, mas que, essencialmente, precisa disparar outras possibilidades de se construir saúde, rompendo com arranjos instituídos e produzindo novas composições de ser e trabalhar no campo da saúde (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A terceira dimensão instituída pelas autoras foi a da técnica, não surgida nos depoimentos em seu caráter construtivo. Mas, a título de informação, surge, nessa perspectiva quando o acolhimento possibilita e instrumentaliza o desenvolvimento de ações e procedimentos técnicos, organizadamente.

Em direção contrária, nas falas peculiares ao serviço desta unidade, elas evidenciam uma rejeição do tecnicismo, das regras e imposições quando expressam:

Bem, eu posso não saber definir o que é acolhimento, mas posso dizer o que não é acolhimento. É o que queriam que a gente fizesse aqui uma época. Ficasse ali na frente... “né”, e fizesse um tipo de triagem [...] (Enfermeira – 1)

[...] é tanto que hoje, a gente não trabalha mais com [...] triagem “né”, trabalha-se com acolhimento, com classificação de risco, é pra mudar aquela visão de... você chegar e tratar o usuário como objeto, “né”. (Médico – 2)

Ainda, em oposição às considerações colocadas pela maioria dos colaboradores, dois dos sujeitos entrevistados ainda referiram o acolhimento como um local específico para realização de procedimentos de enfermagem:

Acolhimento pra mim é a chegada de todos os pacientes “né”, é... o início dos seus atendimentos, com os médicos e enfermeiros “né”, verificação de peso, pressão, temperatura “né”, e passagem pro sistema. (Auxiliar de enfermagem – 4)

Assim... o pessoal quando tá marcado pro dia, eles confirmam na recepção e de lá já vão direto pro acolhimento, pra gente fazer os primeiros atendimentos que é a verificação de pressão, é o peso, saber qual é o médico que vai ser atendido [...] (Auxiliar de enfermagem – 1)

Isto posto, fica evidenciado que o acolhimento, nesta Unidade de Saúde, caracteriza-se pelo entendimento de que, profissionais e usuários, fazem parte de um sistema em que necessidades biológicas, psicológicas, sociais, e interacionais precisam ser atendidas. Sendo elas evidenciadas, principalmente, nos movimentos de encontros onde a escuta, a atenção e o direcionamento adequado são entendidos como prática de acolhimento quer aconteçam de maneira formal ou informal, mas, sempre no eixo do apoio com estratégias, na maioria das vezes, individualizadas e de caráter prático, não havendo uma ligação direta com o conhecimento acerca da PNH e ou mesmo planejamento para sua execução, mas que, empiricamente, se desdobra sobre o espaço de um novo produzir.

Com isso, pode-se interpretar que há uma forte necessidade de se voltar para novas formas de interação, que transformem a realidade vivenciada, pois, segundo os sujeitos abordados, são inúmeros os fatores que permeiam e dificultam as relações, o desenvolvimento de práticas acolhedoras e o processo de trabalho, como veremos no tema a seguir.

5.2 Tema 2 – Fatores dificultadores para o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde

Embora já mencionado, gostaria de reiterar que nos fragmentos dos discursos dos sujeitos participantes dessa pesquisa, foram elencados múltiplos fatores que operam para dificultar o acolhimento como prática cotidiana e humanizadora da atenção. Desse modo, foi necessário o desmembramento do tema, acima referido, em subtemas que propiciassem a objetivação e organização da análise, ficando esses, em número de sete, classificados conforme inferência e descritos abaixo:

5.2.1 – *Ambiência*

O compromisso com a ambiência, com a organização do espaço de trabalho e de atendimento, é considerado um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, que propõe a criação de projetos coletivos de ambiência para o desenvolvimento de espaços saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2006).

Para Santos-Filho (2009, p. 82, grifo do autor) a “finalidade maior embutida nessa concepção de *ambiência* é a de propiciar a integração dos trabalhadores (usuários) com seu *espaço social* de trabalho [...]”, o mesmo realça, ainda, que estes espaços devem estar “estritamente atrelados à ideia de recuperação e promoção de convívio, de saúde, numa concepção ampliada de espaço saudável”.

Desse modo, destaco que alguns entrevistados colocaram os problemas estruturais do espaço físico da unidade de saúde como entraves potenciais ao serviço de acolhimento, na medida em que expressam:

Não, aqui a gente não tem nem espaço. Aqui, quando a gente abre a porta, bate nos pacientes aí fora. Toma é um susto, pah! Batendo nas cadeiras, batendo no povo. Não tem espaço. [...] (Cirurgião Dentista – 2)

Primeiro espaço, falta espaço específico, um lugar específico pra ficar sendo o local do acolhimento [...] (Médico – 1)

[...] A segunda coisa seria estrutura física pra fazer o acolhimento. Você não tem. Você não pode acolher uma pessoa que vai... fica naquelas filas quilométricas, dentro do posto, rodando, em pé, isso aí já não é acolher, já é maltratar, “né”. (Médico – 2)

E tem essa questão da estrutura, não tem sala pra todos, tem hora que o médico precisa esperar o outro sair. (Auxiliar de enfermagem – 3)

A necessidade de espaço físico, sentida pelos colaboradores e mencionada durante as entrevistas, confirmara-se durante o processo de observação, realizado no período de investigação. A maioria dos ambientes observados possuía, até, uma estrutura interna regular ao desenvolvimento das ações (como podemos ver nos quadros 2, 3 e 4 relativos à observação, ver apêndice D), porém, nenhum aparato físico que proporcionasse adequação, organização e viabilização da comunicação dos sujeitos que interagem no interior de suas dependências. Fato que reforçou as falas relacionadas à ambiência, fragmentação do trabalho e desorganização, potencializando ainda mais tais dificuldades.

Ainda, na perspectiva de ambientes saudáveis destaco, nos depoimentos, o fato do ambiente de trabalho ser posto como espaço de adoecimento tanto de profissionais como de usuários, uma vez que o “*stress*” foi uma expressão usualmente apresentada com ênfase e recorrência, por vezes, carregada de peso nas expressões faciais de quem as colocava, podendo ser evidenciadas nas seguintes falas:

[...] Aí fica o médico ‘estressado’, a enfermeira, e a gente tem que acalmar o médico, atender a demanda [...]. Tudo muito, muito louco, “né”. Mas estamos aqui. (Enfermeira – 3)

[...] Eu me senti tão sobrecarregada aqui, uma época, que eu tava pra morrer, ainda bem que eu me ausentei, se não acho eu tinha morrido [...]. (Enfermeira – 1)

[...] pra mim o acolhimento é indicar o paciente no local certo, pra ele não tá rodando, se ‘estressando’, aumenta a pressão, o paciente fica ‘estressado’, aí começa a ter baixaria, essas coisas [...] (Auxiliar de enfermagem – 2)

Por que se você já chega no serviço, pra vê aquela coisa bagunçada, ‘estressando’, você já começa meio...como se fosse assim...mal humorado no serviço, até pra tratar bem o cliente é difícil. (Enfermeira – 2)

Rollo (2009, p.47), em discussão a cerca da valorização do trabalho em saúde, levanta também a relação existente entre “[...] a má gestão do trabalho e de pessoal na saúde, e sua relação e consequências no adoecimento de trabalhadores, além do prejuízo na qualidade e efetividade das ações de saúde”. Ponto que será discutido no subtema a seguir.

Antes disto, gostaria apenas de resgatar que nessa mão dupla de insatisfação, os entrevistados confirmam a incoerência entre proporcionar bem-estar e valorizar os sujeitos envolvidos em promover saúde. Pois, o espaço, que ora apresentase, é real e está distante de prover os eixos de ações propostas pela PNH, mostrando-se bloqueador do protagonismo esperado para ativação de um modelo assistencial democrático, solidário, participativo e interativo.

5.2.2 – Ingerência

Foram incluídos no campo ingerência, os discursos que apontaram para desorganização da Unidade de Saúde, a descontinuidade na realização de rodas de gestão⁷, a carência de material de trabalho e a própria ineficiência da gestão em seus níveis: local e regional que perpassa por todas as vertentes mencionadas.

⁷ A roda é, aqui, apresentada tomando o método de Campos (2003), ou seja, enquanto espaço coletivo de discussão de temas demandados pelas necessidades, quer sejam eles formais ou informais, mas que precisam propiciar o debate, circular alternativas, considerar os diversos saberes, a cultura e principalmente promover a tomada de decisão.

5.2.2.1 *Desorganização da Unidade de Saúde*

Entendendo a ESF como uma proposta de reorganização da atenção à saúde que tem dimensões técnicas, políticas e administrativas, as falas revelaram uma grande inquietação com elementos essenciais ao funcionamento da estratégia (**Saúde da Família**) que, enquanto política pública, propõe promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida com integralidade, sendo aqui utilizado o conceito de integralidade de Sousa (2007, p.51), que a refere como “um conjunto de características que compõem as práticas dos profissionais da estratégia saúde da família; a organização das ações e serviços de saúde e as políticas públicas, enquanto capacidade governamental de dar respostas aos problemas de saúde”.

Nessa perspectiva, o ponto organização local repercutiu a ideia de integralidade quando implicou as várias instâncias do poder administrativo como corresponsáveis, como podemos verificar nas seguintes falas:

Em relação ao acolhimento, deveria ter uma organização mais por parte da... Regional. O Distrito de Saúde dar um suporte melhor às unidades de saúde [...] (ACS – 5)

[...] com relação também a coordenação “né”, não colabora muito, então isso acaba desmotivando o profissional, e o profissional às vezes deixa passar, com certeza também, por que se tiver parceria “né”, da gerência “né”, com os profissionais, a cobrança também maior [...] (Enfermeira – 5)

Mas isso vem por parte da coordenação, sim. Mas, também por parte do incentivo das pessoas (**profissionais**), em procurar incentivar a própria coordenadora. (ACS – 1)

E também, quando o profissional se implicou como sujeito protagonista das ações de atenção no serviço de saúde, quando afirma:

Eu não vou entrar em detalhes por que eu não tenho nada haver com isso. E tenho, por que eu trabalho aqui dentro do posto. (Auxiliar de enfermagem – 3)

Essa corresponsabilidade seria, portanto, um dos pontos fundamentais para o resgate de uma relação dialógica, com desafios no campo organizacional ou de gestão onde se fazem imprescindíveis recursos que promovam cogestão, conselhos e colegiados, planejamento analítico, dentre outros, bem como a criação de “dispositivos organizacionais que facilitem vínculos, seguimento horizontal, definição clara de

responsabilidade clínica e assegurem a organização democrática e interdisciplinar do trabalho em saúde” (CAMPOS, 2008, p. 77).

Ainda do ponto de vista gerencial, os profissionais se mostraram carentes de organização interna, que dispusesse sobre atribuições e/ou funções e questões disciplinares que possibilitassem um melhor monitoramento dos serviços prestados. E, por consequência, uma otimização das ações desenvolvidas no cotidiano das equipes de Atenção Básica, como vemos a seguir:

Não tem uma função específica (**o funcionário**), cada qual fica em qualquer canto, onde quer, não tem... (ACS – 3)

[...] A não obediência, uma parte (**dos funcionários**) [...] não quer obedecer o que é pra ser feito, eu não sou coordenadora. [...] Eu detesto pedir. [...] se eu puder fazer, eu faço [...] (Auxiliar de enfermagem – 3)

Olha! A distribuição de tarefas não está sendo distribuída corretamente [...] (Auxiliar de enfermagem – 5)

Ressalta-se ainda, que a política de humanização, “[...] reivindica, no seu fazer, o acionamento da nossa potência de normatividade [...]” e que “pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas, e não de assujeitamento a elas” (NEVES; MASSARO, 2009, p. 512).

Por isso, propõe a inseparabilidade entre atenção e gestão, ou melhor, a cogestão que se faz na democracia das relações, no trabalho em equipe e em novos modos de garantir o trabalho em saúde, como trabalho compartilhado em colegiados que favoreçam a motivação, a criatividade e o aumento da responsabilidade (BRASIL, 2009f).

Assim, nota-se que a convivência coletiva, mediada pelo encontro e reafirmada nas suas histórias e narrativas, ainda está marcada por enormes desafios dentre elas a do “[...] próprio setor saúde lidar com suas questões organizativas e de gestão, entre as quais a de acumular forças para alterar os modos de atenção, fazendo prevalecer interesses do bem comum, do coletivo” (PASCHE, 2009 p.703).

Nesse aspecto desenha-se o próximo tópico, que nos leva a refletir sobre a importância de fomentar espaços onde se possam compartilhar esses interesses e impulsionar as desejosas alterações.

5.2.2.2 Descontinuidade nas rodas de gestão

Em relação às rodas de gestão, houve um reconhecimento de que elas funcionam como um mecanismo eficaz de discussão, elaboração e planejamento de ações dentro da unidade de saúde e que elas se fazem importantes para resolução de problemas, como visto nas falas abaixo:

Tem as reuniões de roda que não “tá” tendo, viu! [...] A gente tinha sempre, “aí” teve uma parada, não sei por quê? Por que toda roda sempre resolve os problemas [...]. (Auxiliar de enfermagem – 3)

[...] Eu ia falar em relação à questão das reuniões, “né”. As reuniões eram para acontecer uma vez por mês. Porém, não acontece, isso dificulta muito, por que essas reuniões seriam importantíssimas para a gente criar estratégias para um bom acolhimento [...] (ACS – 1)

Bom! Primeiro de tudo é, a falta de..., das reuniões entre a coordenação e as equipes [...]. Então, é... “pra” tudo funcionar direitinho em primeiro lugar tem que funcionar essas reuniões. Reunião de roda e tudo. (Cirurgião Dentista – 3)

As considerações propostas por Campos (2003), em relação a rodas de gestão, mostram-se, portanto, viáveis quando a correlacionamos com as falas acima ou com a próxima fala, decorrente da experiência profissional de um dos entrevistados;

Ali (**no interior**) a gente fazia reunião na Secretaria de Saúde “né”, a gente fazia reunião uma vez por mês, então a coordenadora já levava assim os indicadores da sua área..., da sua área..., da sua área, assim e assim, e a gente comparava os indicadores de cada área. Então, a gente aproveitava a estratégia da colega. Ah! Eu consegui isso assim, assim, assado. Ah! Consegui é... vacina, o indicador de vacina é... fazendo busca ativa, agente de saúde, vou lá...converso com a mãe. (Enfermeira – 2)

Friso ainda, que são nos momentos de encontro que o profissional estabelece um cenário favorável em que pode afirmar sua identidade como pessoa, trabalhador e profissional da saúde, esfera que os remete a um turbilhão de significados, mas que parecem só fazer sentido quando compartilhados, pois “amplia a superfície de contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças” (BRASIL, 2009f p. 30).

A roda seria, assim, um importante espaço de debate que traria a tona os ruídos que fazem parte do cotidiano de trabalho, poria em pauta as dificuldades e, sobretudo, traria o olhar de cada um sobre as temáticas levantadas, mas que,

principalmente, buscaria na partilha possíveis soluções e estratégias para minimizar as condições adversas.

O próximo tema em questão é um desses denominadores comuns sentidos pela maioria dos entrevistados como entrave e aspecto que merece ser destacado.

5.2.2.3 *Carência de material de trabalho*

A falta de material de trabalho foi, também, um ponto comum nas falas dos entrevistados, apresentado como um dos motivos de desmotivação agregado aos fatores gerenciais:

[...] acho que a falta de motivação, muitas vezes. Eu acho que quando falta material, a gente vê as coisas dando errado e tudo, acaba o pessoal se desmotivando e não procurando também agir de uma forma muito boa. Fica aquele marasmo. Eu acho que isso também contribui para falta de acolhimento. (Cirurgião Dentista – 1)

Por que a gente vai pra visita domiciliar... eu trouxe meu aparelho de pressão, por que não tem, às vezes, “pra” levar. Não tem o glicosímetro “pra” levar, então o que é que eu vou fazer na visita domiciliar? (Enfermeira – 1)

Acho que uma dessas falas, em especial, define bem o olhar holístico do profissional sobre a temática apresentada, bem como o caráter complexo, heterogêneo, político e social que envolve as práticas de saúde:

[...] simplesmente já é difícil á situação, “num” tem... às vezes, “num” tem médico, às vezes não tem medicamento, às vezes “num” tem CURA, às vezes num tem material de curativo. E aí? (ACS 3)

A meu ver, esta fala apresenta-se carregada de sensibilidade para com o perfil do potencial usuário do Sistema Único de Saúde, do cidadão concreto de nossa realidade, para com a precarização ainda tão visível em nosso cotidiano e para necessidade de se retomar movimentos em prol do desenvolvimento efetivo das políticas públicas instituídas. Neste sentido ela também manifesta a compreensão de que a concretização do SUS se faz por meio de garantia dos direitos, no compromisso institucional, individual e coletivo.

A esta posição acrescenta-se, ainda, a de Benevides e Passos (2005b p.392), em relação à humanização, enquanto parte integrante destas políticas públicas. Que ela não deve manter-se apenas como proposta, mas que possa estabelecer mudanças e possa

efetivar os diferentes princípios do SUS, que só serão verdadeiramente evidenciados a “[...] partir dos sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde”, implicando, portanto, em alterações [...] “dos processos de trabalho, na dinâmica de interação das equipes, dos mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação”.

De modo enfático, o tema que se segue, tem estreita relação com essa transformação, pois é central para o estabelecimento de relações produtoras de significado, de implicação com o outro, e consigo mesmo, pois, abre o leque de possibilidade posta no campo de prática, que é essencialmente relacional.

5.2.3 – Falha na comunicação e desinformação

Considerando o processo comunicacional como “a possibilidade de produzir entendimento por meio do diálogo, dos atos de fala cotidianos que acontecem nas relações face a face [...]” e considerando-o como competência essencial “para produção do cuidado em saúde e, também, para a gestão, comprometidos com a humanização” (DESLANDES; MITRE, 2009, p. 642), enfatiza-se o desconforto dos respondentes em relação ao processo de comunicação existente no interior do serviço, principalmente em se tratando do usuário.

Na análise desta questão, eles afirmam:

[...] Porque eu vejo uma pessoa aqui desesperada querendo saber de uma informação e não tem. E vejo a reclamação. Que (o **cliente**) pergunta uma coisa, a pessoa dá as costas e vai embora. (ACS – 3)

[...] e eu vejo o paciente chegar, entrar, sair, perguntar onde fica uma coisa e ninguém “tá” ali pronto pra responder. Saber o que ele tá procurando, sabe! Ele fica perdido. (ACS – 4)

Às vezes eles (**os usuários**) vem pra uma simples orientação. Você tá ali, ele tá no meio da multidão ali, do SAME, esperando uma ficha, mais muitas vezes é pra uma simples pergunta “né”, uma dúvida que eles tenham. (Enfermeira – 3)

Além do entender e se fazer entender, ou melhor, das várias nuances da linguagem, Gadamer (2009, p.143), efetivamente, delibera que “só é em geral o que ela é quando é diálogo, quando se trocam reciprocamente perguntas e respostas”. Houve, também, menção a escuta como parte integrante da técnica do diálogo e atributo da prática do acolhimento, ficando muito claro na seguinte fala:

[...] às vezes o cara volta da porta de entrada sem prestar serviço nenhum, só quer ser escutado, só quer conversar. (Médico – 2)

A comunicação, a informação correta e a orientação foram, pois, expressos como fatores importantes na dinâmica do trabalho que se propõe para ESF, por vezes, sendo sugerido como intervenções a serem realizadas com o objetivo de aperfeiçoar e organizar a entrada da clientela ao serviço, bem como, de modo a se estabelecer como ponto de partida para uma retomada do acolhimento.

[...] Além do tratar bem, dá informação correta. Por que o cliente precisa da informação correta. Eu não posso está sendo jogada daqui pra outro local... “pra” outro local... “pra” outro local [...] (Enfermeira – 2)

Hoje mesmo eu tava dizendo que a minha ideia seria assim! Não tem o porteiro? Ou alguém que ficasse na frente informando tudo [...] (Auxiliar de enfermagem – 3)

Por que às vezes a pessoa não está só doente “né”, ela tá com problema, é você não saber responder uma pessoa, por mais que ele seja... tenha a sua certa ignorância, mas a gente tem que responder bem [...] (Auxiliar de enfermagem – 2)

Elas (**as pessoas usuárias do sistema**) chegam e perguntam assim: aonde eu recebo um exame?[...] Você recebe ali naquela porta tal e tal. Então ele entra... sai... e sai... perguntando onde ele recebe o exame que já realizou e que ele não sabe onde é aquele setor, “né”. Então, deveria ficar uma pessoa responsável pra fazer esse acolhimento. (ACS 4)

Este foi outro ponto de regularidade com o processo de observação. Digo, mesmo antes de iniciá-la, foi vivenciado, por mim, a dificuldade de localizar profissionais e encontrar suas possíveis salas. Os informantes (trabalhadores da unidade de saúde) não sabiam dizer se o profissional encontrava-se na unidade, se viriam ou mesmo o seu horário.

Assim, a observação, veio confirmar a experiência, tornando-se um ponto repetitivo e culminando com o evidente descontentamento dos usuários com a irregularidade nas informações. Principalmente, pelo vasto tempo que eles despendiam para obter acesso ao serviço procurado e pela falta de conexão entre as respostas obtidas por diferentes profissionais, em diferentes setores, em torno do mesmo objeto sinalizado.

Desse modo, fala e observações complementaram-se. Sendo, portanto, evidenciadas falhas de comunicação essencialmente concretas. Sinalizando para a

limitação no que diz respeito à caracterização da prática do acolhimento, no seu sentido mais elementar, em alteridade (encontro), pois, provocou mais desencontros e descontentamento, que abertura, cooperação e socialização.

Assim, passo ao ponto seguinte, entendido como pilar formalizador de potencialidades adormecidas, de fortalecedor do pensamento crítico e de agente de mudanças, pois qualifica a prática e mobiliza os sujeitos a produzirem transformações.

5.2.4 – Carência de programa/incentivo à capacitação e qualificação;

Os profissionais entrevistados mencionaram a falta de capacitação, treinamento e qualificação como questões prioritárias na condução de um atendimento humanizado, bem como para operacionalização do serviço em si. Sendo a descontinuidade do trabalho um outro fator reforçado pelas falas:

Na unidade de saúde! Primeira coisa, o preparo dos servidores, o servidor “num” é preparado pra fazer acolhimento. Não existe nenhum curso de capacitação, treinamento. Aquele Humaniza SUS ele foi feito pra trabalhar isso aí, mas pouquíssimos, pouquíssimos são os locais que realmente se trabalham com isso aí. [...] (Médico – 2)

Devia ter uma [...] capacitação melhor e uma forma assim... de, de conduzir, de acolher as pessoas de uma forma humana mesmo. (ACS – 5)

[...] eu acho que talvez um treinamento melhor assim, [...] eu sou é recente aqui. Então eu “num”, eu “num” sei, eu não passei por nenhum treinamento, né [...] (Cirurgião Dentista – 4)

Eu acho que primeiro a preparação do funcionário [...] (ACS – 3)

[...] perdi todos os ACS uma época... né, aí começou tudo de novo, do zero, todos novatos, sem capacitação, sem treinamento, sem saber...assim meio desorientado [...] (Enfermeira – 1)

Ainda nessa vertente, pode-se interpretar nos discursos dos entrevistados um apelo aos gestores por critérios de inserção do trabalhador no serviço de saúde:

O que eu gostaria é que o... ãh... quem manda lá em cima é... que pudesse é, sei lá. Ter um..., um..., um tipo de qualificação de... seleção que identificasse aquela pessoa. Passasse sei lá, pela uma psicóloga, se ela gosta de trabalhar com o público? Sei lá, se ela é humana? Não sei, alguma coisa. [...] (ACS – 3)

[...] é como eu falei essa questão do treinamento mesmo, é a falta ali, alguma coisa lá de cima. Eu acho que dependesse assim de algumas

pessoas da unidade do coordenador, de DNI, funcionários em si, precisa treinar. (Médico – 2)

As falas, de certo modo, apontaram para a figura de homem-ideal citado, por Neves e Massaro (2009, p.512), como padrão social de conduta moral, que nos permitiria classificar os padrões de comportamentos e atitudes entre; certas e erradas, boas ou ruins, nos levando ao sentido caritativo de humanização. Por outro lado elas expressam o desejo de indissociabilidade entre gestão e atenção, de construção de trabalho vivo em ato, que necessita despertar as potencialidades e capacidades individuais e coletivas, e que trazem no seu bojo o comprometimento com a capacitação permanente.

Ressalta-se, ainda, que a capacitação permanente constitui, também, um dos princípios norteadores da PNH, sendo esta mobilizada a partir do significado do trabalho no cotidiano dos serviços e suscitada pela diversidade de pontos de vista, pela inquietação, pela inconformidade e “percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho” (BRASIL, 2005, p.130).

Desse modo, a capacitação permanente é uma das formas de enfrentamento de problemas e de colaborar com a ruptura de conceitos e práticas ainda predominantes e consolidar o compartilhamento de saberes e práticas em “espaços concretos destinados à escuta, à circulação de informação, à elaboração e tomada de decisão” (BRASIL, 2005, p.130).

Ressalta-se, ainda, que criar espaço para o processo de aprendizagem no serviço implica em quebra epistemológica, pois no confronto de interesses e dos saberes instituídos e na construção da democratização da gestão e dos processos de trabalho, se rompe, essencialmente, com a alienação do trabalho e possibilita-se a construção de uma nova prática; inovadora, democrática e emancipatória, uma vez que, para que o processo de aprendizagem seja significativo, tem que estabelecer conexões com as experiências vividas e compartilhadas pelos sujeitos levando-os ao pensamento crítico e transformador.

Destaco que no caminho do pensamento crítico, os entrevistados levantaram questões relativas aos direitos dos trabalhadores, refletidos nas precarizações, como dilemas essencialmente importantes à qualidade dos serviços prestados, como veremos a seguir.

5.2.5 - Precarização do trabalho

A precarização das relações de trabalho configura-se, ainda hoje, como um dos grandes dilemas da ESF, e provoca nos serviços de saúde desestruturas que vão desde organização, à proposta de integralidade e longitudinalidade da atenção.

O tema tem estreita relação com as conjunturas históricas, apoiada nos ditames do capitalismo e nas transformações advindas dos modos de produção culminando com uma gama significativa de vocábulos, conceitos e mudanças econômicas e sociais oriundas do mundo do trabalho.

Desse modo, não abrirei, aqui, uma discussão a cerca do tema, que requer aprofundamento e análise histórico-dialética do processo de trabalho ao longo dos tempos e seus principais estudiosos, mas abro um parêntese para apresentar que conceito mais se aproximou do registro apontado pelos discursos dos entrevistados quando trataram do assunto.

Portanto, apresento-lhes o significado de precarização das relações de trabalho apresentado por Mattoso (2000, p.8):

Precarização das relações de trabalho – processo de deterioração das relações de trabalho, com a ampliação da desregulamentação, dos contratos temporários, de falsas cooperativas de trabalho, de contratos por empresa ou mesmo unilaterais.

Assim, em diferentes momentos, os entrevistados mencionaram a questão da rotatividade dos profissionais, terceirizações dos profissionais e até indicações políticas como um entrave ao desenvolvimento de um trabalho que proporcione vínculo, qualidade e continuidade, como podemos ver nas falas abaixo:

[...] No posto de saúde ainda existe essa questão da terceirização. Muitas pessoas passam por aqui é... rapidamente, tem uns que ficam. Alguns vem mesmo com aquele sentimento de acolhimento, já tem outros que não. Que passam, fazem um mero... um péssimo acolhimento, logo em seguida saem. (ACS – 1)

[...] Outra coisa, rotatividade dos funcionários. É demais a rotatividade, por que a gente conversa com o pessoal do SAME [...] quando a gente vê... dois, três meses depois, já são outros funcionários. Aí, trabalho por água abaixo, aí treinar de novo. [...] (Enfermeira – 2)

[...] Eu acho que é um pouco falho até assim, até “pra” essa questão da maneira de contratação. As pessoas são contratadas, às vezes não tem a mesma visão do profissional que tá “numa” carreira, “né”. É diferente. (Cirurgião Dentista – 4)

[...] Pior ainda, porque como existe uma..., uma quantidade muito grande de terceirizados que não tem vínculo nenhum, nem com a comunidade e muito menos com o profissional e assim... não tem vínculo com ninguém, entendeu? O vínculo deles eu não sei por onde é, “né”? Eles é que tratam mal mesmo, “né”. São desatenciosos, infelizmente ainda existe. (Médico – 2)

Por que? Por causa das pessoas que estão dentro dos do... do serviço público que muitas vezes são indicadas por é...é, por apadrinhamento político e não tem qualificação pra isso. “Nem” “pra” atender o público entendeu?[...] (Enfermeira – 4)

Ainda, sem a pretensão de aprofundar o assunto, e trazendo novamente a leitura de Rollo (2009), enfatizo que o trabalhador da saúde não se situa fora do contexto atual do capitalismo global e que o mesmo caminha circundado pela desvalorização, desqualificação e adversidades do serviço público, sendo, quase sempre, alvo de críticas e acusações pela sua ineficácia, em detrimento das políticas que seguem a lógica lucrativa do mercado.

Cabe salientar que a terceirização, bastante citada pelos respondentes, é considerada por Franco, Druck e Sligmann-Silva (2010)

uma das principais formas da flexibilização do trabalho mediante a transferência da atividade de um “primeiro” – que deveria se responsabilizar pela relação empregatícia – para um “terceiro”, liberando, assim, o grande capital dos encargos e direitos trabalhistas. Sendo tal prática, na perspectiva da sociologia do trabalho, uma forma iniludível de dominação [...] que anula a regulação do mercado de trabalho [...] e descaracteriza o vínculo empregado/empregador [...].

Desse modo, não podemos nos isentar de mencionar o papel do Estado na sustentabilidade do SUS e, por conseguinte, da PNH, pois, enquanto políticas públicas necessitam de financiamento adequado e uma responsável gestão de pessoal. Assim, “neste sentido, deve ser função do Estado à regulação do trabalho, entendendo *este como construtor de cidadania*” (Rollo, 2009, p. 30, grifo do autor).

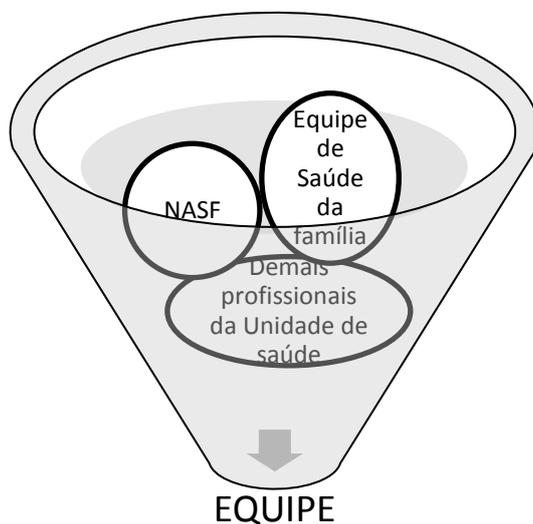
A precarização do trabalho, portanto, polariza os trabalhadores em dois seguimentos: os que permanecerão, funcionários públicos; e os que, por ventura, podem sair a qualquer momento trazendo consigo o individualismo, a perda da qualidade dos serviços prestados, quebra das relações, da possibilidade de afetividade e de se criar vínculos nos setores de trabalho, segmentando e fragmentando o processo e impedindo os laços de compromisso, solidariedade e circulação de autonomia e protagonismo, sendo estes últimos um dos três princípios da Política Nacional de Humanização, como veremos, melhor, no subtema a seguir.

5.2.6 – Da precarização à fragmentação do trabalho em equipe:

A base operante do trabalho na Estratégia Saúde da Família é o desenvolvimento deste por uma equipe multiprofissional que sistematize suas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com enfoque na família como unidade de cuidado. Esta, porém, está inserida em um território vivo, pulsante, rico em contextos sociais e que, neste cenário, tem um papel influenciado, também, pela cultura em que está imersa.

Lembro-lhes, que esse processo de cuidar exige dos membros da equipe um movimento articulado e compartilhado de seus saberes para dar cabo das suas inúmeras atribuições. Portanto, a ESF, enquanto eixo central da organização do sistema e porta de entrada do SUS (ANDRADE *et al.*, 2006), necessita ir para além da equipe mínima⁸ de trabalho;

Figura 5 – Visão de equipe para o pesquisador



⁸ Composição mínima: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Espera-se, ainda, desta equipe responsabilidade sanitária por este território, uso de todas as tecnologias disponíveis para tal, atuação e articulação em rede com os demais dispositivos sociais, propiciando atenção com integralidade.

É fato, porém, que há dificuldade de se efetivar o trabalhar em equipe culminando com uma atenção fragmentada (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009; ANDRADE *et al.*, 2006)

Convém clarear que tomei conceito de equipe, o estabelecido por Peduzzi (2001), no artigo em que ela apresenta um conceito e uma tipologia do trabalho em equipe e critérios de reconhecimento dos tipos de equipe existentes e, onde a mesma, a partir dessas considerações, conceitua-a como; “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

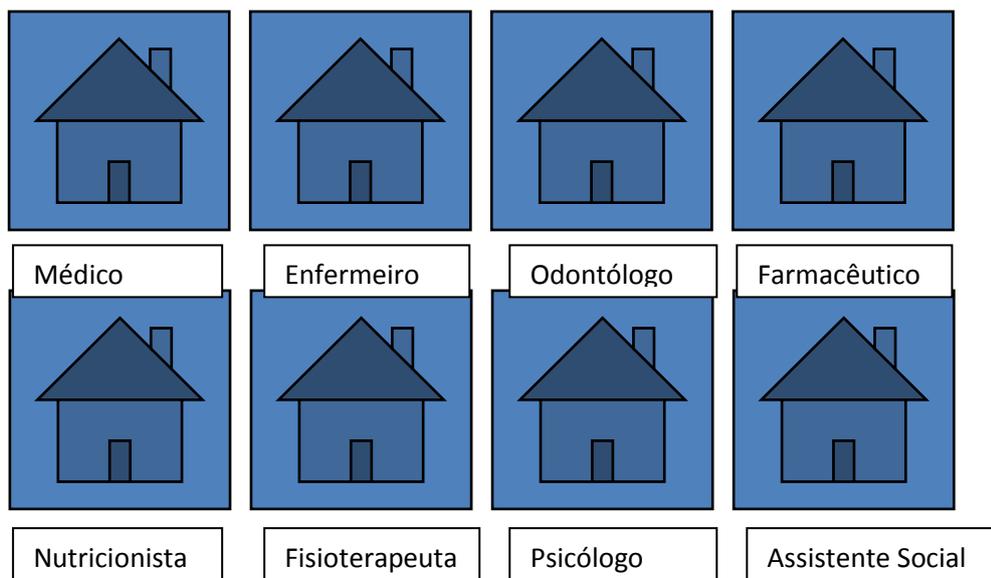
Uma grande parcela dos sujeitos entrevistados na pesquisa expressa no referido espaço de tempo, um descontentamento com a falta de trabalho em equipe que permeia a prática desenvolvida em sua unidade de trabalho, evidenciando esta dificuldade e fragmentação, podendo ser sentido nas seguintes falas:

Eu acho é que há uma desarticulação entre coordenação e equipes. Há desarticulação dentro da própria equipe [...] eu já trabalhei no PSF do interior e é outra realidade. A gente realmente trabalhava em equipe, mesmo! (Cirurgião Dentista – 3)

[...] Aqui não funciona como uma equipe. A enfermeira vai e direciona, e organiza, e fala, e atende. É dessa forma, “né”. Funciona assim, não como uma equipe, como é pra ser. (Enfermeira – 3)

Na contramão da humanização, onde se busca favorecer a criação de espaços coletivos e investir nos modos de trabalhar em equipe (BENEVIDES; PASSOS, 2005b), muitas das falas me remeteram ao modelo profissional tradicional de Andrade (2006, p. 92), que ele denomina de “casinhas paralelas” onde “cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras” ilustrando-o assim;

Figura 6: Modelo das casinhas paralelas (Andrade, *at al.*, 2006)



Sendo estes depoimentos:

Geralmente eu não posso responder, por quê? Eu chego na unidade direto pra sala. Eu não tenho muito contato lá fora. Passo mais tempo aqui no consultório. Saio lá fora apenas para ir ao banheiro, tomar uma água, merendar alguma coisa, na hora do almoço, no intervalo do almoço, depois direto pra cá, aí fico o dia todo aqui dentro. Não tenho muito contato lá fora, tá entendendo? (Auxiliar de saúde bucal – 1)

[...] eu também não sei falar tanto dos outros setores como é, como funciona, mas eu sei falar um pouco... o que é um ponto também negativo, por que era pra ter uma interação de todo mundo: médicos, enfermeiros, dentistas, SAME.[...] (Cirurgião Dentista – 1)

O encapsulamento de cada profissional em sua seara profissional mostra claramente a fragmentação das relações e certo conformismo e tolerância à situação de isolamento referenciada, embora tenha sido sentido, também, que no fundo esse profissional quer ser chacoalhado, despertado e motivado a construir uma nova realidade:

[...] quando a gente recebe uma motivaçãozinha de fora, a gente se empolga toda, tenta fazer as coisas melhores. Tudo, sabe? Então eu acho que é essa vontade, acho que se “dé” uma faiscuzinha as coisas andam mais, eu acho que é isso. (Cirurgião Dentista – 1)

Não obstante, ressalta-se que, a todo momento, a PNH, enquanto proposta de política transversal, convoca a construção de grupos e redes como modo de estabelecer vínculos, deliberar sobre problemas, compartilhar soluções e superar obstáculos. Portanto, tal temática encontra-se no foco central de suas proposições e foi sentida, nesse trabalho, como apelo e possibilidade de reversão a apatia estabelecida no ambiente de trabalho.

5.2.7 – *Demanda excessiva*

Por fim, dentro dos fatores dificultadores do acolhimento os entrevistados colocaram a excessiva demanda como outra questão importante no desenvolvimento do trabalho das equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família:

Bom, isso! Nosso posto é muito lotado, a população é muito grande, são mais de cinquenta mil habitantes só pra esse posto [...] (Cirurgião Dentista – 3)

Eu acho que outra coisa que dificulta o acolhimento é a, a grande procura de... de... é..., a grande procura de atendimentos por parte da população. Porque hoje, Oh! Quando eu entrei no Graciliano nós tínhamos uma população de sessenta mil, pelo que eu vi [...], nos escritos lá. Hoje nós temos, eu tenho [...], nós temos uma população em cerca de cento e oitenta mil pessoas [...] (Enfermeira – 4)

Eu acredito também que a nossa unidade ela é muito pequena pra muitas pessoas, “né”. A nossa unidade ela é [...] no Conjunto Esperança, e ela atende Parque Santa Rosa, ela atende Conjunto Esperança, Paulo XI, Presidente Vargas, Jardim Fluminense e Planalto Vitória. E a nossa unidade é a única unidade também que não diz não. Assim, chegou um paciente lá do Mondubim que veio atrás de alguma coisa, agente não volta pra dizer olha a sua unidade de saúde é lá e tal! Ele é atendido. Do mesmo jeito são os pacientes do Aracapé, eles são atendidos. É por isso, que a demanda fica muito grande, ai tem esse problema, “né”. (ACS – 4)

Apenas para rememorar, a ESF foi assumida, pelo Brasil, como modelo organizativo, situado no âmbito da Atenção Primária de Saúde, cujo, o objetivo prioritário é fomentar o acesso universal da população à atenção básica, ordenar e integrar suas redes de atenção, de modo a contemplar “estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008 p. 804), prestados por equipes que tenham como foco a família e sua interação com o meio em que está inserida.

Este lembrete nos diz que este enfoque requer, portanto, dos atores que a compõem, um olhar complexo sobre a realidade que se apresenta. Assim, como: planejamento, monitoramento e avaliação das ações a serem desenvolvidas, atividades essas, que requerem conhecimentos e habilidades para se construir, coletivamente, esse processo de trabalho.

Para tanto, as equipes de saúde da família, “compostas essencialmente por grupos interdisciplinares de profissionais” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008,

p.805), dispõem de ferramentas norteadoras que podem e, devem ajudar a atender as múltiplas expectativas criadas a partir de suas implantações.

Dentre elas, podemos citar algumas das treze orientações de Andrade (2006 p. 90), que dizem respeito, principalmente, a reorientação da entrada no serviço, sendo estas: Definição e descrição do território de abrangência; Adscrição da clientela; Diagnóstico de saúde da comunidade; Organização da demanda e Trabalho em equipe multiprofissional.

Inicia-se, portanto, a partir desse processo, uma clara mudança nos modos de estruturar o atendimento. Pois, dele resultará o diagnóstico de situação das necessidades locais de uma comunidade, que deverá ser analisado, conjuntamente, para se elencar prioridades que possam servir de base ao desenvolvimento do trabalho, propiciando a pactuação de responsabilidades, organização do serviço e, com isso, possibilidade de êxito.

Acrescenta-se, ainda, que a Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011, que aprova a Política de Atenção Básica trata, em seu capítulo sobre as especificidades da equipe de saúde da família, de itens necessários ao desenvolvimento da estratégia, sendo, aqui destacados, os números II e III, pois discorre sobre o território e sua população ideal, capaz de prover acesso, resolutividade e efetividade a situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2011):

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

O preâmbulo evidencia, portanto, uma conexão de fragilidades relacionadas à organização da demanda e do acesso ao serviço da Unidade de Saúde. Em parte, decorrente do excesso, por outro lado, também, das demais queixas verbalizadas pelos respondentes como: organização, planejamento, apoio institucional, infraestrutura, dentre outros, que enfim mostra-nos, em série, que são muitas as questões a serem enfrentadas pelas equipes da unidade investigada.

Pois, embora haja um vazio nas falas, no tocante a ações que subsidiaram e definiram o plano de ação das equipes, a grande maioria delas aponta para inúmeras interrupções nas tentativas de organização e implementação de ações concretas que estruturassem o atendimento. O que, em síntese, torna a fala do entrevistado amargurada e afirma sua frustração em dar cabo de suas responsabilidades, quando coloca:

[...] eu sinto muita dificuldade de trabalhar aqui. Assim... pelo que eu já comparei do interior, que eu já trabalhei em canto do interior, que eu tinha a equipe completa. O interior por mais que seja tudo muito distante “né”, que eu trabalhei “numa” área que era 72 km da Sede, a gente conseguia uns indicadores maiores, melhores. Eu conhecia todas as crianças da minha área, todos os hipertensos da minha área, eu conhecia todas as gestantes da minha área. Aqui, eu me perco, por que eu não consigo conhecer, não consigo de jeito algum. (Enfermeira – 2)

Como relevante, resalto ainda que, conforme podemos ver na fala a seguir, há uma clara ideia de que o acolhimento é uma importante ferramenta de organização e humanização da demanda e que quando esta supera o esperado é mais um motivo para que seja implantado:

[...] se existe uma população muito grande, maior do que a (...) a capacidade do nosso posto de atender, eu acho que é mais um motivo “pro” acolhimento funcionar [...] se a procura é maior do que a oferta então é mais um motivo ainda “pra” funcionar o acolhimento aqui. (Cirurgião Dentista – 3)

Com isso, os entrevistados afirmam sua reflexão sobre a própria prática de trabalho, e o reconhecimento de que existem ferramentas para subsidiar a organização e o enfrentamento dos problemas identificados, bastando para tanto colocar-se em movimento, sendo isto um desejo mencionado:

Mas assim... todo final de ano a gente diz que vai iniciar. Ano novo, vida nova, tudo novo, organizar. Mas a gente já tá tentando estruturar né, já tá amadurecendo essa ideia de realmente montar, melhorar essa questão do acolhimento aqui. Até pra poder organizar melhor o serviço também, por que às vezes o negócio acaba né, ficando muito né... a desejar. (Enfermeira – 5)

Fechando as considerações sobre fatores dificultadores e, como mencionado no final do capítulo de análise, refaço a leitura de todos esses enunciados, buscando sua junção e interligação que, para mim, estão na essência de sua instrumentalização, tornando-se inseparáveis, pois um tópico debruça-se sobre o outro, em

complementaridade, desencadeando um processo em cadeia, que é cíclico e multidirecional, como tento retratar, a seguir.

5.3 Do fragmento ao todo: o entrelaçar de fios condutores ao acolhimento

Nesse sentido, reafirmo que, embora as categorias analíticas, acima relatadas, tenham sido desmembradas para, didaticamente, compor uma análise mais detalhada, sinto-me na responsabilidade de evidenciar que estes não são trabalhos que se desenvolvem de maneira isolada. É preciso que se coloque sua correlação e sua implicação com a construção da prática de saúde estabelecida na unidade apresentada.

Ressalto, assim, que as práticas de saúde, sua reconstrução e as relações que se estabelecem no interior de sua produção, tem sido, na última década, alvo de vários trabalhos e pesquisas (AYRES, 2011; BARROS, BARROS, 2009; BENEVIDES, PASSOS, 2005a; CAMPOS, 2003).

Desse modo, destaco a fala de Barros e Barros (2009) quando menciona o desafio que é tratar o tema do processo de trabalho, pois, implica no diálogo da gestão com as políticas públicas e não se trata apenas de organizar esse processo. As autoras refletem, ainda, que se faz necessário uma conexão entre essas políticas, necessitando que elas estejam comprometidas; “com a coletivização da gestão, com a publicização das relações entre trabalhadores (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e

poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos)” (BARROS, BARROS, 2009, p.65).

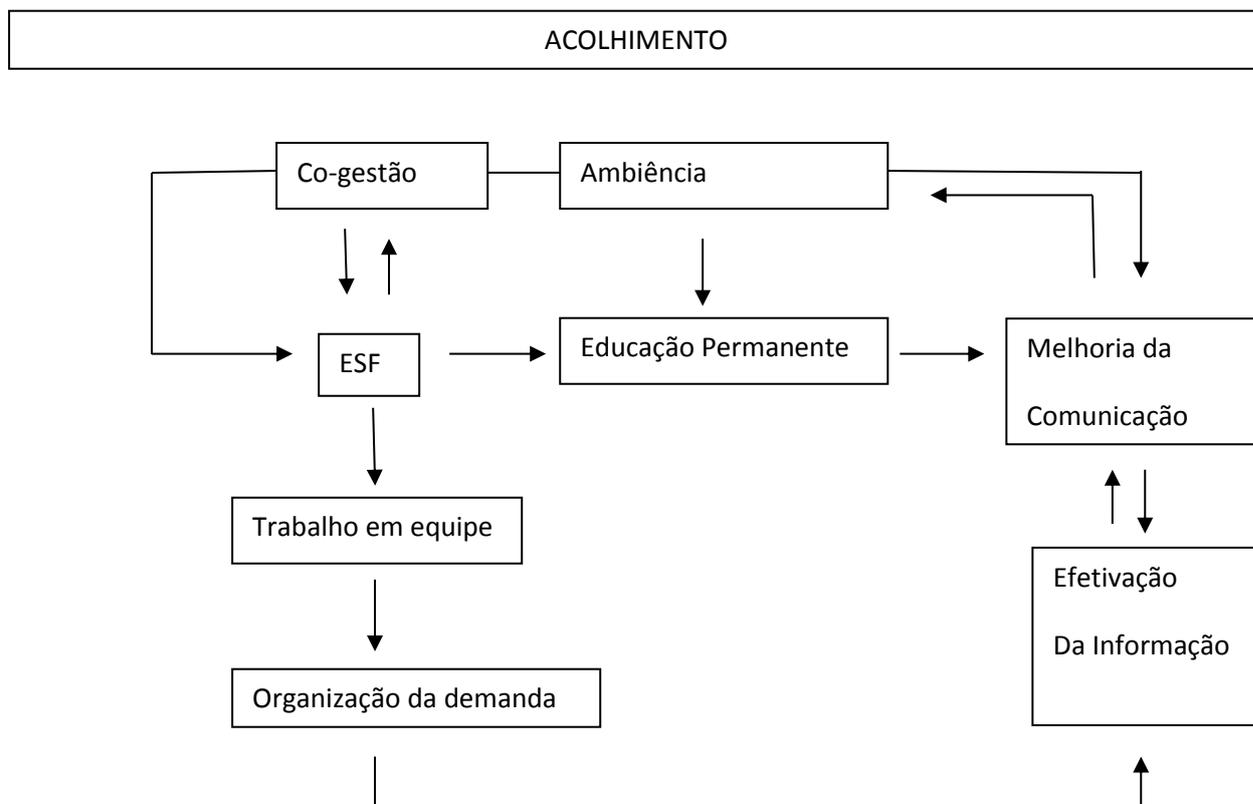
Em introdução, na obra “Da dor ao prazer no trabalho”, as referidas autoras apresentam as mudanças ocorridas, na atualidade, no modo de produção, sendo estas caracterizadas pela:

Precarização das relações de trabalho, pela contínua perda dos direitos de proteção do trabalhador, pelas instáveis formas de contratação, pelo baixo investimento em processos de educação permanente e pelos fracos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os seus espaços/processo de trabalho (BARROS; BARROS, 2009, p. 61).

Características essas que, neste momento, evidencio como potencialmente mencionadas pelos entrevistados e como fortes geradoras de conflitos, sinalizando para desmotivar, paralisar e obstruir a construção de um trabalho multi e interdisciplinar. Uma vez que, enquanto fatores interconectados, poderão a vir influenciar, diretamente, o desenvolvimento de potencialidades para sistematização de um processo de trabalho ativo, criativo e mobilizador, que convida o trabalhador a reinventar as suas práticas e não sucumbir à pressão exercida pelo sistema.

Diante do exposto busco, agora, estabelecer entre os subtemas analisados e o acolhimento uma representação esquemática da correlação existente entre estes e a transversalidade do acolhimento enquanto diretriz da PNH:

Figura 7 – Correlação dos temas emanados da pesquisa e sua interação com o acolhimento do ponto de vista do pesquisador



Fonte: Elaboração do autor

Desse modo, espero ter podido evidenciar melhor o caráter de integralidade que assume as ações estruturantes do trabalho que permeia a ESF lembrando que, aqui não estão contempladas todas elas, mas as manifestadas pelos entrevistados apontam potencialmente para suas várias dimensões; ético-estética e política, trazendo-nos inquietações e provocando-nos a revisitar os valores que fundamentam os objetivos estratégicos das equipes de saúde da família, uma vez que na atual conjuntura ela ganha “*status*” de política consolidada.

No tocante ao acolhimento, destaco ainda, a fala de Santos Filho, Barros e Gomes (2009 p.611) quando colocam:

que as práticas nomeadas humanizadas em saúde, perdem sua força disruptora, ou seja, perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de Saúde na direção dos princípios do SUS, ao serem reduzidas a ações desarticuladas que não colocam em análise o processo de trabalho.

E, concordando com autor, finalizo com minhas impressões sobre o transparecer antagônico das falas dos respondentes, que foram desde a frustração com a realidade ao desejo, vontade e esperança de participar da construção de dias melhores, capaz de fomentar todos os dispositivos que fazem do trabalho em saúde, potencialmente, desencadeador de autonomia e protagonismo dos seus sujeitos.

Assim, passo ao tema final que evidencia questões favoráveis ao trabalho na unidade investigada.

5.4 Tema 3 - Fatores positivos em relação ao trabalho na Unidade Básica de Saúde

Por fim, enumero a última temática emanada das falas, justificando que ela surgiu da dificuldade dos entrevistados de identificar fatores que, no momento, contribuíam para o desenvolvimento da prática do acolhimento, tomando um direcionamento para fatores que considere como positivos para o desenvolvimento do processo de trabalho. Destes, destaco os que se seguem nas seguintes falas:

[...] não sei “nem” se essa é a palavra, mas eu acho assim, boa vontade... e acho que consciência de saber que tem de se tratar bem as pessoas. Eu acho que as pessoas que trabalham aqui, trabalham muito com essa visão assim de (...) tem dia que a gente não tá bem, não atende 100%, mas eu acho que esse é um ponto positivo, é vontade que as coisas deem certo [...] (Cirurgião Dentista – 1)

Se fosse pra fazer (...) eu acho que o agente de saúde é um fator positivo “pra” (...) gente, que conhece a população, tá mais em contato do que a gente. [...] (Cirurgião Dentista – 2)

Que contribuem? Acho que a boa vontade das enfermeiras que ficam, entendeu! Que isso é... é o que contribui mais. É... e acho que é mais a boa vontade mesmo...das enfermeiras por que algumas pessoas do...do...do posto não realmente não contribuem, atrapalham. (Médico – 1)

Têm, profissionais bons “né”, as enfermeiras elas, assim, assim uma das coisas aqui que eu acho que funciona bem é as enfermeira, elas tão sempre disposta a atender [...] (ACS – 3)

Em meu entendimento, as falas trazem em si o acolhimento novamente em alteridade (encontro) referenciado por Ceccim e Merhy (2009, p. 535) como singular, que não diz respeito apenas à operacionalização da clínica de cada profissão, mas estabelece-se na intercessão de interesses, possui mistério, riqueza relacional e se dá na capilaridade das relações cotidianas.

Os pontos ressaltados como positivos foram consciência, vontade, conhecimento, boa vontade e disposição encerram, portanto, o caráter de subjetividade das questões abordadas nesse trabalho. Questões do algo vivenciado, sentido que só podem ser afirmados pelos protagonistas, por isso, entrelaçado pelo agir de todos e de cada um, que podem funcionar como combustível necessário que encoraja e estimula a não desistir de rumar em busca de uma atenção à saúde com qualidade.

5.5 Um olhar sobre o vivido:

Antes de concluir esta pesquisa faço um passeio por pontos em destaque no processo de observação, permitindo um apanhado geral daquilo que se listou, de maneira mais objetiva e sistemática, nos quadros em anexo (2, 3 e 4 p.100) e que fora delimitada pelo instrumento/roteiro para este fim, permitindo assim um foco pré-estabelecido do olhar do pesquisador.

Desse modo, ativando todos os sentidos, mergulhei na prática da observação a fim de, realmente como proposto, atender a complementação dos dados coletados em

entrevista com a realidade dada no cotidiano do espaço, das interações, comportamentos e objetos para narrá-los a luz das anotações, criteriosamente realizadas, buscando uma descrição real e reflexiva sem, contudo, interferir com experiências vivenciadas em minha realidade como trabalhadora de uma unidade básica de saúde (QUEIROZ *at al.*, 2007).

Neste olhar busquei captar não apenas o que impressionava, mas também a naturalidade, a repetição e os detalhes do mundo que se movia ao meu entorno. Assim a atmosfera do ambiente, inicialmente, parecia divergir entre dois antagônicos pólos: a apatia aparente, seguida do padrão rotineiro, robotizado das ações desenvolvidas dentro das salas de trabalho (imunização, farmácia, recepção, etc) e a frenética agitação dos transeuntes e filas de espera dos corredores da unidade.

Neste primeiro pólo, dos profissionais do interior das salas, pôde se estratificar alguns padrões de comportamento:

- Alguns desenvolvem um trabalho extremamente automatizado, com a mesma fala ao recepcionar os usuários, o mesmo padrão de resposta e um curto tempo de interatividade;
- Outros buscam serem mais cordiais e atenciosos, estarem abertos ao diálogo. Embora, por vezes, esse padrão seja quebrado por não se permitir que os usuários concluam ou disponham de tempo necessário para as suas falas, ou mesmo ignorando suas presenças, dirigindo-se a mim e falando dos mesmos como se eles não estivessem lá;
- Ou, em sua maioria, o trabalho é tecnicista, sem muito diálogo.

Ainda nessa vertente, em alguns ambientes abertos e cuja acústica já é deficiente pela própria estrutura física, o que dificulta a interação entre os profissionais/usuários e/ou trabalhadores/trabalhadores, alguns profissionais colocam, ainda, um rádio ligado durante todo o expediente, e em alguns momentos, mesmo com alguém diante de si para atendimento, esses cantarolam as músicas tocadas enquanto o usuário permanece estático aguardando sua resposta.

Os dias na unidade são permeados por uma quantidade regular de pessoas agendadas para médicos, enfermeiras, cirurgões dentistas e procedimentos, existindo apenas um dia específico para marcação de exames e consultas especializadas, ao final de cada mês, superlotando a unidade de saúde.

Mesmo nestes dias de regularidade o ambiente parece tenso. As pessoas não conseguem informações precisas sobre profissionais e procedimentos, há um descontentamento murmurado ao longo dos corredores em relação à falta de informações, de material, medicações e ausência de profissionais.

Nos dias de superlotação então, instala-se um caos, as pessoas falam todas ao mesmo tempo, o que deixa no ar um barulho inquietante, acontecem discussões, funcionários gritam o tempo todo; número de senhas, nomes de pessoas e para ter acesso aos setores que ficam fechados. Filas se cruzam e, por falta de cadeiras, idosos sentam-se nos batentes que dividem o grande salão que alberga consultórios, pré-consulta e farmácia, que por sinal atende os usuários por uma janela de aproximadamente 40cmx40cm, ainda com vidro, o que inviabiliza totalmente a escuta. Na recepção a reclamação é contínua. Na tentativa de organização, profissionais mexem nas filas causando ainda mais descontentamentos, pois não explicam o motivo do remanejamento irritando ainda mais os que esperam por atendimento, embora o intuito seja de priorizar grupos como: gestantes, idosos, etc.

A unidade, portanto, parece está carente de organização geral, comunicação efetiva, planejamento e avaliação de suas ações, formalmente verbalizada nas entrevistas. E, embora alguns ambientes como imunização e farmácia, tenham até um bom espaço físico interno, suas dependências estejam relativamente limpas e suas salas relativamente organizadas, sua ambiência externa denota descuido para com as pessoas.

Desse modo, a comunidade reclama a carência de atenção, medicamentos e insumos e, mesmo sem ter sido perguntado, os profissionais reafirmam esta necessidade em frases que buscam justificá-la complementam, ainda, com falas sobre a ergonomia não existente para dar conforto às horas trabalhadas. Tais depoimentos apontam, como refere Silva (2012), para linhas de cristalização do serviço, caracterizadas pelo engessamento frente às dificuldades onde a responsabilização fica sempre como função de outrem carecendo, portanto, de auto-implicação com o processo.

Ressalta-se, ainda, que ambientes alternativos como o equipamento social (Igreja) utilizado por uma das equipes para realização de atendimento na área, parecem trazer certa tranquilidade e ordenção as atividades lá desenvolvidas. Há um ar de aproximação com a comunidade, de planejamento para com os membros da equipe e de distanciamento dos problemas instalados na unidade de saúde. Por outro lado fiquei a refletir se essa ação não seria uma fuga da realidade, que ao mesmo tempo deixa-nos a impressão de eximir-se da possibilidade de lidar com os conflitos estabelecidos e

contribuir para renovação de um trabalho interativo, construindo assim o mundo particular de uma única equipe, sendo esta apenas uma visão da observadora. Pois, de contrapartida e, citando novamente Silva (2012, p.140, grifo do autor) “é preciso acreditar que **linhas de fuga** [...] tecem novas trilhas e condições de possibilidades para produção de encontros, para descristalizar ações”.

A observação, portanto, reuniu evidências que corroboraram para afirmação da maioria das falas, unindo assim o objeto ao seu contexto e valorizando a interação social em seu “*locus*”, aqui compreendida como “o exercício de conhecimento de uma parte com o todo e vice-versa que produz linguagem, cultura, regras e assim o efeito é ao mesmo tempo a causa” (QUEIROZ *et al.*, 2007, p. 278).

Os dois mundos, assim, falas e práticas pulsaram dos mesmos desejos e necessidades fortalecendo a conclusão que se segue a esta apreciação.

6 CONCLUINDO O PERCURSO

6.1 De volta ao passado: novamente no ponto de partida

O primeiro pensamento ocorrido por ocasião da finalização do trabalho foi à sensação de voltar aos fatores desencadeadores da política de humanização. Aqui relembrando, fatores nascidos das dificuldades e lacunas enfrentadas pelo SUS e que, decorridos 15 anos de sua criação, faziam-se objetos de atenção e de novos movimentos que alavancassem seu propósito de modo articulado, transversal e concreto, sendo estes:

a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços, frágil vínculo com os usuários, [...] precária interação nas equipes e

despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (BRASIL, 2004 p. 6).

Desse modo, pareço-me redundante quando lhes apresento os pontos que suscitaram a criação da Política Nacional de Humanização, à época, e que propuseram, diante de tais constatações, mudanças nos modos de operacionalizar a política do Sistema Único de Saúde através de práticas humanizadas. Pois, todos os aspectos que desencadearam seus princípios e diretrizes repetiram-se, nesta pesquisa, como se o tempo não tivesse transcorrido, como se os velhos desafios fossem extremamente recentes ou houvéssemos voltado ao passado.

Peço agora, licença aos meus caros leitores, para quebrar o protocolo e compartilhar que, ao estabelecer o enunciado “De volta ao passado: novamente no ponto de partida”, fui tomada de um saudosismo e gargalhada ao lembrar o filme, da década de 80: De volta para o futuro, cometendo quase que um plágio, se minha frase não houvesse me ocorrido antes da lembrança.

Mas, lembranças à parte, volto a compartilhar que a realidade nos mostra quão difícil é adentrar aos campos institucionais e provocar mudanças significativas, e que nesse contexto o estudo nos revelou que a Atenção Básica, enquanto território de ordenação da entrada no SUS, continua fragilizada, limitada e longe de se estabelecer como prioridade no âmbito do desenvolvimento das políticas públicas.

A essência do SUS, que deveria ser fortalecida pela PNH, no tocante a ESF, mostrou-se, nesta unidade, uma utopia, tarefa que sinaliza para o desejo, mas que distancia-se dos profissionais que se fazem sofridos diante da realidade vivenciada.

A respeito disso, enfatizo o trabalho de Oliveira *et al.* (2009), quando abre a discussão acerca da pressão sofrida pelos trabalhadores em nome de uma visão naturalizada, por parte dos gestores do SUS, frente a demanda usuária, onde o mesmo expõe, com propriedade, que:

Em nome da “carência” da população, do “direito” do usuário à saúde justifica-se todo tipo de autoritarismo e de precarização nas relações de trabalho [...] e que fazer dos serviços de saúde “unidades de porta aberta” sem criar condições concretas para que as equipes dialoguem com essa demanda, configura-se também em uso inadequado dos recursos públicos (OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 526, grifo do autor).

Desse modo, podemos perceber que o desafio, portanto, continua mais que atual, já que as falas dos entrevistados apontaram para todos os fatores acima mencionados, reforçando a ideia de que não basta que tenhamos alcançado direitos do ponto de vista legal, se faz necessário que estes direitos sejam pactuados entre

governados e governantes, afim de que se estabeleçam condições para sua efetivação e que propicie o engajamento dos sujeitos, em movimentos de corresponsabilidade.

Além disso, os dados obtidos chamam atenção para duas realidades distintas; a de ser profissional da ESF no interior do Estado e a realidade de o ser na Capital, levando-me a refletir se não haveria necessidade de se pensar em novos construtos para concretizá-la, com novos arranjos e organização nesta realidade? Deixando tal reflexão, já como uma das sugestões para próximos investigadores.

Contudo, há de se considerar que o estudo apontou para ações, ainda que não sistemáticas, que vão de encontro ao acolhimento enquanto propiciador de encontros, de escuta qualificada, atitude de respeito e de singularidade. E que a temática gerou nos sujeitos envolvidos uma autorreflexão de sua prática profissional, levando-os a considerações, constatações e sugestões para melhoria do quadro apresentado.

Saliento, pois, que no espaço estudado o acolhimento, enquanto proposta de ação transversalizada, possa e deva ser posto em debate junto aos profissionais da ESF como ferramenta de agregação de atividades correlatas já desenvolvidas, uma vez que, para serem potencialmente produtoras de mudanças precisam ser coletivizadas, para que as várias opiniões acerca do tema sejam debatidas em momentos de reflexão que permitam a criação de bases estruturais que fundamentem o desenvolvimento do acolhimento em seu caráter ético e político, essencial a PNH.

Embora o cotidiano do serviço tenha se mostrado insatisfatório ao desenvolvimento de práticas humanizadas, todos os envolvidos mostraram-se sensíveis à necessidade de debater suas ações e buscar intervenções que os conduzam a uma prática produtora de intercessão, que contribua com a qualidade da atenção.

O reconhecimento de pontos positivos, em meio às dificuldades, reafirma a não indiferença a novas perspectivas de trabalho, embora alguns dos participantes tenham mostrando-se apáticos e desestimulados, sobretudo para acreditar na mediação gerencial para reorganização e eficácia do serviço.

Em linhas gerais, reafirma-se que para a PNH e seus dispositivos obterem sucesso, deve haver conectividade de múltiplos atores, tendo, alegoricamente falando, o apoio institucional como locomotiva que puxa e agrega os demais vagões em espaço linear, democrático e plenamente participativo. Assim, o mesmo estará sempre em movimentos, quer sejam estes mobilizados por ruídos ou por atividades sistematizadas, mas que dinamize e faça circular a afetividade e os vínculos.

Por fim, trago novamente as limitações do estudo, que simplificou alguns conceitos em detrimento de debate proposto e tomou como base o desafio de se deter a fatores essenciais ao desenvolvimento do acolhimento. Mas que, por outro lado, me trouxe a sensação de dever cumprido diante dos resultados ora apresentados.

E, ainda neste sentido, aponto para um fato que mereceria destaque e reflexão. Pois, quando do processo de observação fiquei a indagar o porquê de não ter incluído os usuários no conjunto de sujeitos colaboradores da pesquisa, pois me sentia quase que impulsionada a abordá-los. Desse modo, deixo como última sugestão à proposta de investigação que colham a visão do usuário sobre a perspectiva do acolhimento, bem como do por que da apatia dos profissionais diante dos problemas apresentados e reconhecidos por eles próprios como de responsabilidade compartilhada.

Neste instante final, me ocorre a necessidade de pontuar sobre o grau de complexidade que é lidar com os aspectos que emergem da Atenção Primária e sua efetivação pela ESF, pois envolve todo o campo de subjetividade que tem como núcleo a família e como contexto a cultura em que ela se insere, seccionado por todas as outras relações sociais sendo, ainda, incrementada pelas suas necessidades básicas e recheada pelas desigualdades provocadas pelo sistema. Quase sempre, sendo estas famílias as mais carentes da sociedade, o que requer, dos profissionais que adentram a essa estratégia, mais que habilidades, mais que a quebra da hegemonia do cuidado centrado na doença, mais que técnica, exige sensibilidade, disponibilidade, responsabilidade e ética; para com o outro, para com o trabalho e para com ele mesmo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

_____. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 3, n.1/3, p. 4-20, 2000.

ANDRADE, L. O. M. Evolução das políticas de Saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. *In*: ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C (Col). **SUS passo-a-passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-35.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, G.W.S...et al. (Org.). **Tratado de Saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 783- 836.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A estratégia saúde da família. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e col. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-99.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESP: UERJ/IMS: ABRASCO, 2011. 284p. (Clássicos para integralidade em saúde).

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

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde. Muito Prazer!**. Ijuí: Ed: Unijuí, 2009. p. 61-71.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.561-571, 2005a.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.17, p. 389-394, mar./ago. 2005b.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela vida**. 14.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BOSS, M. **Na noite passada eu sonhei**. São Paulo: Summus, 1979.

BRASIL. Portaria n. 2488, 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Legislação- GM**. Brasil, 24 de Out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 17 de jan. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos** (2008-2011). 3. ed. rev. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56p. (Série B. Textos Básicos da Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília, 2009b. 40p. (Série B. Textos Básicos da Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009c. 44p. (Série B. Textos Básicos da Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3 ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde 2009d. p. 259-260. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e. 46p. (Série B. Textos Básicos da Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e co-gestão**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009f. 56p. (Série B. Textos Básicos da Saúde)

_____. **Política Nacional de Humanização de atenção e da gestão: material de apoio**. 3. ed. Brasília, 2006. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise e contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 160p.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF. Atualizado em jan-2004.

_____. **Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, declaração de Bogotá**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil: UNICEF, 1979.

BRESCIANI, C. Saúde: abordagem histórico cultural. **O mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, v. 24, n. 6, Nov./dez. 2000. 100p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, ano 2, n. 6, p. 50-63, dez. 2002.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. p. 11-15.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S...et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. 2 ed. p. 41- 80.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 301-306, 2007.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, n.17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

_____. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, jul./ago. 2003.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl.1, p. 315-327, 2009.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl.1, p. 545-555, 2009.

CECIM, R. B.; MERRHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl.1, p. 531-542, 2009.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Ganguilhem e Foucault. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G;

GOMES M.H.A.(orgs). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 101-113.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: DESLANDES, S. F.;

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 29 ed., 2010.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl.1, p. 641-649, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão da saúde de 2007:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007. Edição especial.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2005:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Fortaleza Humaniza SUS.** Fortaleza, 2005.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Ministério da Saúde (BR). **Manual de enfermagem.** Brasília: Ministério da saúde, 2001. p. 4-8.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, dez. 2010

. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572010000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2013.

GADAMER, H. G. **O mistério da saúde:** o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.

GODOY, G. L. Trecho do Projeto: Corujas Itinerantes: Refletindo sobre símbolos.

Disponível

em:<http://www.facebook.com/permalink.php?id=427272730694031&story_fbid=431519426936028>. Acesso em: 25 mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem Populacional.** 2010. Disponível em:< <http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 07 jan. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA.

Sistema de Unidades. Disponível em

<http://www.portalchapeco.com.br/~jackson/medidas.htm>. Acesso em: 07 de Mar. 2013.

MATTOSO, J. **O Brasil desempregado: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90.** São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo. 2ª ed. 2ª reimpressão, 2000.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.

MENDES, E. V. **SUS: um processo social em construção.** 1999, p.46-47. Disponível em: < http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2012.

MERCADO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 23-71.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

NEVES, C. A. B; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl.1, p. 503-514, 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.3, p. 44-47, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, G. N.; PENA, R. S.; AMORIM, S. C.; CARVALHO, S. R.; AZEVEDO B. M. S.; MARTINS, A. L. B.; GUERRA, M. B. Novos possíveis para a militância no campo da saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl.1, p. 523-529, 2009.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev, APS**, v.11, n.4, p.362-373, out./dez. 2008.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças no modo de gerir e cuidar. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 701-770, 2009.

_____. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, p. 307-317, 2007.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**; v. 35, n.1, p.103-109, 2001.

PESSOA, S. M. F. **Compreendendo o significado do diabetes mellitus gestacional na vida de um grupo de grávidas internadas**. 2008. 320 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

PORTOCARRERO, M. L. Ética, saúde e bem-estar. **Rev. Filosófica de Coimbra**, n.33, p. 173-184, 2008.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.276- 283, abr./jun. 2007.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde. Muito Prazer!**. Ijuí: Ed: Unijuí, 2009. p.19-59.

SACCONI, L. A. **Minidicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Ed. Atual, 1996.

SAMPAIO, J. J. C. Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária. *In*: FORATALEZA. Secretaria Municipal de saúde. **Fortaleza Humaniza SUS.** Fortaleza, 2005. p. 7-18. (Caderno de textos I).

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalhador em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde. Muito Prazer!**. Ijuí: Ed: Unijuí, 2009. p. 81-96.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da estratégia saúde da família: uma cartografia da micro-política.** 2012. 199f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SOUSA, M. F. Saúde da família e os conceitos necessários. *In*: **Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica.** Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da universidade de Brasília, 2007. p. 39-55.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 366-378, out./dez.1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n4/v8n4a03.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: GASTÃO, W. S. C. et al. **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 531-558.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**MODOS DE ACOLHER: A HUMANIZAÇÃO EM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA
DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V**

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

Data: ___/___/_____

Hora: _____

PERGUNTAS CHAVES:

- 1) FALE, DE FORMA BREVE, UM POUCO DA SUA TRAJETÓRIA AQUI NO POSTO, QUEM VOCÊ É, E O QUE FAZ.
- 2) O QUE É ACOLHIMENTO PARA VOCÊ?
- 3) VOCÊ IDENTIFICA ACOLHIMENTO NA SUA UNIDADE? COMO ELE É REALIZADO?
- 4) QUE FATORES CONTRIBUEM PARA AS AÇÕES DE ACOLHIMENTO?
- 5) QUE FATORES DIFICULTAM AS AÇÕES DE ACOLHIMENTO?

Fonte: Elaborada pelo autor

APÊNDICE B – Roteiro de Observação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MODOS DE ACOLHER: A HUMANIZAÇÃO EM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA
DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V**

SETOR: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____ Observador: _____

1. TRABALHADOR

1.1 Espaço físico:

SIM NÃO

O espaço físico está adequado ao desenvolvimento do serviço?

A mobília facilita o desenvolvimento do serviço?

A iluminação proporciona acuidade visual necessária ao tipo de atividade a ser desenvolvida?

A acústica do ambiente proporciona ausculta clara entre os profissionais do setor e/ou entre profissionais cliente?

O ambiente sugere organização do material e utensílios usados para o exercício da atividade?

A temperatura ambiental proporciona conforto ao local de trabalho?

Descrição/reflexão:

1.2 O serviço:

SIM NÃO

Possui normas e rotinas pré-estabelecidas (Procedimento Operacional Padrão – POP, fluxograma e/ou outro)?

Dispõe de insumos e equipamentos necessários ao desenvolvimento da atividade do setor?

Dispõe de um profissional responsável pelo setor?

Descrição/reflexão:

1.2.1 Em sua dinâmica social, proporciona:

- Relações bem estabelecidas com interação e cooperação
- Trabalho individualizado, isolado e sem interação
- Domínio individual de um trabalhador sobre o setor

Descrição/reflexão:

1.3 Trabalhador/Usuário

SIM NÃO

O usuário é recepcionado com cordialidade?

Existe para com o usuário uma postura acolhedora em sua necessidade específica?

Houve valorização da fala do usuário e escuta qualificada?

Houve resposta interativa e compreensível as suas perguntas?

O usuário recebe do setor o adequado atendimento para o qual o mesmo se propõe?

Descrição/reflexão:

2. USUÁRIO

2.1 Espaço físico:

SIM NÃO

A chegada do usuário se faz em espaço amplo, arejado e confortável?

Existem bancos, cadeiras e /ou similares para espera?

Há espaços destinados exclusivamente para acolhimento?

O ambiente de espera favorece tranquilidade e organização da atenção?

O ambiente contribui para socialização entre usuários e/ou usuários-trabalhadores?

O ambiente físico tem capacidade adequada para acolher o número de clientes/turno que procuram o serviço?

Há formação de filas e/ou aglomerados de pessoas?

Descrição/reflexão:

2.2 Usuário/Trabalhador

SIM

NÃO

O usuário agiu com cordialidade e respeito no contato com o trabalhador?

O usuário se fez entender em suas necessidades de forma objetiva?

O usuário demonstrou, por palavras ou gestos, satisfação com o serviço ofertado?

O usuário demonstrou, por palavras ou gestos, insatisfação com o serviço ofertado?

Descrição/reflexão:

Observações:

Fonte: Elaborado pelo autor

Eu, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), lotada no Centro de Saúde da Família (CSF) José Paracampos, no momento aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, convido você, da ESF do C.S.F Graciliano Muniz a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada **Modos de Acolher: a Humanização em foco na Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional V.**

A pesquisa terá como técnicas a observação sistemática e a entrevista semi-estruturada individual, momento em que você discorrerá sobre o tema em questão, contribuindo de maneira significativa para a compreensão das questões estabelecidas. No intuito de facilitar sua participação a entrevista poderá ser agendada conforme sua disponibilidade com data, local e horário, de sua preferência, devendo esta ser gravada.

Ressalto que sua participação, não remunerada e de acordo com sua vontade, após leitura cuidadosa deste termo, será sigilosa e que você poderá recusar-se a continuar participando da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Deste modo, espero contar com sua valiosa colaboração, entendo-a como fundamental ao alcance dos objetivos da referida pesquisa e ponho-me a disposição para quaisquer esclarecimentos. Para tanto forneço meus telefones de contato: 34334927 e 34334914.

ATENÇÃO: Para qualquer questionamento durante sua participação no estudo você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará no endereço e/ou telefone abaixo:

End: Rua: Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo Tel: 33668338

O abaixo-assinado, _____, _____ anos, RG N° _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário desta pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive oportunidade de receber explicações e esclarecer todas as minhas dúvidas em relação à pesquisa e declaro ainda está recebendo uma cópia assinada deste termo.

Nome do Voluntário	Data	Assinatura

Nome do Pesquisador	Data	Assinatura

APÊNDICE D - Quadros sínteses dos resultados obtidos das observações de setores da unidade básica de saúde e descrições/reflexões sobre os setores observados

Quadro 2 – Quadro síntese dos resultados obtidos da observação de setores da unidade básica de saúde, relacionado ao trabalhador:

Aspecto observado	Setor observado				
	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
O espaço físico está adequado ao desenvolvimento do serviço?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
A mobília facilita o desenvolvimento do serviço?	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
A iluminação proporciona acuidade visual necessária ao tipo de atividade a ser desenvolvida?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
A acústica do ambiente proporciona ausculta clara entre os profissionais do setor e/ou entre profissionais cliente?	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
O ambiente sugere organização do material e utensílios usados para o exercício da atividade?	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
A temperatura ambiental proporciona conforto ao local de trabalho?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM
Serviço	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
Possui normas e rotinas pré-estabelecidas (Procedimento Operacional Padrão – POP, fluxograma e/ou outro)?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Dispõe de insumos e equipamentos necessários ao desenvolvimento da atividade do setor?	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Dispõe de um profissional responsável pelo setor?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Trabalhador/usuário	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
O usuário é recepcionado com cordialidade?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Existe para com o usuário uma postura acolhedora em sua necessidade específica?	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
Houve valorização da fala do usuário e escuta qualificada?	NÃO	SIM	NÃO	NÃO HOUVE INTERAÇÃO	NÃO
Houve resposta interativa e compreensível as suas perguntas?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO HOUVE INTERAÇÃO	NÃO
O usuário recebe do setor o adequado atendimento para o qual o mesmo se propõe?	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
Em sua dinâmica social proporcionou:	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
	Trabalho individualizado isolado e sem interação				

Fonte: Quadro elaborado pelo autor

Quadro 3 – Quadro síntese dos resultados obtidos da observação de setores da unidade básica de saúde, relacionado ao usuário:

Aspecto observado	Setor observado				
	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
A chegada do usuário se faz em espaço amplo, arejado e confortável?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Existem bancos, cadeiras e /ou similares para espera?	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Há espaços destinados exclusivamente para acolhimento?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
O ambiente de espera favorece tranquilidade e organização da atenção?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
O ambiente contribui para socialização entre usuários e/ou usuários-trabalhadores?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
O ambiente físico tem capacidade adequada para acolher o número de clientes/turno que procuram o serviço?	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Há formação de filas e/ou aglomerados de pessoas?	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
Usuário/Trabalhador	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
O usuário agiu com cordialidade e respeito no contato com o trabalhador?	NÃO EM TODOS OS CONTATOS	SIM	SIM	SIM	NÃO
O usuário se fez entender em suas necessidades de forma objetiva?	NÃO EM TODOS OS CONTATOS	SIM	SIM	SIM	NÃO
O usuário demonstrou, por palavras ou gestos, satisfação com o serviço ofertado?	NÃO EM TODOS OS CONTATOS	NÃO	NÃO EM TODOS OS CONTATOS	SIM	NÃO
O usuário demonstrou, por palavras ou gestos, insatisfação com o serviço ofertado?	NÃO EM TODOS OS CONTATOS	NÃO	NÃO EM TODOS OS CONTATOS	NÃO	SIM

Fonte: Quadro elaborado pelo autor

Quadro 4 – Descrições e reflexões sobre os setores observados:

Descrição/ Reflexão	Setor observado				
	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia
Espaço físico	<p>Possui um espaço razoável, mas os dois profissionais do setor ficam próximos, dificultando o diálogo das quatro pessoas que interagem ao mesmo tempo (2 profissionais e 2 usuários);</p> <p>Acentuando tal aspecto os mesmo ligam um rádio no setor ;</p> <p>O setor é quente.</p>	<p>O espaço é amplo, mas a bancada desconfortável para três profissionais pois só há espaço p/ 1 cadeira que proporcione um sentar adequado; A interação c/ o usuário se faz por uma minúscula janela de vidro de aproximadamente 30X30 cm, inviabilizando a comunicação adequada.</p> <p>Gerando, assim, o contracenso entre valorização da fala e resposta interativa.</p>	<p>.A sala é pequena, mas organizada, porém quente, dispondo de um pequeno ventilador que precisa ser desligados p/ realização de alguns procedimentos</p>	<p>A sala é ampla, pintada recentemente ;</p> <p>Existem bancos de alvenaria também em amplo espaço de espera</p>	<p>A sala dispõe de 2 cadeiras odontológicas; O espaço é regular, possui ar condicionado e reflete organização;</p> <p>O registro das atividades são realizadas em um único computador;</p> <p>Não existe sala de espera apenas um espaço comum a 3 consultórios.</p>
Descrição/ Reflexão	Recepção	Farmácia	Curativo	Imunização	Odontologia

Serviço	A fala é automatizada, a interação é curta e se restringe a solicitação de documentos e entrega do registro de marcação.	Mesmo sem perguntar a funcionária relata que, no momento, faltavam muitas medicações	O trabalho é realizado com técnica, mas humanizado; No setor faltavam coisas básicas, como luva; Na sala também são realizadas glicemias e coleta de escarro para baciloscopia.	O trabalho é técnico e/ou realizado pela manhã. Há pouco diálogo entre profissional/ usuário	Não estava sendo realizado em virtude da falta de material e do estado de greve dos profissionais de nível médio.
----------------	--	--	---	---	---

Observação geral ⇒ Em todos os setores, com exceção da imunização, as filas se cruzam tornando-se incompreensíveis. O barulho é desconcentrador. As pessoas, por vezes gritam para ter acesso aos setores fechados, às discussões são comuns entre usuários/usuários e/ou usuário/trabalhadores. Os usuários circulam várias vezes os mesmos ambientes em busca do seu destino de atendimento e/ou em busca de informação. As pessoas buscam descanso, principalmente idosos nas poucas cadeiras e nos batentes situados no vão de acesso aos consultórios. O dia de marcação para consulta especializada (adentrar a fila de espera virtual ou agendar a consulta) é caótico potencializando todos os aspectos mencionados.

Fonte: Diário de campo 25/09/12

Fonte: Quadro elaborado pelo autor

APÊNDICE E – Solicitação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Fortaleza, ____/____/____

À

Ilmo. Sr.

Dr. Fernando Antônio Frota Bezerra

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – COMEPE/UFC

Eu, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de faria, Enfermeira, lotada no C.S.F José Paracampos, mestranda em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, venho através deste submeter à apreciação de V. Sa. e solicitar permissão para desenvolver a pesquisa intitulada **Modos de Acolher: a Humanização em foco na Atenção Básica de Saúde**, no Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz, Secretaria Executiva Regional V. Informo-lhes que a mesma estará sob orientação da Profª Dra. Maria Vaudelice Mota que compõe o quadro de docentes da pós-graduação da Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária e Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

Ressalto, ainda, a comprometer-me em conduzir esta pesquisa dentro dos princípios éticos e de acordo com a Resolução Nº 196/96 de 10 de Outubro de 1996 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos considerando os princípios da bioética, não maleficência, autonomia, beneficência e justiça.

Atenciosamente,

Shirley C. R. B. de Faria – Pesquisadora

Profª. Dra. Maria Vaudelice Mota – Orientadora

APÊNDICE F – Solicitação do parecer da Coordenadoria do Sistema Municipal de Saúde Escola

Fortaleza,

____/____/____

À

Ilma. Sra.

Dra. Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Eu, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de faria, Enfermeira, lotada no C.S.F José Paracampos, mestranda em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, venho através deste submeter à apreciação de V. Sa. e solicitar permissão para desenvolver a pesquisa intitulada **Modos de Acolher: a Humanização em foco na Atenção Básica de Saúde**, no C.S.F Graciliano Muniz, Secretaria Executiva Regional V. Informo-lhes que a mesma estará sob orientação da Profª Dra. Maria Vaudelice Mota que compõe o quadro de docentes da pós-graduação da Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária e Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

Solicito, ainda, permissão para citar o nome da Secretaria Executiva Regional V e do referido centro de saúde, ressaltando que a pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UCF, comprometendo-me à conduzi-la dentro dos princípios éticos e de acordo com a Resolução Nº 196/96 de 10 de Outubro de 1996 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos considerando os princípios da bioética, não maleficência, autonomia, beneficência e justiça.

Ressalto que intenciono propagar os resultados da referida pesquisa, contribuindo, assim, para o fortalecimento e o processo de continuidade da Política de Humanização desta Regional, entendendo que articular produção científica e prática enriquece o cotidiano dos serviços e viabiliza a concretização do SUS que queremos.

Atenciosamente,

Shirley C. R. B. de Faria

APÊNDICE G – Solicitação do parecer da Secretaria Executiva Regional V

Fortaleza, ____/____/____

À

Ilma. Sra.

Dra. Terezinha de Jesus Muniz Ferreira

Chefe do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional V

Eu, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de faria, Enfermeira, lotada no C.S.F José Paracampos, mestranda em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, venho através deste solicitar de V. Sa. permissão para desenvolver minha pesquisa no C.S.F Graciliano Muniz. A mesma terá como título **Modos de Acolher: a Humanização em foco na Atenção Básica de Saúde** e estará sob orientação da Profª Dra. Maria Vaudelice Mota.

A opção pela realização da pesquisa nesta instituição deve-se ao fato de ser uma das áreas de influência para o atendimento do C.S.F José Paracampos no qual atua na Estratégia Saúde da Família há seis anos, sendo o tema de especial relevância para mim, enquanto integrante da Câmara Técnica de Humanização.

Solicito ainda permissão para citar o nome da Secretaria Executiva Regional V e do referido centro de saúde, ressaltando que a pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UCF, comprometendo-me à conduzi-la dentro dos princípios éticos e de acordo com a Resolução Nº 196/96 de 10 de Outubro de 1996 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos considerando os princípios da bioética, não maleficência, autonomia, beneficência e justiça.

Intenciono, portanto, propagar os resultados da referida pesquisa, contribuindo, assim, para o fortalecimento e o processo de continuidade da Política de Humanização desta Regional, entendendo que articular produção científica e prática enriquece o cotidiano dos serviços e viabiliza a concretização do SUS que queremos.

Atenciosamente,

Shirley C. R. B de Faria

APÊNDICE H – Solicitação de liberação formal de acesso as dependências e profissionais do C.S.F Graciliano Muniz à SER V

Fortaleza, ____/____/____

À

Ilma. Sra.

Dra. Terezinha de Jesus Muniz Ferreira

Chefe do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional V

Afim de cumprir com os quesitos éticos e formalidades exigidas para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **Modos de Acolher: a Humanização em foco na Atenção Básica de Saúde**, eu, Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria, venho solicitar de Va Sa. liberação formal para adentrar ao C.S.F Graciliano Muniz, campo da pesquisa, permitindo-me livre acesso as dependências da referida Unidade de Saúde, bem como aos seus profissionais.

Informo que o referido projeto estará sob a orientação da Prof^a Dra. Maria Vaudelice Mota, que compõe o quadro de docentes da pós-graduação da Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária e Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

Atenciosamente,

Shirley C. R. B. de Faria

APÊNDICE I - Transcrições

ENTREVISTADO: Auxiliar de Enfermagem

DATA: 29/11/12 HORA: 9h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxiliar de enfermagem 1

Bom dia! Eu queria que você falasse pra mim um pouco da sua trajetória aqui no posto, quanto tempo você chegou, o que você faz, qual a sua profissão.

- Eu cheguei em 2003, aí eu comecei como administrativo, trabalhava na recepção e logo em seguida eu fiz meu curso de auxiliar. Aí, já fiquei engajada como auxiliar, terminei o curso em 2008, e de lá pra cá eu já exerço minha função. Aí, eu sou do acolhimento pela manhã, recebo as pessoas que estão marcadas, aí verifico pressão, peso, altura, é... passo no sistema pra ficar na agenda do médico e a tarde eu fico na sala de vacina.

O que é acolhimento pra você?

- Acolhimento é a pessoa quando tá..., “tando” agendada ou não “tando” agendada, que também a gente trabalha com consultas extras. Assim... o pessoal quando tá marcada pro dia, eles confirmam na recepção e de lá já vão direto pro acolhimento, “pra” gente fazer os primeiros atendimentos que é a verificação de pressão, é o peso, saber qual é o médico que vai ser atendido. No caso, se não tiver agendado a gente vai avaliar pra ver se tem a necessidade de ser atendido naquele dia, naquele momento, se não tiver aí a gente faz o agendamento pra uma outra data, e se tiver a necessidade de ser atendido naquele dia eu vou ver qual é o médico que tá na unidade e dependendo do que precisa, aí a gente encaminha pro médico. Aí pronto! É feito avaliação da pessoa põe no sistema e de lá já vai direto pra sala do médico.

Você identifica acolhimento na sua unidade?

- Identifico, então.

Quais os fatores que você acha que contribuem para o acolhimento aqui?

- Como assim?

O que ajuda, o que facilita, o que ajuda a acolher as pessoas nessa unidade?

- Só a necessidade deles está precisando da gente, e a gente poder ajudar. Aí... só isso mesmo!

E o que você acha que dificulta o acolhimento na unidade?

- O que dificulta, é quando a gente não tem um médico na unidade por que a gente faz o atendimento, primeiro, mas aí se não tiver um médico a gente tem que dizer um não, “né”. Não! Venha

amanhã, venha à tarde, tentar à tarde por que às vezes acontece do médico não “tá” na unidade, e a gente mandar vir no outro dia.

Tem mais alguma coisa sobre acolhimento que você gostaria de colocar pra mim?

- Assim... antes, logo quando eu fui pra..trabalhar lá no acolhimento, aí eu tinha feito...tinha mudado. Assim! Por que o pessoal chega muito ‘*stressado*’, cansado, a gente diz assim... Sente aqui! Pra poder dar um tempinho para verificar a pressão, “né”, pra não “dá” alterado. Aí, eu trouxe umas revistas, uns livros, botei lá, mas o pessoal não gostaram*, eu já botei pra ver se..., “né”, amenizava mais o ‘*stress*’ deles, pra eles chegarem e ficar folheando, pra não ficar esperando a toa, mas eles não gostaram*, tava tendo era confusão. Por que achava que o pessoal “tava” ali, sentado, era lendo revista, não era pra trabalhar, a gente teve que tirar, aí... aquela coisa mais grosseira, chega, senta ali, espera uns cinco minutinhos, verifica a pressão e pronto.

{...}, **obrigada pela colaboração.**

ENTREVISTADO: Técnica de Enfermagem

FUNÇÃO: DATA: 29/11/12 HORA: 9h36min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxiliar de enfermagem 2

Me fale um pouco de sua trajetória aqui no posto, há quanto tempo chegou, qual a sua função, o que você faz.

- Até quem indicou também?

Não, isso não.

- Não! Eu vou fazer 16 anos agora no próximo ano, dia 02 de Maio faço dezesseis anos que trabalho aqui. Já passei por todos os setores, já fui atendente odontológico, já fui atendente ginecológico, já fui atendente de médico, já passei pelo SAME⁹, já fiz entrega de leite, já ajeitei bolsa família, já trabalhei...aí quando...há uns três anos que estava aqui eu fiz o técnico de enfermagem. Aí, já fui fazer as funções de técnico de enfermagem, que foi o caso: já trabalhei em sala de vacina, em sala de curativo, na sala de acolhimento pesando, medindo, enfim... já passei em todos os setores aqui. Atualmente eu “tô” na sala de prevenção quando precisa de mim, e “tô dando” uma força na farmácia, por que como eu já tenho experiência, que o primeiro setor que eu cheguei aqui foi a farmácia, como eu já tenho experiência na farmácia, uma pessoa saiu a pouco tempo e entrou mais dois novatos que não sabiam direito a farmácia. Como eu já tenho essa parte, já... “né”, então fiquei na farmácia, em atendimento na farmácia, hoje estou na farmácia, só atendo na prevenção “né”...só quando alguém falta eu vou lá e preencho o local de quem faltou. “Tô” cursando agora Enfermagem, “tô” no segundo semestre de Enfermagem, “tô” tentando “né”, fazer... faço a noite.

E assim, o que é acolhimento pra você?

⁹ SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística, usualmente, é hoje, nas unidades de saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza a recepção, onde se direciona todos os atendimentos e onde se faz a marcação da consulta especializada.

- Acolhimento em primeiro passo é atender o paciente “né”, ver qual são as suas dificuldades. Pra mim o acolhimento não é só pesar nem medir, é chegar o paciente ver qual é o problema e tentar resolver, “né”. Indicar se ele é pra farmácia, se é pro SAME, se é pra uma consulta, pra ver quem é a enfermeira... principalmente, que aqui no posto não tem salas disponíveis pra todos os enfermeiros, nem pra todos os médicos, por que a equipe realmente não funciona como é “pra” funcionar, por falta de carro, “né”. Por falta de carro. Então a equipe fica toda aqui, às vezes até as cinco, mesmo faltando um médico uma enfermeira numa equipe, mas ficam todas as cinco aqui. Então não tem espaço, assim. Então, quando o paciente chega, pra mim o acolhimento é indicar o paciente no local certo, pra ele não tá rodando, se ‘*stressando*’, aumenta a pressão, o paciente fica ‘*stressado*’, aí começa a ter baixaria*, essas coisas... então pra mim acolhimento é, inicialmente, indicar o paciente pro seu local ideal.

E você identifica acolhimento nessa unidade?

- Assim...quando tinha o posso ajudar, que foi uns cargos, não sei...politicamente começou! Mas quando tinha o posso ajudar melhorou um pouco, por que ficava uma pessoa ali na, na porta, quando o paciente chegava, ele já pegava, o que é o da Senhora? “Né”, um exemplo, é farmácia? Você tem que passar primeiro no SAME pra depois ir pra farmácia. Qual é a Senhora? É o médico tal? Já indicava a porta do médico tal, entendeu? Então assim... existia, hoje em dia não vejo muito não! Agora a gente tá com um porteiro, que melhorou, esses dois porteiro, “né”, que eles dão, principalmente o Sr. ©, esse novato, que eles dão uma indicação melhor pra pessoa.

Então você acha que todas as pessoas podem participar do processo de acolhimento?

- Eu acho que sim, eu acho assim que, principalmente a parte da frente, “né”! Por que o SAME, é...eu digo que é o cérebro daqui do posto, o atendimento principal é o SAME, que vai indicar tudo, onde... “né”, onde é a farmácia, onde é consultório, acho que o SAME, o SAME, começa o acolhimento a partir do SAME, na minha opinião.

E que fatores você acha que contribuem para o acolhimento?

- Que fatores? Depois do SAME, a parte do peso, “né”. Assim... tem que ter, na minha opinião, bons equipamentos. Assim...a balança está sempre boa, essa parte de peso “né”, eu acho que tem que “tá” sempre bom, ter sempre os aparelhos adequados, termômetro que...vem muito termômetro, mas sempre quebra “né”, essa parte de acolhimento assim... “tá, tá” com bons profissionais “pra” indicar o paciente, a chegar, sentar um pouquinho, descansar, “pra” depois verificar a pressão, acho que essa parte aí, também contribui!

E na unidade o que você acha que dificulta, quais são os fatores que existem hoje, na unidade que dificultam o acolhimento?

(Risos)

- Bem! Não sei dizer, assim... o que dificulta, “né”. Assim... é não ter uma boa informação “né”, as vezes tá muito lotado, o SAME “né”, muita gente pra fila de espera, e as vezes não dá atenção primordial que o paciente...acho que o que dificulta é isso. Se tivesse uma pessoa específica “pra” isso, só “pra” isso, aí eu acho que melhoraria bastante, a minha opinião, “né”. Eu acho que o que dificulta é isso! “Nem” sempre as pessoas que estão ali no SAME, muito perturbada, um diz uma coisa, outra diz outra, às vezes não dá a atenção que o paciente precisa. Por que às vezes a pessoa não está só doente “né”, ela “tá” com problema, é você não saber responder uma pessoa, por mais que ele seja...tenha a sua certa ignorância, mas a gente tem que responder bem, pra que ele se acalme. Eu acho que se tivesse uma pessoa específica melhoraria, é a minha opinião, pessoa só “pra” isso, “pra” fazer esse acolhimento, primeiro, ali na recepção.

ENTREVISTADO: Auxiliar de Enfermagem

FUNÇÃO: DATA: 05/12/12 HORA: 8h15m

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxiliar de enfermagem 3

Bom dia!. Me fale um pouco de sua trajetória aqui no posto, quanto tempo você está aqui, o que você faz, qual a sua profissão.

- Treze, treze anos.

- Ah! Eu entrei aqui através de uma *DNI*¹⁰ que mora vizinho a minha casa, eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem, aí tava estagiando voluntário na Santa Casa, aí ela disse assim..."tá" precisando urgente de uma auxiliar lá no posto! Aí eu falei com a coordenadora, aí...Ãh! eu vou.

- Eu tava colocada lá sem...se eu tava voluntária lá sem...ia passar seis meses sem ganhar nada, na Santa Casa. Imagina! Seis meses. Aí eu vim, era perto de casa, moro aqui na Penetração (**Rua do bairro**).

- Aí eu cheguei direto pra sala de vacina.

Desde então você ficou na sala de vacina?

- Já fui pra outras salas, mas a origem mesmo é a sala de vacina, quando eu cheguei tinha duas auxiliares que saíram de férias. Imagina aí! Eu fiquei sozinha, praticamente sem..., por que no estágio a gente não pega quase nada de vacina, "né". Fui "pro" estágio "num" posto que era* à tarde, o posto não tinha quase nada, se eu fiz cinco vacinas foi muito.

Então você fez a sua prática de vacina nessa unidade?

- Foi! Aqui na unidade. Ajudando a enfermeira que tinha aqui, me ajudava muito, muito legal! Dra. R., conhece? Tá no Hospital de Messejana, ela me ajudou.

- Aí, "daí" eu fiquei na sala de vacina, fui "pro" curativo, já fui "pra" prevenção também, só não passei pelo SAME, por que essa parte de SAME não tem nada haver comigo, com a enfermagem. Mas tem outros setores, o aerosol... saio* com Dr. © para pastoral da criança uma vez por mês. Vou pro Colégio no programa da Família, do PSE nas escolas! Eu acompanho ele (**Dr. ©**), o NASF. Participo da Comissão de Maus-tratos. Sou secretária da Comissão de Maus-tratos, Dr. ©, tudo é ele...(Risos).

E o que é acolhimento pra você?

- Acolhimento pra mim, no geral, seria tudo "né", principalmente, começando pela estrutura física "né", que o posto realmente, com todas as reformas ela não tá dando como acolher. Ele é muito mal estruturado, esse corredor então! Não tem "pra" onde correr. Esse corredor!

Você identifica acolhimento nessa unidade?

¹⁰ DNI, sigla utilizada para cargos comissionados de apoio a chefia das unidades de saúde do município de Fortaleza.

- Não, nesse sentido não, é muita gente pra você conciliar do jeito que é “pra” ser. Por que a área aqui é grande demais. Um quer exame, outro quer o médico...Aqui nós temos médico, mas o fixo, dois pediatras “muito bom”, que não faltam de jeito nenhum, que são da prefeitura, são os dois que ficavam “né”, eles ajudam muito, por que sem os dois... .E o Dr. ©! É o único médico que fica aqui (**da ESF**), aguentando o tranco* mesmo, muito sobrecarregado pra ele, eu acho demais, por que tem outro que atende na área “né”, Dr. ©, vem aqui, mas só umas duas vezes, “né”, não é como..., tipo assim, Dr. © acolhe muito, ele acolhe. Mas tem vezes que ele acolhe tanto que fica sobrecarregado, eu sinto. A gente fica sobrecarregada, agente fica... faz mal, eu sinto assim.. Deus me livre! Se eu ficar muito sobrecarregada, eu fico... tiro por mim.

- E tem essa questão da estrutura, não tem sala pra todos, tem hora que o médico tem que esperar o outro sair. Tipo a Dra. © “né”, que é da ginecologia, esse é um dos piores, eu acho um dos piores, quando ela vem atender, se o Dr. © está na sala ele tem que sair, eu fico com ele também, assim que termina, nas carreiras, e aí vai “pra” outra sala que não é bem estruturada pra ele poder atender.

Esses fatores que você está colocando, você acha que já são fatores que dificultam o acolhimento?

- Atrapalha o acolhimento, hora se não! Por que você chega e fica esperando que o outro médico saia, essa é uma das partes pior*. Eu acho! Por que não tem como acolher direito, “né”. Oh! A estrutura aí! Vem aqui um dia de exame de sangue aqui, dia 25, pra você vê.

Que fatores você identifica que contribuem para o acolhimento?

- Tem, assim...tem muita gente que é...que acolhe direito, mas tem outras que não, a comunidade também, toda carente, quando chega, respeite! Tem gente...(risos) fica ‘*estressada*’ por que quer ser atendido. Ele não tem como ser atendido em muitos casos, então a pessoa fica nervosa, “né”.

Como você me explica o acolhimento aqui?

- Hoje mesmo eu tava dizendo que a minha ideia seria assim! Não tem o porteiro? Ou alguém que ficasse na frente informando tudo. O menino do SAME “tá” sobrecarregado, aí chega uma pessoa perguntando outra coisa que não tem nada haver, ele para pra fazer aquilo, não tem...não tem como o SAME ser assim, não! Bote alguém ali na porta informando o que tem hoje, o médico tal, onde é que “tá”? Eu acho que isso seria uma das melhores ideias, “né”. Bote uma pessoa na frente dizendo o que “tá”... tem de atendimento hoje pra ele não ficar rodando, nem entrar no posto à toa. Tem muita gente que entra no posto à toa. Sobrecarregando o posto, até a maioria, até só olhando, aqui tem muito dessas coisas. Entra sem necessidade, pra sobrecarregar o posto, sobrecarrega mesmo! Bate na porta, não é essa porta. Abre, não é aquela pessoa que ele quer, atrapalha... se a porta não tiver trancada. Lá na sala de vacina, quando eu “tô”, eu sou chamada de chata, mas eu tranco. Por que se eu “tô” só, abre, tira a atenção. E sala de vacina é uma coisa séria, vacina é seriíssima. Aí tira você da atenção, aí vai perguntar outra coisa que era pra ter se informado bem aqui na frente. Eu acho que a informação seria o mais certo

- Por que os menino aí...o vigia, que a gente chama, tem a função de porteiro, eles são legal*. Mas o porteiro tem que ter acolhimento, tem que saber como é que é... Eles são legal*. O Sr. ©, ele é bem educado, ele não é ignorante, como já teve outros, mas o coitado tem que informar direito tudo... tudo, mas ele tem que ter escrito, “né não”?, eu acho, eu não sei...

- Tem as reuniões de roda que não “tá” tendo, viu! Não “tá” tendo mais reunião de roda não. Sempre “num” tem, nos postos? A gente tinha sempre, aí teve uma parada, não sei por quê? Por que toda roda sempre resolve os problemas, na roda. Tá certo que as vezes acontece alguma coisa que não tem nada haver na roda, mas tem coisa muito necessária, na roda, era sexta feira que a gente fazia, mas tá com

uns seis meses que foi suspenso, eu também não sei por que. Eu não vou entrar em detalhes por que eu não tenho nada haver com isso. E tenho, por que eu trabalho aqui dentro do posto.

- Eu tenho, eu...tem três antigo* aqui do...eu “sô” terceirizada, tem três antiga* terceirizadas, só. E três funcionárias da prefeitura que são bem antigo*, a ©, aquela magrinha a © e a ©, são as mais antigas daqui, e é da Prefeitura. Terceirizados mais antigas só eu, a © e a ©, o resto tudo novato, que chegaram, eles “tão” chegando agora.

- A limpeza! Tem funcionário, eu...eu sou muito exigente “né”, fico até com raiva, por que sou exigente demais, a gente pede uma coisa, a pessoa não quer fazer, demora. Eu já me ‘estressei’ com a frente desse posto aí, chamei até...até de rampa. Isso não é frente do posto, o jardim, tudo morrendo...as flores, só sustenta essas flores por que tem uma senhora que agoa*, mas as plantas “tá” morreram, “tô” vendo a hora é morrer “tudim”. A sujeirada*, já reclamei, reclamei... até que o © disse que ia tentar cortar. Por que tem um pé (**planta**) ali! Que passa, as pessoas passam... ali na frente e “tão” se machucando.

Então {...}, esses também são fatores que você considera que dificultam o acolhimento?

- Limpeza é essencial. Principalmente por que mudou, piso branco aparece mais a sujeira, você tem que limpar mesmo. Aí assim... a não obediência, pessoal não quer obedecer...uma parte não quer obedecer o que é pra ser feito, eu não sou coordenadora. Não vou ficar enchendo a minha paciência todo tempo pedindo. Eu detesto pedir. Aí eu fico com raiva quando eu peço uma coisa e a pessoa não atende, principalmente limpeza “né”, se eu puder fazer eu faço, mas não posso “tá” vacinando e limpando.

- Agora realmente eu “tô” mesmo ‘estressada’ com essa frente desse posto. Parece que mandou...não sei se mandou ofício pra ver se vem podar essa planta, por que ela “tá” rasgando...ela tem espinho, aí o pessoal passa, se machuca e tem que passar pelo meio da rua, por que ela “tá” assim, mas já teve pior, não sei quem quebrou o galho dela, aí. Eu fico indignada com isso mulher! Como é que pode, na frente do posto! Sujo desse jeito! Eu até pensei em pagar do meu bolso pra limpar, mas eu não posso, eu também não tenho condição, não.

- Mas eu não gosto também de “tá” reclamando, que depois ela (**a coordenadora**) vem achar que eu sou reclamadeira* demais, (risos) ela acha “né”, quando você reclama demais ela...vixe*..., mas tu fala demais.

Por que só um reclama?

- Pelo menos da frente do posto, só eu “né”, eu já chamei até rampa, a rampa do posto. Quando começar a chover...!

OK! Muito obrigada pela participação.

ENTREVISTADO: Auxiliar de Enfermagem

FUNÇÃO: DATA: 29/11/12 HORA: 10h25min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxiliar de enfermagem 4

É... Bom dia! Fale um pouco, pra mim, da sua trajetória aqui no posto, há quanto tempo você chegou, que função você desempenha, o que você faz.

- Bom! Eu cheguei aqui tá com um ano e três meses, quando cheguei eu fiquei na sala do curativo, aí depois... não! Quando eu cheguei fui primeiro “pro” teste do pezinho, aí depois fui pra sala de curativo e hoje “tô” na sala de prevenção, auxiliando as enfermeiras nas prevenções.

Você acompanha uma equipe específica do Saúde da família?

- Assim...já colocaram o meu nome. Foi o que eu te falei “né”, em uma das equipes, mas ir... eu ainda não fui. Só fui uma vez fazer o curativo de um paciente.

{...}, e o que é acolhimento pra você?

- Acolhimento pra mim é a chegada de todos os pacientes “né”, é... o início dos seus atendimentos, com os médicos e enfermeiros “né”, verificação de peso, pressão, temperatura “né”, e passagem “pro” sistema.

E você identifica acolhimento na unidade que você trabalha?

- Sim , identifico.

Como é que ele acontece aqui?

- Bom... na maioria das vezes é um pouco tumultuado, que é gente demais “né”, mas ocorre direitinho o funcionamento dele. Mas agora eu só acho assim, a parte de extras (**consultas**), de pediatria, que vai pra lá aí eu acho que não deveria ser.

O que você chama de direitinho?

- O fluxo... pronto! Essa chegada “né”, de verificar pressão, peso, temperatura, e do sistema, isso aí funciona normalmente. Pronto! Cada pessoa, dependendo “pra” onde vai enfermeiro, médico... aí quem tá lá, já identifica. Ah! Vai pra sala tal. Sala 1 ,sala 2...! Aí eles ficam naquela sala até serem atendidos.

E que fatores você identifica que contribuem pra esse acolhimento aqui na unidade?

- Como assim, não entendi?

O que ajuda acolher, a fazer o acolhimento?

- Na realidade eu acho um pouco defasado por que tem horas, que chega o funcionário não vem... “né”, falta, e alguns quando chega já tá cheio de gente lá, várias vezes outras pessoas de outros setores tem que ir pra lá, pra ajudar, mas na maioria das vezes funciona direitinho, “né”. Agora “pra” um melhor atendimento seria melhor um pouco mais de funcionários pra lá.

Falta profissional?

- Falta...melhor...isso, por que atendimento tem, pra um atendimento melhor, eu acho que seria melhor...

Tem fatores que dificultam esse acolhimento no trabalho?

- Por que isso conta. A pressão “né”, a fila sempre fica muito grande pra verificação de pressão e só é uma pessoa pra verificar, “né”. Aí, muitos pacientes. Pronto! Eles vem verificar a pressão “pra” ir ao médico, boa parte, mas outros não, outros vem só pra monitorar sua pressão, “né”. Todo dia vem aquele

paciente, de manhã e de tarde, eles vêm, mas nem aí, nem sempre eles são bem atendidos por que são* muita gente, principalmente no dia de médico, e atendimento com enfermeiros.

ENTREVISTADO: Auxiliar de Enfermagem

FUNÇÃO: DATA: 29/11/12 HORA: 11h45min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxiliar de enfermagem 5

Bom dia! Eu queria que primeiro que você me falasse um pouco de sua trajetória aqui na unidade, quando você chegou, quanto tempo, o que você faz.

- Bom! Quando eu cheguei, na verdade eu era inexperiente por que estava em processo de curso ainda, sendo estagiária. Eu tive essa oportunidade de começar aqui na unidade, fui muito bem atendida. É... fui colocada em vários setores, por que ainda não tinha um lugar certo “pra” mim, mas confesso que aprendi muito quando cheguei aqui, por que foi minha primeira oportunidade na área de saúde. É... passei somente duas semanas na sala de vacina, depois me colocaram pra ser a auxiliar que realiza os prontuários das gestantes. Me identifiquei bastante, por que é... acabei sendo amiga, não só atendendo, só. Mas sendo amiga delas. Depois passei afazer o teste do pezinho, fui treinada e no momento, agora, faço teste do pezinho, auxilio na prevenção, quando necessário, eu “tô” aqui como auxiliar.

Você é auxiliar ou técnica de enfermagem?

- Eu “tô” aqui como auxiliar. Confesso gosto muito do que faço, por que me surpreendi, por que não sabia até então, não sabia que me identificava.

Me diga uma coisa, e o que é acolhimento pra você?

- Olha, acolhimento! Pra mim é atender bem, ouvir e, acima de tudo, não só olhar o paciente, usuário, pela doença que está sendo apresentada, mas como um ser humano. E eu te acrescento ainda que deveria ser é...incentivado a prática da humanização. Por que o acolhimento não é só aquela sala específica, mas acolhida começa lá de fora, lá do início da unidade, e nem sempre isso acontece, eu não sei se é por despreparo dos funcionários, dos profissionais, eu não sei. Mas o que eu tenho observado desde quando eu cheguei, com toda sinceridade, é que há uma necessidade muito grande de aplicar essa parte da humanização. Por que “nem” sempre é, Shirley né...Shirley, ah... o usuário nos procura e “nem” sempre é possível dá aquela resposta que ele está precisando, mas a forma de atender aquela pessoa muda muito.

E me diga uma coisa, você identifica acolhimento nessa unidade?

- Eu identifico.

Em que momentos você identifica o acolhimento aqui? Como ele acontece?

- O acolhimento! Eu identifico no momento em que eu atendo aquela pessoa ou então um amigo meu, a equipe atende aquela pessoa de forma correta, eu chamo acolhimento.

Existem fatores que contribuem pra acolher as pessoas?

- Como assim?

Fatores que você acha que facilitam? É...acolher as pessoas?

- Falar de pessoas, eu acredito que eu vi uns amigos falarem assim...{...}, acolhimento falta pessoas para trabalhar. Eu não diria isso, eu diria preparo das pessoas, eu acho que a quantidade de pessoas não seria a resposta...um, um problema resolvido.

Você acha que podem ter muitas pessoas e mesmo assim não acontecer, por que as pessoas não estão preparadas, é isso?

- É o meu ponto de vista. Pode ter três pessoas e o acolhimento estar lotado, mas se aquelas pessoas estiverem preparadas “pra” aquele atendimento, com certeza vai existir o acolhimento, aquela acolhida vai sair bem. Número não seria uma solução, não seria...

Então você acha que número não é o fator mais importante? Não é a solução, é isso?

- Não é a solução. Sim! isso.

E que fatores você acha que dificultam o acolhimento?

- Dificultam? É...o que dificulta é a falta de Posso ajudar, a demanda..

Como é essa demanda que você fala?

- Demanda grande, a falta de profissional naquele momento também dificulta.

E existem outros fatores que você gostaria de acrescentar que facilitaria, melhoraria o trabalho de vocês?

- Olha! A distribuição de tarefas não está sendo distribuída corretamente, eu confesso que assim, particularmente, às vezes, eu me sobrecarrego, não digo “pra” você que isso é... dificulta, às vezes, o bom acolhimento, certo. Por que existem equipes? Não seria uma solução para uma melhora, mas amenizaria muita coisa.

Ok . Parece-me que você gostaria de colocar mais alguma coisa sobre sua unidade, estou certa?

- Olha a minha unidade! Um local onde eu adquiri experiência, eu valorizo, por que todo dia pra mim, aqui é um a missão e ela vai continuar sendo uma escola. Me dou muito bem com todos os profissionais, os amigos de... de trabalho, fui muito assim bem...é...acolhida aqui. Pra início, “tô” dois anos aqui, 2 anos e confesso que cada dia “pra” mim, eu me surpreendo. Apesar de ser uma unidade que as pessoas tem como desorganizada, é o que eu ouço muito bem, mas eu não me sinto bem, até defendo, mais... aqui é onde eu vejo muitas pessoas serem tendidas e muito bem atendidas, por mais que não tenha, como eu te falei anteriormente, não tenha aqui, no momento aquele atendimento X, específico que aquela pessoa está precisando, mas ela foi acolhida, ela foi bem atendida, ela foi orientada, então ela não vai...não tem como ela sair daqui sem ser satisfeita.

- Não sei se fui clara...

Obrigada, {...}, pela participação.

FUNÇÃO: DATA: 29/11/12 HORA: 12h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxilia de saúde bucal 1

Bom dia! Primeiro eu queria que você se apresentasse, falasse um pouco de sua trajetória aqui no posto. Desses assim há quanto tempo você tá aqui, o que você faz.

- Pode falar?

Pode.

- Eu me chamo {...}, me chamo {...}, é já estou aqui há uns seis anos, mais ou menos, vim diretamente “pra” cá, pro Graciliano Muniz, não passei em nenhum outro posto não, vim direto lotada aqui, depois do concurso (**do nível superior p/ ESF**).

Tu és concursada?

- Não. Somos... todos nós somos prestadores de serviço, terceirizados.

{...}, e o que é acolhimento para você?

- Acolhimento “pra” mim é saber acolher uma pessoa bem, “né”. Saber conversar com ela, compreender ela, tentar escutar primeiramente ela. Por que chegam muitas pessoas dizendo que... tem muitas coisas de família, que eles chegam contando, vem contar histórias, a gente tem que escutar. Escuta, conversa primeiro, ver o que eles estão sentindo pra depois a gente poder passar “né”, o que manda aqui, as normas da gente pra poder passar pra eles. Saber acolher aquela pessoa bem, saber escutar primeiro, prá depois a gente ir conversar sobre o que acontece realmente aqui, na sala odontológica. Depois eu vou ver que resposta eu vou poder dá “pra” ela.

Aqui específico da odontologia?

- Aqui! Especifico da odontologia. É isso.

Você identifica acolhimento na sua unidade como um todo, nos outros setores?

- Em todos os setores, “né”. Por que no caso a gente sai aqui da sala, não só aqui na sala tem acolhimento, mas em todo canto, a gente “tá” em qualquer canto, “tá” no bebedor, bebendo água, eles chegam conversam com a gente, a gente tem que acolher da mesma maneira como eu falei, vamos escutar, eu sou assim...

- Agora eu não vou lhe dizer... não vou responder pelos outros, vou responder por mim. Por que eu faço a minha parte “né”, agora se os outros... pelo que a gente vê, se não faz, aí eu não tenho como responder, “né”. Mas o que eu “tô” respondendo por mim, onde eu estiver, chegar perto de mim conversar, perguntar, tudo que eu puder esclarecer, informar, eu esclareço, eu acho que sim, “né”.

Então você acha que é mais individual de cada profissional?

- Geralmente eu não posso responder, por quê? Eu chego na unidade direto pra sala. Eu não tenho muito contato lá fora. Passo mais tempo aqui no consultório. Saio lá fora apenas para ir ao banheiro, tomar uma água, merendar* alguma coisa, na hora do almoço, no intervalo do almoço, depois direto pra cá, aí fico o dia todo aqui dentro. Não tenho muito contato lá fora, tá entendendo?

E que fatores aqui, já que você está falando mais especificamente da sua sala, facilitam o acolhimento?

- Fatores são os seguintes; eles chegam na porta, “né”, batem, aí a gente tem que sair pra conversar com eles. Tem muitos às vezes, deles, que não tem paciência. Só faltam derrubar a porta (Risos), ficam batendo, batendo, batendo... mas a gente dá um jeitinho. Para o atendimento, eu “dô” um jeitinho! Saio. Paro o atendimento, “pra” sair, pra poder conversar com eles, “né”. “Pra” poder acalmar. Tem muitos aí, até tanto que chegam tão ‘*stressado*’ que só falta dar na gente, mas a gente com jeitinho, conversando, com calma, tranquilizando “né”, a gente vai e consegue.

Mas o stress dos pacientes é em relação a que?

- Em relação a que? Eu acho que já vem de casa. Dores, às vezes, estão sentindo muita dor de dente tá. Querem ser atendido logo, não esperam. Por que aqui tem uma norma assim: é por ordem de chegada, “né”. Aí o que a gente faz! A gente atende as pessoas que chegaram por ordem, eles querem entrar, passar na frente desses pacientes, aí o que acontece os pacientes que chegaram primeiro, eles ficam tudo discutindo, aí ficam brigando, aí o que acontece, vem “pra” cima da gente, “né”. Brigar com agente.

- Olha, fulaninho* chegou agora, você botou pra dentro. É um ‘*stress*’ só. Aí a gente tem que explicar.

Então essa norma de ordem de chegada, você acha que dificulta ou facilita?

- A gente dá uma norma. Bota no cartão dizendo o horário, X ou Y.

- Aí a gente explica: é por ordem de chegada! Explica para cada um, é por ordem de chegada! Se você quiser ser atendido cedo, tem que chegar cedo, se você quer ser um dos primeiros você vai chegar cedo.

- Por que tem muito caso assim, os que chegam cedo e outros que vão chegar 10h, aí não tem condição da gente atender esses que chegam 10h, por que aqui tem muito caso de urgência, de emergência, muito caso de encaminhamento.

-É lotado! Essa porta não para um minuto.

- Aí o que acontece, essas pessoas faltam, dá um jeitinho de encaixar as pessoas que estão chegando com urgência, pra encaminhamento, tanto fica reservado pra urgência como pra atendimento de encaminhamento, tem as vagazinhas, sabe!

- A gente não atende só aquelas vagas X, a gente passa das vagas, é o que eu “tô” dizendo, falta um paciente... faltam dois pacientes... o que não chegou até aquela hora. Chegou mais um paciente com dor, chegou mais um encaminhamento, aí a gente já atende, por que imagina que o paciente não vai chegar. De repente o paciente chega 10h, 9h, quer ser atendido, aí não tem como atender aquele paciente, naquela hora.

Você identifica fatores, aqui, que dificultam o acolhimento?

- Aqui não. A gente faz de tudo, tudo, tudo. Eu sou uma, não gosto de dar não “pras” pessoas, faço de tudo “pra” poder atender aquela pessoa, dou um jeitinho. Não!...Venha tal dia, venha de tarde, dou um jeitinho, me procure que eu dou um jeitinho de encaixar, eu tento.

É...como é que se diz? Tento fazer alguma coisa, dá algum resultado pra aquela pessoa não sair chateada, com raiva daqui “né”, da sala da odontologia. Pra depois dizer é...aqui não presta, não sei o que... não sei o que. Tudo que “tá” ao meu alcance eu tento fazer.

Ok. Obrigada pela participação.

ENTREVISTADO: Auxiliar de Saúde Bucal

FUNÇÃO: DATA: 29/11/12 HORA: 14h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxilia de saúde bucal 2

Boa tarde! Eu queria que você primeiro se identificasse, falasse um pouco de sua trajetória, dissesse pra mim a quanto tempo você está aqui, o que faz, qual é a sua atividade.

- É...acho... eu... já tá, vai fazer 7 anos que eu estou aqui. Eu, “pra” mim* chegar aqui eu fiz um curso primeiramente. É...nessa área, aí é depois eu comecei a me engajar no sindicato, nosso sindicato, nós temos sindicato, aí eu fui deixar o curriculum na Secretaria Municipal de Saúde “tá”, entreguei, aí deu certo e até hoje eu “tô” aqui.

Me diga uma coisa, o que é acolhimento pra você?

- Como assim?

O que é acolher pra você? A gente tem falado muito nessa palavra acolhimento, pra que as unidades façam acolhimento no Serviço de Saúde, e o que você entende que seja isso?

- Acolhimento pra mim... (silêncio). Assim é..., de qual forma, assim? É ter mais atenção, atenção é... principalmente com a saúde da pessoa, Ah... é saber qual o problema de saúde daquela pessoa, e também se for , assim hum, dependendo daquele problema da pessoa aí, principalmente, da mais atenção a ela para que ela mantenha a calma dela, a paciência.

Você identifica acolhimento nessa unidade?

- Oi?

Você identifica que acontece acolhimento nessa unidade?

- Acho que sim.

Em que momentos?

- É por que eu, geralmente eu fico mais é aqui dentro...aqui. Mas aqui acolá*, sendo uma folguinha que eu tenho, eu andando pelas salas, as vezes eu vejo, tem.

O que você ver, como acontece o acolhimento?

- Bom! Os funcionários, por exemplo, dá atenção aos pacientes. Só que tem, geralmente, tem muitas pessoas que são diferentes umas das outras, “né”. O povo “né”, é a comunidade, tem muitos que

não sabe falar direito com nós, funcionários “né”. Por exemplo, principalmente no posto de saúde que anda todo tipo de gente. Aí, eu acho que a gente também tem que “tá” preparado pra isso, “né”. Quem trabalha em... em um órgão desse, principalmente num posto de saúde, aí tem que “tá” preparado.

Você identifica fatores que contribuem pra acolher as pessoas?

- Não.

E fatores que dificultam o acolhimento?

- As coisas que dificultam... é... são os problemas que acontecem aqui no posto. Falta de material, isso é uma coisa que envolve todos os setores aqui. Aqui na “odonto”, no curativo, às vezes falta material aí, isso aí é uma coisa que deixa, que deixa ainda mais o usuário perturbado, “né”. Não sai satisfeito, apesar é...de, é... de nós funcionários não ter culpa, “né”. A compreensão do próprio usuário, ele tem, ele tem que compreender.

Você diz compreender quando falta material?

- Quando falta. É quando falta o material, por que a maioria não sabe nem falar com agente, se a pessoa também não tiver preparado, não tiver jeito “pra” levar as pessoas. Não era “pra” faltar nunca. O certo, não é “pra” faltar.

Teria mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar, falar, mesmo em relação à odontologia, especificamente, sobre o trabalho de vocês aqui?

- Aqui a gente procura dá o jeito da gente, tenta explicar “pros” pacientes quando falta o material, tem deles que acha ruim também, reclamam, mas aqui como nós aqui somos uma equipe a gente sabe dá o nosso jeitinho aqui.

Vocês atendem por equipe?

- É por área, os dentistas aqui tem a sua área, e tem mais a demanda livre “né”, que são as fichas. Pessoas que moram em área descoberta, que não tem a visita de Agente de Saúde, aí eles tiram um dia “pra” entregar as fichas aí, agenda, aí marca um dia pra atender essas pessoas.

Ok. Obrigado pela participação.

ENTREVISTADO: Auxiliar de Saúde Bucal

DATA: 05/12/12 HORA: 8h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Auxilia de saúde bucal 3

Bom, bom dia! Primeiramente, eu gostaria que você se apresentasse, falasse um pouco de sua trajetória, o que você faz, quanto tempo trabalha aqui.

- Meu nome é {...}, sou Auxiliar de Saúde Bucal, estou aqui há uns... vai* fazer 7 anos, já.

{...}, e o que é acolhimento pra você?

- Pra mim é o princípio de tudo, de todo o atendimento, “né”. É... é a primeira abordagem ao paciente. Daí que você vai saber... o que ele veio procurar “né”, qual é a necessidade dele. Acho que é isso! É... receber “né”, acolher, já tá dizendo “né”, o nome, acolhimento “né”, mesmo que você não tenha uma resposta positiva, mas que saiba pelo menos (Risos), dá a negativa, “né” (Risos).

E você identifica acolhimento na sua unidade? Como ele acontece?

- Que tem aqui? (Risos).

Sim.

- Não como era “pra” ser “né”, muito não.

E como você acha que deveria ser?

- É...mais atenção, mais espaço também, “pra” isso. Só.

Já que você está falando de espaço, diga pra mim, o que você acha que dificulta o acolhimento? Quais os fatores, nesta unidade, dificultam o acolhimento?

- Eu acho que espaço, que falta muito, é... eu acho que também um treinamento “pra” as pessoas que fazem mais esse trabalho Por que você tá falando em geral “né”, no acolhimento?

Isso.

E você identifica fatores que contribuem para o acolhimento?

-Fatores que contribuam? (silêncio). No acolhimento? (Risos).

É a sua visão.

- Pra que aconteça aqui? Alguma coisa? Acho que só um treinamento mesmo das pessoas, mas eu acho, que é bem solto assim... eu acho que é isso, mas calma, paciência.

Ok, {...}, obrigada pela disponibilidade e participação.

ENTREVISTADO: Enfermeira

DATA: 29/11/12 HORA: 11h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Enfermeira 1

Bom dia! Eu gostaria que você me falasse um pouco da sua trajetória aqui no posto, há quanto tempo está aqui, o que faz.

- Quando eu cheguei já foi pelo concurso mesmo, mas não, o posto não funcionava como Estratégia Saúde da Família, não. Era só posto comum mesmo. Só... quando nós entramos, nossas

equipes, aí que a gente começou o trabalho, todo mundo desorientado. Fui montar a minha equipe, fazer aquela divisão de área.

Você já entrou inserida em uma equipe?

- Não, tal qual a territorialização. Assim como foi um tempo depois, que a gente sentou na Regional, aí foram ver mais ou menos o número de bairros com alguns ACS, aí eles foram falando sobre quantas famílias existiam, mais ou menos naquelas áreas, aí fizeram essa re-territorialização.

Já existiam os Agentes de Saúde?

- Pouquíssimos no começo, acho que eu só tinha dois ou era três ACS quando eu cheguei aqui. Aí, depois eles foram pro Aracapé. Dois dos meus ACS, depois eu perdi todos eles. Aí comecei de novo (risos), do zero, de novo com outros ACS. Mudei de área de atendimento, por que antigamente eu atendia aqui, Esperança com Apolo XI, aí foi mudei pra essa área que eu atendo. Perdi todos os ACS uma época... né, aí começou tudo de novo, do zero, todos novatos, sem capacitação, sem treinamento, sem saber...assim meio desorientado e...tá com pouco tempo, bem um mês ou dois que eu perdi novamente meus dois ACS. Que eu tinha oito, agora “tô” só com seis.

O que é acolhimento pra você?

- Bem eu posso não saber definir o que é acolhimento, mas posso dizer o que não é acolhimento. É o que queriam que a gente fizesse aqui uma época. Ficasse ali na frente... “né”, e fizesse um tipo de triagem, por que era pra ouvir a população e encaminhar para fazer tipo um agendamento de consulta. Então isso eu disse que não ia me submeter, e nem as meninas. Por que começou dizendo que eram as equipes, depois finalizou dizendo que eram as enfermeiras, e como não ia se resolver, esse... esse tal de agendamento. O acolhimento que ia ser um agendamento. Por que não tinham vagas disponíveis pra agendar ninguém, a gente disse que não ia fazer.

- Mas acolhimento eu acho que a gente faz desde que a gente chega aqui, pelo menos eu sei que eu faço. Tava conversando há pouco tempo aqui com a {...}, que acolhimento eu acho que é isso! Chega uma gestante aqui, que não tem... que não realizou nada, acha que está gestante, tá com a menstruação atrasada, ... aí chega aqui, conversa. O que é que eu faço com ela, peço logo um “Beta”. Só que ela chega ali é desacolhida, por que vai não marca, não tem vaga “né”, então é assim... (risos).

- Então assim...(risos) a nossa parte a gente faz, e aí a gente tenta começar o pré-natal dela o mais rápido possível, mas não consegue. A não ser que ela já esteja com o bebê bem audível, o foco, que aí a gente começa sem teste. Ou então, chega aqui um hipertenso que está sem medicação e vem trocar a receita “né”, que é essa coisa que eles dizem: trocar a receita, a gente faz, que “né”, muitas vezes “nem” certo é, por quê? Por que esse é um paciente que sempre vem trocar receita, ele não vem pro dia marcado, ele pode até vir “né”, pode ser até que eu esteja enganada. É... ou o paciente que tem algum sintoma, aí no caso, um suspeito de TB (**tuberculose**), que a gente vem pede um escarro. Ou então, de uma outra coisa, paciente que vem com algo que a gente não vai dá solução, mas pelo menos eu escuto ele, eu tento encaminhar, tento dizer “pra” ele o que é o correto, eu acho que isso é que é acolhimento.

Então você identifica acolhimento nesta unidade?

- Eu identifico, embora hajam* bastantes falhas aqui, naquilo que se dia ser acolhimento. Por que muita gente chama de acolhimento ainda essa sala, que é a sala do peso, e o acolhimento, ele é “pra” começar lá na frente.

- Chega uma pessoa aqui, agora. Vim da visita, aí “tava” meu paciente, idoso, setenta e poucos anos, bem ali... em pé. “Tava” dizendo aqui pra {...}.

- Que é que o Senhor faz aqui seu ©? Veio pegar sua medicação?

- Foi! Aí disseram que a Senhora não “tava”.

Pois é! O “desacolhimento” começa ali. Na época que tinha o Posso Ajudar, eu...eu nunca vi o Posso Ajudar como fazer acolhimento, que poderia ter sido usado para fazer acolhimento. Saber dizer, pelo menos, onde o profissional “tava” atendendo e o que ele estava atendendo “né”, e saber dizer: o fulano de tal* “tá” hoje aqui?

- “Tá”. Aonde ele “tá”? Já que não tem sala certa, de ninguém aqui.

- Então assim, se pelo menos a entrada, ali, ficassem orientando de saber onde a gente “tá” e se a gente “tá”.

- Às vezes isso é falha da gente também, não é só falha deles, mas é uma falha completa do posto, de saber onde a gente “tá”, o que a gente “tá” fazendo, se é o atendimento daquele dia. Mas na medida que chega uma pessoa ali, é...

- Vim pegar uma receita!

- Ah! Vá lá e procure qualquer enfermeira.

- Eu acho que não é assim que funciona. Isso é “desacolhimento”. Por que quando ele entrar aqui, que eu olhar pra ele eu vou dizer; você tem que procurar a equipe, não sei o que, não sei o que...eu acho que eu não estou sendo...não sei qual é a palavra...mas acho que eu “tô” orientando ele, acolhendo. E ele não gosta, por que toda vez que ele vem aqui, alguém diz; vá ali procure qualquer enfermeira que ela resolve.

Então você poderia falar sobre fatores que você acha que contribuem para o acolhimento na unidade?

- Eu acho que posso falar mais dos fatores que não contribuem (risos), “né”. Assim é...eu não sei “nem”, se eu estiver falando assim, vai...não, não vou falar isso.

Você pode ficar a vontade para falar por que você não vai ser identificada, o sigilo será preservado.

- Os fatores que mais atrapalham o acolhimento é a questão assim...de ninguém, de ninguém, e as vezes pode ter, eu posso estar desinformada, de ter uma agenda certa. A minha agenda ultimamente ela não é certa, mas mesmo quando era bem cronometrada, que não é a palavra. Bem organizada, os pacientes, eles não vinham. Eu me senti tão sobrecarregada aqui, uma época, que eu tava pra morrer, ainda bem que eu me ausentei, se não acho eu tinha morrido, mas assim...mas ter uma agenda bem organizada.

Está sobrecarregada você acha que é um dos fatores que dificultam?

- Ora! Com certeza este posto aqui é sobrecarregado! Este posto atende o Parque Santa Rosa, dentro do Parque Santa Rosa tem Parque Fluminense I e II, aí tem o Planalto Vitória, que o posto tem que atender, tem um pedaço do Alto Alegre, que o posto tem que atender. Por que a divisão daqui que eu sei é: Estrada do Siqueira pra cá, Rua das Marizeiras pra cá, Cônego de Castro “pra” cá e Estrada...(silêncio)

do trilho “pra” cá, é a área do posto. Isso é uma área enorme, eu pelo menos na minha visão isso é uma área enorme, e ainda vem gente de área descoberta que o posto acolhe, atende, então a sobrecarga aqui de área de atendimento é grande, “né”.

- E outra coisa aqui, que dificulta o acolhimento; as áreas são descobertas de gente de saúde, grande parte da área é descoberta de agente de saúde. A territorialização foi feita e assim...no dia que eu fui pra aquela reunião da Regional, não existe mais áreas descobertas, de equipe. Existe até área descoberta de ACS, mas eu teria as minhas áreas totalmente delimitadas, como qualquer outra equipe teria sua área totalmente delimitada, “né”. Mas tipo assim...essa área é minha, 12 ACS ou 12 micro-área, mas eu só tenho oito cobertas. Só tinha “né”, por que agora só tenho seis, o restante é descoberta. Mas não teria mais área descoberta.

- E até na época se falou, comentou que a gente ia fazer o cadastramento das famílias. Cada equipe. Ia se organizar e cadastrar as áreas descobertas da sua área, que não teve isso. “Pra” não ter mais...tipo assim o paciente chega aqui: Ah! É área descoberta, pois é... aí não existe isso, não era “pra” existir...mas continua existindo, aí acontece a falta de acolhimento, também.

- E outra coisa é o preparo lá na frente. Se a nossa agenda é desorganizada e se eles (**funcionários do SAME**) não tem ciência da agenda “né”, mas muitas vezes quando agenda se organiza.

-Cadê meu livro?

- “Tá” uma bagunça! Não sei mais nem onde ele “tá”.

- Quando bota ali na frente, não existe aquela orientação “pro” pessoal que fica lá na frente, de saber se chegar esse paciente aqui, perguntar: de onde é que ele vem? Então tem bem aqui dizendo (**no livro**), ele “tá” na área tal, e às vezes já teve até ali, identificado na parede, mas ninguém sabe olhar, “pra” poder encaminhar pra equipe certa e agendar “pra” equipe certa. É...viu Shirley, então assim, se toda as micro-áreas, de cada um, se cada equipe soubesse. “Tava” até aqui comentando com {...}.

- A., eu acho que a gente tinha que saber as micro-áreas de cada um, e as ruas que cada um cobrem, por que se chegar aqui uma paciente , aí eu olho aqui, da rua tal.

- Ah! Não é da minha equipe não, aqui eu vou dizer é da área de fulano de tal, aí eu atendo, mas eu boto* aqui retorno, e eu sei o dia da outra, ou então eu digo procurar enfermeira tal, dia tal a enfermeira tal “tá” aqui e “tá” atendendo esse programa.

- Mas não, isso aí dificulta muito o acolhimento. Ai eu atendo, é área descoberta, nem eu sei se é da minha área, por que a minha área não é cadastrada, minhas micro-áreas descobertas, eu imagino que seja da minha área, pelas ruas mais ou menos conhecidas, é...mas eu não atendo a rua toda, é de alguém o outro pedaço, e aí não tenho como agendar um retorno, as vezes eu agendo, mas eu não gosto de fazer isso não, só com as minhas.

- Então isso dificulta o acolhimento, às vezes é... o paciente chega não sabe nem onde é a sala de vacina, ninguém leva, então são muitas coisas, eu não sei “nem” falar o que facilita o acolhimento aqui. Um cronograma organizado facilitaria o atendimento, é... e eu acho que facilitaria ter mais sala “pra” trabalhar, ter melhor estrutura, ter mais equipamento.

- Por que a gente vai pra visita domiciliar... eu trouxe meu aparelho de pressão, por que não tem, às vezes, “pra” levar. Não tem o glicosímetro “pra” levar, então o que é que eu vou fazer na visita domiciliar? Se já não vou com o médico, aí meu atendimento é limitado, “tá” sem médico, era Dra. © que saiu, foi a única, “né”. Eu tive dois médicos, desde que eu cheguei aqui, na minha equipe, que eu entrei

no concurso. Primeiro era a residente que não tinha “nem... nem” CRM por que era fora, que ela fez o curso e depois entrou a Dra. ©, mas que tinha os horários limitados também “né”, “num” dava assim pra cobrir...tal e além disso ela ainda cobria área descoberta, e nessa desorganização de área descoberta muita gente poderia “tá” sendo bem, bem...atendido “numa” equipe por que tem até agente de saúde, mas não é... fica solto o atendimento, então não sei...

Ok. Obrigada pela participação.

ENTREVISTADO: Enfermeira

DATA: 29/11/12 HORA: 11h20min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Enfermeira 2

Bom dia! Eu queria que você falasse primeiro um pouco de sua trajetória aqui na unidade, o que você faz, há quanto tempo.

- Bem! Eu cheguei aqui há 6 anos atrás “né”, foi em 2006, através do concurso, sou celetista e, desde quando eu entrei aqui estou nesta unidade.

Já inserida em uma equipe da Estratégia Saúde da Família?

- Já inserida na equipe, mais... mais que nunca teve médico. Na realidade eu cheguei, aqui, aí fui inserida na equipe, mas sem médico e a princípio a dentista era dividida, entre aqui, o Posto do Graciliano, dividida com o posto do Aracapé.

Então desde que você chegou sua equipe é incompleta?

- Desde quando eu cheguei sempre, sempre foi incompleta, agora é que tem uma dentista só pra essa equipe.

E o que é acolhimento pra você?

- Eu acho que acolhimento começa com a organização... a organização. Por que se você já chega no serviço, pra vê aquela coisa bagunçada, ‘*stressando*’, você já começa meio...como se fosse assim...mal humorada no serviço, até pra tratar bem o cliente é difícil.

- Então eu acho que começa com organização, a partir daí você já começa...por que você é bem tratada (**o profissional**), então, como você é bem tratada já começa a tratar bem o paciente também, eu acho que é por aí. Começa com organização, “né”. Eu já chego, pelo menos chegar e me organizar, pelo menos isso. Por que se eu chego tá aquela fila, a bagunça, quem se ‘*stressa*’ sou eu. Pra eu ficar no meu nível, digamos é... como é que eu falo... estabilizada “né”, eu demoro um tempo, “né”, eu demoro um tempo.

- Por que as pessoas, aqui “né”, eu falo daqui, falo daqui. Por que as pessoas... não tem aquela , não sabem encaminhar o povo, “né”.

- Eu cheguei aqui, por exemplo, hoje, eu cheguei aqui uma fila enorme de “Bolsa” (**Atendimento Bolsa Família**), aí eu mandei uma paciente vir, tudo... bem, eu mandei a paciente vir é de TB e tudo. Já tava preparada pra aquele paciente. Tudo bem! Agora já vem outro paciente, de outra equipe, que já tá

completa, que outro funcionário mandou, sabem que tinha outros funcionários aqui, enfermeira que podiam “dá”. Aí você acaba se ‘*stressando*’, por que é todo mundo em cima de você.

- Eu acho que acolhimento começa pela organização, até pra você tratar bem o cliente e dá um direcionamento.

Você identifica acolhimento nessa unidade?

- Não! Não identifico. Por que, por mais que eu tente fazer um acolhimento.

- Por que pelo que eu entendo de acolhimento, é o que? Além do tratar bem, dá informação correta. Por que o cliente precisa da informação correta. Eu não posso está sendo jogada daqui “pra” outro local... “pra” outro local... “pra” outro local, por que ele vai acabar se ‘*stressando*’, como eu também já me ‘*stressei*’, até eu mesma já fui jogada também.

- Então eu não vejo isso. Por que eu vou, agendo “né”. Tento dá resolutividade aquele paciente, aquele problema, mas eu não tenho como encaminhar, “né”. Pré-natal, hipertenso, em quase todos os programas aqui acontece isso, “né”. Vem a paciente de alto risco “né”, ela é gemelar. Aí, eu vou... eu não tenho como encaminhar essa cliente pro médico. Então, eu tenho de falar diretamente com o médico, dizer:

- Olha!...à situação dessa paciente é assim, assim, assado...é de risco.

- Encaminha! Joga no sistema, o sistema não tem vaga, aí liga-se pra Central (**Central de Regulação de Consulta Especializada**) , aí é quando a Central vai perguntar e conseguir uma vaga, “né”. Aí outro, hipertenso, do mesmo jeito.

- Eu atendo fora. Paciente “tá” com a pressão alta, “tá” com a glicemia alta. Aí, eu não tenho médico na minha equipe. Aí eu peço ao Agente de Saúde, anota o nome do paciente “pra” quando eu chegar no posto eu pedir favor pra encaixar esse paciente.

-Isso já me ‘*stressa*’ demais! Demais!

- Por que aquela área, tá na minha responsabilidade. E eu não consigo dá resolutividade, eu arranjo favor aqui. Fulana, tem um paciente assim, assim, assado, bota aí, a gente consegue. Mas quando é uma visita (**visita domiciliar**), “dum” médico, que tem que ser do médico, a minha não vai resolver. Aí vai ficar no meio do caminho.

- Então, isso acontece de várias formas, sistematicamente, então eu sinto muita dificuldade de trabalhar aqui. Assim... pelo que eu já comparei do interior, que eu já trabalhei em canto no interior, que eu tinha a equipe completa. O Interior por mais que seja tudo muito distante “né”, que eu trabalhei numa área que era 72 km da Sede, a gente conseguia uns indicadores maiores, melhores. Eu conhecia todas as crianças da minha área, todos os hipertensos da minha área, eu conhecia todas as gestantes da minha área. Aqui, eu me perco, por que eu não consigo conhecer, não consigo de jeito algum.

- Eu conheço uma ou outra por que vou pra área. Conheço uma gestante ou outra por que ela volta pra mim. Mas eu não conheço assim: a quantidade de crianças, indicador se perde totalmente aqui, “né”. Ali (**no interior**) a gente fazia reunião na Secretaria de Saúde, “né”. A gente fazia reunião uma vez por mês. Então, a coordenadora já levava assim os indicadores da sua área... da sua área... da sua área, assim e assim, e a gente comparava os indicadores de cada área. Então, a gente aproveitava a estratégia da coleta.

- Ah! Eu consegui isso assim, assim, assado.

-Ah! Consegui é... vacina, o indicador de vacina é... fazendo busca ativa, agente de saúde, vou lá... converso com a mãe.

Esses fatores que você está citando, são fatores que você acha que facilitam o acolhimento?

- Eu acho que facilita, eu acho que é uma cadeia...

Que fatores você acha que contribuem para o acolhimento?

- Primeiro o que eu “tô” dizendo, organização. Outra coisa, rotatividade dos funcionários. É demais a rotatividade, por que a gente conversa com o pessoal do SAME:

- Olha pessoal! A minha agenda “tá” assim, assim, assado, “tá” não sei o que, quando a gente vê... dois, três meses depois, já são outros funcionários. Aí trabalho por água abaixo, aí treinar de novo. Treinar não! É conversar. Ninguém treina aqui, aqui é conversar, eu acho que “tá” faltando isso.

- Fala-se com o SAME, conversa-se com a farmácia, conversa com a pessoa lá de fora “pra” dá informação. Que às vezes, eu “tô” no pré-natal, na prevenção, aí batem na porta:

- Onde é que a Dra. Fulana de tal estar?

- E eu “tô” em atendimento. Eu acho que acolhimento é um conjunto, que eu tento tá lá fora, quando eu chego, o paciente chega, tenho que ter uma pessoa lá fora, pelo menos pra dá informação, só informação, “né”:

- Onde é que fica a vacina?

- Oh! Senhora “vá” aqui, “vá” à direita... e tudo, depois segue esse corredor.

- Onde é a prevenção?

- “Vá” aqui, “vá” direto, na sala 3.

- Onde é que “tá” a atendente do Dr. ©?

- “Vá” ali que ela tá no local tal, eu acho que isso já ajuda.

A informação já facilitaria bastante, por que no Bolsa Família, o paciente;

- Onde é que a Dra. © está?

- Aí o paciente saiu lá fora, rodou isso aqui “tudim” pra me perguntar. E às vezes eu não sei. Por que realmente, eu chego aqui, quando “tô” no Bolsa Família, eu venho direto pra essa sala, só saio 10:30-11h, aí eu não sei quem chegou, onde está, se tem médico, “né”.

- E completar a equipe, “né”. Por que é uma dificuldade, até “pra dá” resolutividade. Não “tô” dizendo que tem que ter médico especificamente naquela equipe, mas pelo menos pra dá um encaminhamento, “né”. Tudo isso dificulta acolher.

Então esses fatores que você estava colocando, já podem ser considerados como fatores que dificultam o acolhimento?

- Com certeza.

- A pobre da gestante vem pra mim, aí eu digo... “vá” lá pro SAME pra marcar. Pra quem? Não tem. Tem muitas queixas.

Ok, obrigada por sua valiosa participação.

ENTREVISTADO: Enfermeira

DATA: 11/12/12 HORA: 9h40

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Enfermeira 3

Bom dia!

Eu queria primeiro que você se apresentasse, dissesse o que você é, quanto tempo você tá aqui, sua trajetória aqui no posto.

- Certo.

- Sou {...}, {...}, “né”. Sou enfermeira do PSF locada no Graciliano Muniz, é... já estou aqui, “né”, no último concurso que foi em 2006, “né”. São seis anos e alguns meses e já vim de longas... datas de PSF, “né”. Trabalhei no interior, já “tô” há dezessete anos no PSF, e aqui em Fortaleza foi no último concurso, há 6 anos.

OK, {...}.

E o que é acolhimento pra você?

- É... o acolhimento “pra” mim não é apenas uma triagem como a gente no começo né, começou a fazer. Era como! Ah! Vai, “tá” com problema, quer uma receita, agente, tipo assim, fazia uma triagem “né”, “pra”... por conta da dificuldade dos médicos de... salas “né”, que a gente enfrentava aqui e ainda enfrenta. Então, a gente começou a ver que isso, só isso aí, não tava resolvendo, porque a gente não tinha pra onde é..., “tá” destinando esses pacientes “né”, então agente não... não.

- Às vezes eles (**os usuários**) vem “pra” uma simples orientação. Você tá ali, ele tá no meio da multidão ali, do SAME, esperando uma ficha, mais muitas vezes é “pra” uma simples pergunta, uma dúvida que eles tenham. Aí a gente, aí a gente começou a ver que o acolhimento é também “né”, além da gente “tá” direcionando “pra” onde ir, “pra” quem ir, “pra” gente também “tá” dando já uma resposta de imediato ali pra algumas pessoas, né. Ou, “pra” maioria das pessoas. Então a gente faz assim. Aqui só era solicitado pela enfermeira fazer o acolhimento, aí a gente questionava muito, né.

- Porque só a enfermeira fazer o acolhimento?

- Não! Porque não vamos tirar um médico do atendimento, não vamos tirar um dentista, porque já tem pouco procedimento. Então, tudo isso aí gerou muito conflito aqui, e ainda gera, então agente tenta é... sentar com a coordenação e... fazer por aqui, “né”. Ver um local.

Bom {...}, e hoje você identifica acolhimento na sua unidade?

- Ainda não. (pausa) Ainda não.

- Porque assim, a gente sofre até porque o espaço “pro” pessoal “tá” esperando pra gente “tá” fazendo esse acolhimento, conversando, ainda “tá” muito difícil, sabe! A gente não consegue. Às vezes, alguns dias na semana é que a gente tira, fica lá quando tá realmente muito tumultuado a enfermeira, “né”. Aqui não funciona como uma equipe. A enfermeira vai e direciona, e organiza, e fala, e atende. É dessa forma, “né”! Funciona assim, não como uma equipe, como é pra ser.

Existem fatores que contribuem para o acolhimento aqui?

- De, assim...

Ações que contribuem pra acolher, de que você acha que facilitam?

- Ações que contribuem?

- Não. Só a boa vontade mesmo da gente. Mas assim, ações que a gente, Ah! Vamos desenvolver aqui uma salinha, de uma, uma brinquedoteca, vamos fazer. Por conta que a gente sofre muito por causa desse espaço e da quantidade de gente que “tá” aqui. Você não tem “nem” por onde passar.

Então o espaço já é um dos fatores que você identifica como dificultador do acolhimento?

- Um dos principais. Um dos principais é o espaço. Mas outra é o... o pessoal do SAME mesmo, que não tem qualificação. Por quê? `Pela rotatividade. “Teve” um pessoal que participou do... “daquele” treinamento do... SUS “né”, foi até antes da gente entrar.

O Humaniza SUS?

- Humaniza SUS, “né”. Esse povo já não está mais aqui, por que são a maioria, são serviço prestado, aí vai entrando um, vai entrando, vai entrando, é um pessoal não tem qualificação pra trabalhar no SAME.

Tem mais algum fator que você gostaria de citar, que dificulta o acolhimento? Porque você está dizendo que tem alguns fatores que dificultam as ações de acolhimento, é isso?

Não. O pessoal “né”, desqualificado, o espaço, é... não, no momento mais é isso mesmo. É a questão de espaço, muita demanda, e a demanda que eu considero também. São os principais.

Deixa ver se eu entendi. Uma demanda alta?

- Alta. Uma demanda muito alta, muito grande. Por que abrange “né”, a gente, fora a área que a gente tem adscrita, a gente tem as áreas realmente que o povo quer vir, “né”.

- É, Ah! É mais perto. Eu moro lá no Aracapé, eu moro lá no... (tic). Como eles moram aqui no Alto Alegre, que é Maracanaú, vem “pra” cá, porque não querem atravessar lá, porque é..., a conta de luz é... Maracanaú, mas a conta vem Fortaleza. Aí eles lá, enfrentam dificuldade no atendimento, vem “pra” cá, “né”. Então são vários... Canidezinho, esse Alto Alegre, é... Presidente Vargas que é confluyente também com o Aracapé. Então tudo vem pra cá, “né”. Como assim também é no Paracampos né, que vocês tem as confusões. Enquanto não for organizado, delimitado, por exemplo:

- Porque... Ai! Você vai atender só a sua área de abrangência.

- Mais isso não existe, não existe. Aí fica o médico 'estressado', a enfermeira, e a gente tem que acalmar o médico, atender a demanda e... "né". Sabe! "Pro" médico não ir embora, "né". Tudo muito, muito louco, "né". Mas estamos aqui.

Ok, era isso, obrigada pela sua participação.

ENTREVISTADO: Enfermeira

DATA: 06/12/12 HORA: 10h25min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Enfermeira 4

Bom dia!

Eu queria primeiro que você se apresentasse, dissesse o que você é, sua trajetória aqui no Graciliano Muniz, quando você chegou, o que você faz.

- Pausa

- Bem, é... eu sou enfermeira "né", do... do PSF, faço parte de uma equipe do Graciliano Muniz, eu estou trabalhando aqui desde... do início quando as equipes foram formadas "né", através daquele concurso público que houve. Foi em dois mil e? Seis.

- Seis. Dois mil e seis "né"...

- Que mais "cê" quer saber?

O que mais você gostaria de acrescentar de sua vida profissional?

- Pausa

- Não, eu... eu trabalhei no PSF, fiz o concurso. Antes eu não trabalhava com saúde pública, minha vivência sempre foi hospitalar. Eu trabalhei 18 anos na, eu "tô" com... Hoje eu "tô" com 28 anos de prefeitura. Trabalhei 18 anos no Frotinha de Antônio Bezerra, na unidade de emergência e trabalhei na emergência do HGF. Hoje sou enfermeira também do hospital Valdemar de Alcântara, eu sou supervisora hospitalar, estou na, fazendo parte da gestão... de lá, "né". Eu fico, eu trabalho no período noturno e nos finais de semanas e feriados lá, "né". Enquanto, enquanto, o grupo de gestor não está, que é justamente isso, por isso o meu cargo é supervisor hospitalar. É..., "tô" fazendo mestrado em, é... em gestão em saúde, "né", pela UECE. Que mais você quer saber?

- E eu, sim eu gosto muito do trabalho que eu faço no PSF. Principalmente, agora "tô" vendo, com esse, com esse curso que eu "tô" fazendo, "tô" conhecendo melhor o SUS que eu não conhecia, a realidade mesmo do...do... do sistema de saúde. A realidade tanto do papel, como na prática, "né"! E vejo que existe uma disparidade muito grande de uma "pra" outra. Mas eu "tô" tentando é... dar o melhor de mim, "tá" entendendo? Como profissional, como gestor também. Porque é difícil, eu vejo que é difícil, é... a gente implantar como manda essas equipes do PSF, e vejo que sempre quem sai, assim... prejudicado é a comunidade, e... eu "tô" tentando fazer o melhor de mim, dar o melhor de mim, "né".

E o que é acolhimento pra você?

- “Eita”, (Risos).

- Pra mim acolhimento é... é assim, você procurar acolher de uma... de uma forma humana, e melhor possível, aquele usuário, cidadão que chega na unidade de saúde a procura de algum atendimento, você tá entendendo?

- Lá “numa” unidade, lá no Graciliano Muniz, eu, eu acho assim, eu pessoalmente faço acolhimento diariamente, por quê? Por que pra mim o acolhimento “num” é você tá numa sala, ou então “num” canto esperando aquele paciente vir lhe procurar. Eu, geralmente quando eu “tô” sem... é sem atendimento eu atendo a todas as pessoas que me procuram e tento solucionar o problema dela. E deixar a é... o... o menos possível sacrificante, porque eu vejo que elas encontram muita dificuldade “pra” ser atendido*, “pra” procurar uma consulta, “pra” marcar, as vezes, as vezes uma simples coisa como é renovar uma consulta de hipertenso, entendeu?

Sei.

- Então, acolhimento eu acho que é você, é... procurar ouvir e atender as necessidades do cidadão quando vem à unidade de saúde.

OK.

E você identifica o acolhimento na sua unidade?

- É... eu... assim, eu vejo assim, porque nós somos uma equipe. Mas infelizmente nós não trabalhamos como equipe assim, no... que diz, na prática, “né”. Então eu vejo mais por parte da enfermagem, “num tô” puxando é..., “num tô” querendo defender a categoria não. Mas eu não sei se é por que a gente permanece mais tempo no posto. A gente tem, como tem os programas que é mais amplo “né”, não é uma coisa específica, então a gente “tá” mais próximo do... dos usuários. Então eu vejo, sendo feito dessa forma como eu “tô” lhe falando como eu lhe escrevi agora o acolhimento, pelas enfermeira. Certo!

E que fatores você com, acha que contribuem para ações de acolhimento lá?

- Pra o que?

Que contribuem pras ações de acolhimento? Você identifica fatores que contribuem para o acolhimento dos usuários?

- Não! Eu acho que lá na unidade de saúde, Oh! Eu... assim, eu sou muito observadora, eu acho que esse, eu “num tô” querendo, assim, pisar na sardinha de ninguém mais eu acho que essa falta, essa... questão de terceirizado, prejudica muito o andamento da unidade de saúde ou de qualquer órgão público.

- Certo.

- Por quê? Pelas as pessoas não são muito preparadas “nem pra” atender a relação humana, atender o cliente que vem lhe procurar, então o que, que eu acho, eu acho que o acolhimento lá não é bom, começando do SAME.

- Por quê? Por causa das pessoas que estão dentro dos, do... do serviço público que muitas vezes são indicadas por é...é, por apadrinhamento político e não tem qualificação pra isso. “Nem” pra atender o público, entendeu? Aí nós, que temos nível superior temos um pouco mais de conhecimento sobre isso, você tá entendendo? É por isso que eu acho que deveria melhorar. Tá entendendo?

Então esse fator, você está identificando como um dos fatores que dificulta o acolhimento?

- Eu acho que dificulta o acolhimento.

Tem mais alguma coisa na unidade que você identifica que dificulta o acolhimento?

- Eu acho que outra coisa que dificulta o acolhimento é a, a grande procura de... de, é..., a grande procura de atendimentos por parte da população. Porque hoje, oh! Quando eu entrei no Graciliano nós tínhamos uma população de sessenta mil, pelo que eu vi na.. nas, no... nos, nos escritos lá. Hoje nós temos, eu tenho cer//, nós temos uma população em cerca de cento e oitenta mil pessoas que... que ali que pega o Graciliano Muniz. Por quê? Porque ele existe só um... posto de saúde pra diversas áreas, uma abrangência muito grande, que foi aumentando também devido as invasões. Então o posto não tem é... suporte pra acolher essa população que procura. E “nem” também, não tem médico suficiente. E isso dificulta você... é, é fazer o acolhimento, solucionar o problema.

- Por que, olha! Muitas vezes chega uma pessoa pra mim querendo uma consulta. Eu só falto ficar doida pra tentar arranjar uma vaga “pro” médico e não tem. Consulta essa que eu não posso fazer, que foge da minha especialidade, entendeu? Foge do...do meu limite. Eu acho, isso é outro fator que dificulta o acolhimento.

Ok, {...}.

Então eu vou agradecer a sua participação obrigada, você vai contribuir bastante com essa pesquisa, eu só tenho a agradecer, tá bom!

ENTREVISTADO: Enfermeira

DATA: 29/11/12 HORA: 10h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Enfermeira 5

Bom dia! Eu queria que você me dissesse um pouco de sua trajetória, quando você chegou, o que você faz.

- Certo!

- Bem. Eu vou fazer oito anos de formada “né”, e..., atualmente, eu trabalho no Albert Sabin, na UTI pediátrica de lá. Também estou no Hospital da Mulher na neonatal, (**Unidade de internação de Recém-nascidos**) “né”, no berçário e na UTI neonatal e... aqui no Posto de Saúde “né”, estou há um ano e quatro meses. Sou do concurso de 2005/2006. E aí, há um ano e meio eu consegui “né”, ser lotada.

Então continuando, eu gostaria que você me dissesse o que é acolhimento pra você?

- Bem. A palavra já diz acolhimento “né”, acolher. Então aqui no Posto de Saúde é como se fosse o primeiro, porta de entrada “né”, o primeiro passo, o acolhimento aos pacientes. Então assim... é como se fosse, além da questão do acolher “né”, do recepcionar o paciente tem a questão também de uma triagem, então é a porta “né”, o primeiro passo no atendimento do paciente “né”, na Unidade de Saúde.

Você identifica acolhimento nessa unidade?

- Não (risos).

- Infelizmente, assim... deixa um pouco a desejar “né”, começando desde a recepção mesmo, dos profissionais que ficam na recepção. Devido acho que também a questão da demanda ser muito grande “né”, então não dá “pra” fazer, entre aspas, o acolher “né”.

- E depois passa, realmente, como também é... questão de... falta de estrutura, de um local onde a gente coloque todas as pessoas pra fazer a triagem, também falta de salas, “pros” profissionais poderem fazer um acolhimento, uma triagem “né”, realmente mais minuciosa. Por que chega dias que aqui, a gente não tem uma sala pra atender, então como é que eu vou vai fazer uma triagem, então a gente dá prioridade, realmente pros programas.

Então esses fatores, você considera fatores que dificultam o acolhimento?

- Com certeza, por que se a gente tivesse aqui realmente, “né”, uma sala pra cada profissional, não precisava “nem” ser uma sala pra cada profissional. Mais que “né”, que tivesse uma estrutura melhor, daria “pra” gente também “né”, dá um suporte melhor na questão do acolhimento.

Que fatores você identifica que facilitam o acolhimento, nesta unidade?

- Primeiro a questão “né”, os fatores físicos. Não! Por que, primeiro a questão, eu acho que, vamos começar lá da recepção, do SAME. Um treinamento “pros” profissionais que ficam lá, por que às vezes o profissional vem e cai de paraquedas, “né”. “Num” recebe “nem” um treinamento, “pra” dá um melhor, recepcionar melhor os..., acolher melhor os pacientes e até pra mesmo pra saber encaminhar “pros” profissionais. Por que às vezes chega lá no acolhimento e de lá mesmo barra o profissional. Não, o profissional não tá hoje. Não sabe “nem” se o profissional “tá” aqui “né”, e taca* logo um não de cara, “né”. Ou então, a questão realmente de educação, de paciência, e que às vezes falta um pouco devido também à demanda ser muito grande.

Você diz os fatores que contribuiriam, não os que , hoje estão contribuindo, é isso?

- Então! Eu acho que a demanda é um dos fatores, a falta de treinamento dos profissionais “né”, que ficam lá na recepção do SAME é um dos fatores também. Até próprio “né”, ai depois passa... a... nossa demanda também que acaba sendo grande, “né”. E, às vezes a falta de uma sala, por que eu acho que uma sala, direcionada “pro” acolhimento, seria bem interessante, por que cada dia um profissional “né”, direcionaria pra aquele atendimento. Por que a gente já tem isso em mente, essa organização, de cada dia uma ficar no acolhimento, mas às vezes quando falta sala então a gente vai atendendo...

O que vocês fazem em relação a esse processo de sala?

- Quando não tem, às vezes atende duas enfermeiras “numa” sala, às vezes uma fica na coordenação, dando um apoio nessa parte do acolhimento. O acolhimento existe, mas não é aquele acolhimento “né”, que a gente queria ... o ideal, o acolhimento ideal. Bem! Por que cada um tenta fazer sua parte, “né”. Por que às vezes, o que um pensa, não é o que outro pensa, ou o que o outro quer.

- Mas assim ... todo final de ano a gente diz que vai iniciar. Ano novo, vida nova, tudo novo, organizar. Mas a gente já tá tentando estruturar “né”, já tá amadurecendo essa ideia de realmente montar, melhorar essa questão do acolhimento aqui. Até pra poder organizar melhor o serviço também, por que às vezes o negócio acaba “né”, ficando muito “né”... a desejar.

- “Né”, só complementando, o que acontece muito também “né”, às vezes é..., a desmotivação que o profissional “tá, né”. Com relação também a coordenação “né”, não colabora muito, então isso acaba

desmotivando o profissional, e o profissional às vezes deixa passar, com certeza também, por que se tiver parceria “né”, da gerência “né”, com os profissionais, a cobrança também maior, por que as vezes acaba os profissionais ficam desmotivados e acaba deixando passar uma coisa tão importante.

Ok, {...}, era isso obrigada pela contribuição.

ENTREVISTADO: Cirurgião Dentista

DATA: 05/12/12 HORA: 10h10min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Cirurgião Dentista 1

Bom, eu queria primeiro que você se apresentasse, falasse um pouco de sua trajetória aqui no posto, há quanto você está aqui, o que você faz?

- Meu nome é {...}, eu sou dentista do PSF, entrei aqui no posto em 2006, no concurso que teve da Prefeitura, então desde 2006 que eu trabalho aqui no posto.

E eu queria saber de você o que é acolhimento pra você?

- Aí meu Deus... (Risos).

- Eu não sou muito boa com as palavras. Acolhimento, eu acho que é você dá atenção à alguém, fazer com que a pessoa se sinta recebida, se sinta atendida nas suas necessidades, “né”. Mas principalmente dá atenção, eu acho que é isso.

Você identifica acolhimento na sua unidade de trabalho?

- Não! Assim... em alguns pontos, não.

- Eu acho que é uma unidade pequena, principalmente a estrutura física, atrapalha muito o fato de não ter onde as pessoas sentarem, muitas vezes não dá pra todo mundo sentar, a estrutura atrapalha e também a questão mesmo de é... de conversa, de ter assim...de ser bem atendido na recepção, ou então pelo menos encontrar a informação que a pessoa “tá” procurando, muitas vezes, a pessoa fica perdida, não sabe aonde ir.

- Então assim, é... eu também não sei falar tanto dos outros setores como é, como funciona, mas eu sei falar um pouco...o que é um ponto também negativo, por que era pra ter uma interação de todo mundo médicos, enfermeiros, dentistas, SAME. Você saber como funciona todos os setores. Bom isso é um ponto que não é muito bom. Mas aqui na sala a gente assim... trabalha de uma forma que eu acho que não é 100%, claro, por que justamente essa coisa de não ter onde sentar, não ter uma sala de espera, de não ter...Aí a gente procura acolher no sentido de tratar bem, isso a gente faz muito aqui.

- É... não sei se “tô” avançando nas perguntas, se vai ter outra pergunta assim.

Não tem problema se uma outra pergunta for contemplada.

- E...assim, tentar tratar da melhor forma possível, eu acho que não é favor. Acho, que eu pelo menos tento me colocar muito no lugar das pessoas, eu gosto muito de quando eu vou ser... quando eu vou pra algum canto sou bem atendida, então a gente procura atender bem as pessoas. É... dá a

informação que eles precisam. Muitas vezes não dá pra tender, clinicamente falando, por que não tem material também, mas dá uma resposta ou de explicar o motivo. Ou encaminhar sempre explicando por que você tá encaminhando. Então assim, apesar de não ser 100%, aqui na odontologia pelo menos, todos, a equipe da gente, que trabalha aqui, todo mundo trabalha com essa filosofia, assim, de tentar dá o máximo de resposta ou de atenção, mesmo que não signifique um atendimento clínico.

Ok, eu acho que como você colocou, você já pontuou algumas coisa que você considera que dificulta o acolhimento nessa unidade, me corrija se estiver errada, tem mais alguma coisa que você gostaria de colocar que dificulta esse acolhimento?

- Acho, acho também que é a desmotivação, de nós profissionais, muitas vezes. Eu acho que é importante “tá” sempre se reunindo, tendo cursos, sabe! É... quando existe um curso pra o profissional ou algum momento assim, que a gente é chamado, ou quando não falta material, chega material, a gente se sente motivado. E eu acho que quando a gente se sente motivado consegue trabalhar melhor e acolher melhor.

- Claro que era... era pra ser assim, independente disso. O profissional tinha que atender bem todo mundo. Mas como o profissional foi desmotivado ele acaba não atendendo tão bem, acho que a falta de motivação, muitas vezes. Eu acho que quando falta material, a gente vê as coisas dando errado e tudo, acaba o pessoal se desmotivando e não procurando também agir de uma forma muito boa. Fica aquele marasmo. Eu acho que isso também contribui para falta de acolhimento.

Você identifica pontos que facilitam o acolhimento, específico aqui da unidade?

- Acho que a principal coisa que eu encontro aqui, acho que é... não sei “nem” se essa é a palavra, mas eu acho assim, boa vontade...e acho que consciência de saber que tem de se tratar bem as pessoas. Eu acho que as pessoas que trabalham aqui, trabalham muito com essa visão assim de...tem dia que a gente não “tá” bem, não atende 100%, mas eu acho que esse é um ponto positivo, é vontade que as coisas deem certo e...quando a gente recebe uma motivaçãozinha de fora, a gente se empolga toda, tenta fazer as coisas melhores. Tudo, sabe! Então eu acho que é essa vontade, acho que se “dé” uma faiscuzinha as coisas andam mais, eu acho que é isso.

{...}, só agradecer a sua boa vontade em participar da pesquisa, obrigada.

ENTREVISTADO: Cirurgião Dentista

DATA: 11/12/12 HORA: 8h25min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Cirurgião Dentista 2

Primeiro eu queria que você me dissesse sua trajetória aqui no posto, quando você chegou, o que você faz?

- Fiz o concurso em 2006, tive que botar* a prefeitura na justiça pra poder assumir. Assumi faz cinco meses, cheguei em Julho, certo! Eu tenho duas especialidades, eu sou ortodontista e tenho especialização em dentística também, e entrei aqui já tinha três dentistas aqui no posto, comigo faz quatro.

Você já trabalhava na Saúde da Família?

- Eu já trabalhei, logo quando eu me formei, eu trabalhei três anos no Quixadá, PSF do Quixadá.

{...}, e o que é acolhimento pra você?

- Acolhimento é quando a população chega, certo, e você dá uma prévia explicação do...do que você faz no seu dia a dia. Breve explicação “duma” prevenção, “duma” cárie, “duma” profilaxia, “duma”...você faz uma..., entre aspas, minimiza mais ou menos o seu trabalho pra dá uma explicação a população a respeito do que você faz.

E você identifica acolhimento nessa unidade que você ta trabalhando agora?

- Não, aqui a gente não tem nem espaço. Aqui, quando a gente abre a porta, bate nos pacientes aí fora. Toma é um susto, pah! Batendo nas cadeiras, batendo no povo. Não tem espaço. A gente até falou, que teve uma reforma no posto, se cobrisse essa área aqui! “Tá” entendendo! Pra as pessoas ficarem sentadas, agente fazer uma prévia de escovação, antes dos pacientes entrarem (**na sala odontológica**) e tudo.

- Por que botaram essas pias aí, mas o paciente tem vergonha de escovar os dentes aí (**no espaço reservado a escovação**). Aqui a gente não tem dia pra isso. Não tem uma sala de reunião! Lá no outro posto que eu trabalhava, tinha uma sala que a gente reunia, se a gente quisesse fazer uma reunião, dá uma palestra, uma coisa...tinha uma sala que podia botar vídeos, aqui a gente é muito carente de espaço.

Esses já são fatores que eu estou identificando como fatores que dificultam o acolhimento, é isso?

- Sim.

Tem algum outro fator que você acha que dificulta o acolhimento nessa unidade?

- Não! Eu acho que esse é o principal, espaço físico.

E você identifica fatores que contribuem para o acolhimento aqui?

- Contribui, como?

Fatores que contribuem pra acolher, que você acha que facilitam?

- Se fosse pra fazer... eu acho que o Agente de Saúde é um fator positivo pra...pra gente, que conhece a população, tá mais em contato do que a gente. Principalmente eu, que sou a novata, certo! Eu acho que se fosse pra ter, eles interagem com a gente nesse sentido, de fazer.

Você já conhece a sua área?

- Assim? (**gesto de caminhar pela área**). Não. Não conheço, já saí com agente de saúde, já fiz duas palestras com elas e tudo, mas não ao todo não.

{...}, era isso, agradeço sua participação, obrigada

ENTREVISTADO: Cirurgião Dentista

DATA: 06/12/12 HORA: 9h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Cirurgião Dentista 3

Bom dia.

- Bom dia!

Inicialmente eu queria só que você se apresentasse, dissesse o que você faz, sua trajetória aqui no posto de saúde, quando você chegou, tá!

- Certo!

- Meu nome é {...}, eu sou dentista aqui da, do posto Graciliano Muniz, estou trabalhando aqui desde 2006 no concurso. É..., aqui no posto eu faço também a parte de... referência e prevenção de câncer de saúde bucal. Faço parte do Comitê Municipal de Prevenção de Câncer de Boca, é..., fui preceptor do PET três anos. Mais esse ano não teve aqui “pro” posto.

E o que é acolhimento pra você?

- Bom!

- Acolhimento é o primeiro contato com o paciente, é você receber o paciente e, e, em primeiro lugar saber o que ele “tá” precisando, “né”. É... seria você tentar alguma resposta “pro” paciente, e, com o atendimento ou não, “né”.

- É basicamente isso.

E você identifica acolhimento na unidade, aqui, que você trabalha?

- Bom, por várias vezes já tentou se fazer o acolhimento da forma correta, mas, é... “pra” ser sincero, eu acho que não funciona muito bem não.

Você identifica acolhimento na sua unidade?

- Que eu saiba não.

- Não.

E assim, que fatores você identifica aqui que dificultam a realização desse acolhimento, já que você informa que por várias vezes ele já tentou ser realizado mais não acontece?

- Bom! Primeiro de tudo é, a falta de..., das reuniões entre a coordenação e as equipes. Eu acho é que há uma desarticulação entre coordenação e equipes. Há desarticulação dentro da própria equipe. Então, é... “pra” tudo funcionar direitinho, em primeiro lugar tem que funcionar essas reuniões. Reunião de roda e tudo.

- Então eu acho que o erro começa daí, porque assim cursos é..., não são tão frequentes mais de vez em quando tem. A questão é que começa e não dá prosseguimento, não tem uma avaliação em cima pra saber como “tá”, então termina...

O que você quer dizer quando você fala de desarticulação da equipe?

- Eu mudei de equipe recentemente, então a equipe que eu “tô” é uma equipe muito boa, e funciona bem melhor, não tanto quanto é o desejado. Eu já trabalhei no PSF do interior e é outra realidade. A gente realmente trabalhava em equipe, mesmo! Aqui já é bem mais diferente, é mais cada um no seu lugar, a gente se reúne de vez em quando, mais ainda é pouco.

Existe algum fator que você acha que contribui pra ações de acolhimento aqui na unidade?

- Pra o que?

Que contribuem? Você vê algo? Identifica questões que contribuem pra acolher? Que você acha que facilita o acolhimento?

- Para o acolhimento? Ou para dificultar o acolhimento?

Não, que contribui para o acolhimento? Eu entendi que você colocou questões que dificultam, foi isso?

- Bom, isso! Nosso posto é muito lotado, a população é muito grande, são mais de cinquenta mil habitantes só pra esse posto, o posto é muito pequeno, aqui agente não tem sala de reunião, os profissionais, tirando a odontologia, é..., fazem um revezamento de algumas salas por falta de salas. Então em termo de estrutura física esse posto é muito deficiente. Além de falta de materiais que ainda dificultam. Por exemplo, a odontologia a gente não tem autoclave (**recipiente usado para esterilização**). O material é esterilizado fora (**em outra unidade que disponha do equipamento**). Então assim, são vários fatores que contribuem pra dificultar. Não sendo desculpa “pra” não ter acolhimento, mas é eu acho que nosso posto deixa muito a desejar em relação a isso.

Ok.

Eu senti que você gostaria de acrescentar algo. Tem mais alguma coisa que você gostaria de colocar em relação à humanização da atenção, ao acolhimento?

- Pausa.

- Não eu acho que..., o principal mesmo... porque assim, agente sabe que se existe uma população muito grande, maior do que a...a capacidade do nosso posto de atender, eu acho que é mais um motivo “pro” acolhimento funcionar. Tem que funcionar. E... então, se algumas pessoas saem insatisfeitas por que não são atendidas, é..., então eu acho que é falha nossa também de não “tá” dando esse suporte bom no acolhimento. Por que se tivesse atendimento pra todo mundo ótimo, talvez (risos), nem fosse tão útil. Mais se tem, se a procura é maior que do a oferta então é mais um motivo ainda “pra” funcionar o acolhimento aqui.

Ok. Então, agradecer. Obrigada por disponibilizar esse tempo, para contribuir com a pesquisa, tá bom.

- Por nada!

ENTREVISTADO: Cirurgião Dentista

DATA: 11/12/12 HORA: 11h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Cirurgião Dentista 4

Bom dia! Eu queria primeiro que você se apresentasse, dissesse sua trajetória nesse posto. Certo! Quando você chegou, o que faz?

- Meu nome é {...} “né”, eu sou dentista... Eu entrei agora nesse posto em fevereiro, “né”, eu entrei agora...

Fevereiro desse ano?

- Desse ano. A gente teve um processo “né”, entrou na justiça e... entrou depois. A gente fez aquele concurso em dois mil e... seis. Em 2006 e, acabamos tomando posse agora. Então assim, eu “tô” com onze e de//, dez, onze meses de posto.

Bom, nesses onze meses, a gente vai falar desses onze meses que você conhece a unidade “tá” bom.

Mas primeiro eu queria que você me dissesse o que é acolhimento pra você?

- Pausa.

- Acolhimento, vixe*...(pausa).

- Bem assim é..., é a maneira assim como a gente, é..., recebe, “né”. Assim, o paciente que “tá” buscando, “né”, informação, e às vezes, assim, o do... do próprio atendimento “né” também...(pausa)...é a maneira com que agente que...(pausa)...é eu acredito que seja isso aí, “né”.

E você identifica esse acolhimento aqui na unidade que você tá trabalhando?

- Pausa.

- Mais ou menos. Mais ou menos assim. É..., “num” momento como esse quando nós estamos aqui “né”, assim eu procuro ser o melhor possível. Eu sempre chamo o paciente “pra” dentro, “pra” conversar aqui dentro “né”, e dá, tipo não dá informação na porta, “né”. Mas assim, sabe que no dia a dia como “tá” o atendimento mermo* assim, às vezes agente não tem tempo de “tá” acolhendo todo mundo, “né”. Mas assim agente busca fazer da melhor maneira possível, dentro das limitações da, da estrutura mesmo “né”, do PSF.

E aqui, quais são os fatores encontra que você acha que dificulta esse acolhimento de vocês?

-Pausa.

- É..., acho que o tempo, “né”...(pausa).

- Tempo, é uma coisa de...eu acho que talvez um treinamento melhor, assim. Assim, eu assim, eu sou... recente aqui. Então eu “num”, eu “num” sei, eu não passei por nenhum treinamento, “né”. É... assim, eu já atendi em outros PSF. Então assim, eu já tenho essa vivência. Mais assim, eu digo se eu nunca tivesse atendido PSF, como deve ter o caso de algumas pessoas, provavelmente eu nunca trabalharia assim, “né”. E aí, é diferente do... do atendimento do consultório particular. Até o nível da população, nível de entendimento da população, às vezes a pessoa, a população não entende bem. A pessoa vem... bate na porta. Agente tenta colocar um aviso “pra” aguardar que agente vai sair quando

puder, entendeu? Mas às vezes as pessoas não, não tem essa paciência. Então que, eu sei que as vezes frustra* também “né”, as pessoas...tem os dois lados da moeda, “né”.

E quais os fatores que contribuem para o acolhimento na unidade, não só na sala da odontologia, mas na unidade como um todo?

-Pausa.

- “Num” sei, eu... eu...(pausa)

- Assim é...(risos), não sei como é que eu possa te responder essa, que contribua, em que sentido assim?

Fatores que você acha que facilitam para realização do acolhimento, contribuem?

- Certo! Pronto.

- É..., eu acho que assim, talvez se tivesse... mais pessoal, “né”. Porque, às vezes eu vejo que de maneira geral “né”, do posto interiro. Às vezes as pessoas ficam esperando muito tempo por uma informação, às vezes as pessoas poderiam tentar agilizar, mas as assim... porque tão fazendo outras coisas, “né”.

- Assim eu acho, assim, opinião minha que poderia se investir um pouco mais na questão do... de... capacitação pessoal, do pessoal. Eu acho que é um pouco falho até assim, até “pra” essa questão da maneira de contratação. As pessoas são contratadas, às vezes não tem a mesma visão do profissional que “tá numa” carreira, “né”. É diferente. Eu acho, meu ponto de vista. Acho que poderia ter uma melhoria na questão da capacitação do pessoal.

Ok, {...} era isso, queria lhe agradecer pela participação, tá. Muito obrigada!

ENTREVISTADO: Agente Comunitário de Saúde

DATA: 05/12/12 HORA: 9h30min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: ACS 1

OK, Bom dia! Eu gostaria que você começasse me dizendo como foi sua trajetória aqui no Graciliano Muniz, há quanto tempo você está aqui, o que você faz.

- Bem, a trajetória do Graciliano Muniz começo precisamente em 2006. É quando foi feito uma seleção pública “pra” Agente Comunitário de Saúde e, na época, eu tinha uma outra profissão, que não tinha nada a ver com a área de saúde.

- Mas achei interessante quando li o edital. Peguei, me inscrevi. Fiz o concurso e passei, “né”, nas duas fases, e aguardei ser chamado. Porém, no começo eu fiquei muito empolgado, interessado, todo dia eu olhava. Teve* uma época que comecei a me desiludir, por que já tinha passado dois anos e eu não tinha sido chamado, e o prazo era praticamente de 6 meses há 1 ano. Aí, foi quando em 2009 eu fui chamado pra ser Agente Comunitário de Saúde e ...1º de Julho de 2009 assumi, e até agora.

O que é acolhimento pra você?

- Bem! Acolhimento, o que eu entendo por acolhimento.

- É... No posto de saúde eu considero acolhimento não só o setor em que atende as pessoas, e sim como um todo, “né”. Acolhimento ele vem no geral, com respeito ao atendimento, com o agente comunitário de saúde, com o técnico de enfermagem, o próprio enfermeiro e os médicos fazendo um bom atendimento, isso eu considero como um bom acolhimento. Por que não adianta você ter um bom acolhimento no atendimento, quando chega a passar uma triagem, no médico não ter sido um bom atendimento, então eu considero que não foi bom acolhido não, por parte de alguns profissionais.

E você identifica acolhimento aqui na unidade?

- Às vezes sim, às vezes não. Por que, você sabe! No posto de saúde ainda existe essa questão da terceirização. Muitas pessoas passam por aqui é...rapidamente, tem uns que ficam. Alguns vem mesmo com aquele sentimento de acolhimento, já tem outros que não. Que passam, fazem um mero...um péssimo acolhimento, logo em seguida saem.

- Às vezes sim, às vezes não. Depende muito também da questão do... como é que eu posso dizer...da questão do momento, “né”. Por que tem dias que o posto “tá”... não tem muito paciente. Às vezes tem paciente demais. Tem dia que “tá” saindo exame no sistema, na fila de espera, pessoas doentes, fica muita gente, muita lotação, isso também dificulta um pouco a questão do acolhimento.

Então esses já são fatores que você acha que dificultam ao acolhimento?

- Sim.

Diga pra mim, que fatores você acha que dificultam ao acolhimento aqui na unidade?

- Bem! O que eu acho que dificulta é a questão é... de material de trabalho “né”, eu considero muito a questão do material de trabalho, por que aqui no posto de saúde a gente trabalha como pode. Por que a gente trabalha com o que tem, como é dito, a gente trabalha com o que tem e a gente tenta fazer o impossível, às vezes não consegue, mas tenta fazer o impossível. Às vezes o sistema tá lento, o sistema do computador está lento, às vezes não tem material “pro” curativo, às vezes não tem material “pro” agente de saúde. Em relação a isso dificulta... entendeu?

E você identifica fatores que contribuem para o acolhimento? Por que mesmo com as dificuldades a gente também tem fatores que facilitam esse processo, você identifica fatores que contribuem para o acolhimento?

- Bem! A questão da identificação de fatores, eu considero, bem... a questão do companheirismo “né”, a questão do companheirismo ajuda muito. Por que a gente as vezes, em relação a falta de um funcionário, a própria Regional substitui ou esse profissional sai, aí vem um que não tem a função, outro acaba exercendo a função, entendeu? Pra ajudar, enquanto a deficiência está grande. Em relação como estava falando do companheirismo entre os funcionários, “né”. E, a questão também da capacidade que tem de alguns funcionários criarem algumas estratégias “né”, que facilitam a questão do acolhimento, algumas estratégias tais como:

- Não tem ficha, entendeu? Insuficiente pras pessoas!

- A gente cria a estratégia de dizer, não! Você manda um tanto pra um, um tanto pra outro e não somente na fila. Do 1º ao 20º, a gente vai cortando em partes, do 1º até o quinto, a gente faz uma estratégia, do 15º ao 20º, em que a gente consegue, realmente é... os pacientes conseguem entender, por

que eu acho que a questão do entendimento “né”, da compreensão dos pacientes é um bom acolhimento, se você tiver uma boa maneira.

- Em relação, a saber, que a gente não tem um planejamento, e saber que geralmente, entre o dia 20 e o dia 25 são dias que saem fila de espera (**data em que são liberados novas cotas para marcação de exames e consultas especializadas**), em que o sistema vai “tá” lotado. Então a gente cria uma estratégia de dizer assim: se de manhã vai ser lotado, vamos botar algumas coisas que são de manhã para tarde, para evitar a superlotação.

Certo.

- São estratégias bem importantes, essa capacidade de alguns funcionários fazerem “né”, criar.

Vocês fazem isso em conjunto? Em reuniões?

- Essa é a dificuldade. Faltam muitas reuniões, faltam reuniões. Geralmente aqui acontece de alguns funcionários, de querer fazer sozinho, por que não tem ajuda do outro, ou por que os outros funcionários não levam a sério. Principalmente os mais interessados, que são os funcionários que estão lá no acolhimento e... a gente tenta fazer essa estratégia e não consegue. Então a gente acaba tentando fazer individual e onde dois ou três abraçam a causa.

- Mas tá faltando muita reunião. Eu ia falar em relação à questão das reuniões, “né”. As reuniões eram pra acontecer uma vez por mês. Porém não acontece, isso dificulta muito, por que essas reuniões seriam importantíssimas “pra” gente criar estratégias para um bom acolhimento. Mas isso vem por parte da coordenação, sim. Mas, também vem por parte do incentivo das pessoas (**profissionais**), em procurar incentivar a própria coordenadora.

ENTREVISTADO: Agente Comunitário de Saúde

DATA: 06/12/12 HORA: 8h45m

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: ACS 2

Bom dia! Eu queria primeiro que você se apresentasse pra mim, “tá”! Desses quanto tempo você tá aqui, qual o seu trabalho, o que você faz.

- Meu nome é... {...}, eu sou Agente de Saúde do Graciliano Muniz, já “tô” aqui há quase cinco anos, trabalhando aqui como Agente de Saúde.

Ok.

E {...}, eu queria que você falasse um pouco pra mim o que você acha que é acolhimento. O que é acolhimento pra você?

- Acolhimento é a maneira de, de você é..., eu vou pegar com o que agente trabalha que é com família. Acolhimento é você, é..., pegar uma família, você saber o que é que aquela família “tá” precisando em termos de saúde, você é..., poder ajudar aquela família, a..., o que ela precisa pra poder ter uma boa qualidade de vida.

Você identifica acolhimento nessa unidade que você trabalha?

- Identifico.

Como é que ele é realizado aqui, o acolhimento?

- Assim, a... a primeira, a minha primeira visão é na parte do SAME. Que eles ali, eles pegam identidade, e vão, e vão ver é..., a primeira parte. Quer dizer, aí depois eles encaminham “pros” outros setores. Que é o setor de peso, que é o setor de vacinação, que é as salas de, de consultório “né”, de atendimento. No meu ver é mais a primeira, a minha primeira visão é essa.

E você identifica fatores que contribuem pra ações de acolhimento aqui na unidade?

- Identifico.

- Essa parte do SAME, o tratamento que eles tem, é..., a parte lá das meninas que fazem a vacinação, as enfermeiras...(pausa). Por que eu acho que enfermeira ela já é mais, assim... eu já vejo elas como um, um acolhimento maior, entendeu? Tanto pela falta de médico.

Sei.

- Eu acho que elas se “vira nos trinta”.

E que fatores você identifica aqui na unidade que dificultam as ações de acolhimento?

- É a falta de sala, entendeu? Para, para um bom atendimento. A estrutura, quer dizer, a estrutura do prédio.

- Eu acho que esse é o maior fator, mais importante, que agrava o acolhimento.

Tem mais alguma coisa que você gostaria de colocar em relação à acolhida dos pacientes?

- É o mesmo. São mais a estrutura, é física mesmo.

Ok, {...}. Obrigada, agradeço suas respostas, sua participação tá bom.

- Tá bom!

ENTREVISTADO: Agente Comunitário de Saúde

DATA: 11/12/12 HORA: 10h25min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: ACS 3

Bom dia!

- Bom dia!

Eu queria inicialmente que você se apresentasse tá, dissesse o que faz, sua trajetória aqui nesse posto, há quanto tempo você está.

- Meu nome é {...}, eu “tô” ãh... eu sou ACS, Agente de Saúde Comunitário, eu “tô” ah... eu vou fazer cinco anos no dia 11 de fevereiro do próximo ano... É, nunca tinha trabalhado na área da saúde, “tô” estreando, me apaixonei.

Você trabalhava de que?

- Eu era costureira, passei um bocado de tempo sem... fazendo só algumas coisa em casa. Aí, hoje eu tenho várias profissão*.

- Meu menino diz assim!

- Que tem um seriado que tem assim, a minha mãe tem três profissão*, meu... minha mãe tem três emprego também. Porque eu trabalho com doce, eu faço costura em casa e eu sou ACS, “né”. Assim, algumas coisa* dá pra fazer na... no final de semana. Eu trabalho com doce e as costuras às vezes chega, também em casa, às vezes chega alguém precisando de alguma coisa eu arrumo ainda (risos).

{...}, e me diga uma coisa, o que é acolhimento pra você?

- Mulher eu acho que acolhimento, a palavra já diz acolher, “né”.

E o que é acolher?

- É você receber bem, informar bem e tratar bem, pra mim é isso.

E você identifica acolhimento aqui na sua unidade?

- De jeito nenhum. É uma das coisas que mais me ‘*estressa*’ aqui.

Porque? O que lhe ‘*estressa*’?

- Por que, eu vejo. Às vezes eu venho aqui resolver uma coisinha e passo um tempão. Porque eu vejo uma pessoa aqui desesperada, querendo saber de uma informação e não tem. E vejo a reclamação. Que (o cliente) pergunta uma coisa, à pessoa dá as costas e vai embora.

- Ah! “num” sei não, sabe! Isso me ‘*estressa*’ pra caramba.

- Por que eu acho que é a porta de entrada “né”, o acolhimento. Por que você receber um não com carinho você aceita, até você entende, mas simplesmente já é difícil a situação, “num” tem... às vezes “num” tem médico, às vezes não tem medicamento, às vezes num tem CURA, às vezes “num” tem material de curativo. E aí?

Esses fatores que você tá citando aí, você acha que já são fatores que dificultam o acolhimento?

- Totalmente.

Então, quais são os fatores que dificultam o acolhimento aqui na sua unidade?

- Eu acho que primeiro a preparação do funcionário e o querer dele... Por que eu acho que as pessoas são jogada* pra cá, pelo emprego, pelo dinheiro, e aí chega com a intenção de ganhar o dinheiro no final do mês, ela não se incomoda e também não é cobrada....

- Não tem uma função específica (**o funcionário**), cada qual fica em qualquer canto, onde quer, não tem...

Não tem um lugar fixo, é isso?

- Não tem um lugar fixo, não tem quem cobre, de uma certa forma não tem quem cobre.

E que fatores você identifica que contribuem pra o acolhimento?

- Não, tem!

E quais são?

(Risos) Tem, assim, tem alguns funcionários que às vezes também, com... ajuda. Tem profissionais bons, “né”. As enfermeiras elas, assim, assim uma das coisas aqui, que eu acho que funciona bem é as enfermeira, elas tão sempre disposta a atender a qualquer, por exemplo, ah... “num”, “tá” fazendo um atendimento, mas chega um precisando de alguma coisa. Não! Vamo* dá um jeitinho, vamo* organizar isso, vamo* fazer aquilo... tá! Isso aí, eu acho que é assim, fundamental.

- Agora... muita coisa falta, falta muito. Espaço no posto, nós também não temos, “né”. Quando vai, dia de marcação aqui, de sangue, você não anda, fia*... se você quiser chegue aqui, você venha ver aqui, ninguém anda. Assim... às vezes tem muito funcionário que, que se esforça.

Sei.

- Mas às vezes também o espaço não dá. Às vezes os computador* também “rá” tem alguns que “rá num” andam muito bem. É um todo “né”! Sistema também deixa muito a desejar, o próprio sistema “né”, de marcação, “num” é, muito lento, cai. Ai mulher! É tanto problema.

Acho que você intencionou colocar mais alguma coisa. Gostaria de colocar? Ou isso é tudo?

O que eu gostaria é que o... ãh... quem manda lá em cima é... que pudesse é, sei lá. Ter um..., um..., um tipo de qualificação de... seleção que identificasse aquela pessoa. Passasse sei lá, pela uma psicóloga, se ela gosta de trabalhar com o público? Sei lá! Se ela é humana? Não sei, alguma coisa. Não sei se é porque com o tempo a pessoa vai se acostumando. Eu mesma já mudei depois que eu entrei aqui, quando eu vi que não dava muito certo. Aí muitas coisas eu vejo, fecho os olhos, a força! Mais... deixo pra lá.

Ok, {...}. Quero lhe agradecer tá, pela participação nessa pesquisa, agradecer muito pela sua disponibilidade de ter vindo até aqui participar, viu. Muito obrigada!

- Pois é!

ENTREVISTADO: Agente Comunitário de Saúde

DATA: 06/12/12 HORA: 10h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: ACS 4

Bom dia!

- Bom dia!

Eu queria primeiro que você se apresentasse, dissesse o que você faz, quanto tempo de trabalha, falasse um pouquinho da sua trajetória como agente de saúde, tá bom!

- Tá bom!

- Meu nome é {...}, tenho 42 anos, e...já, já sou ACS há vinte anos.

E nos posto Graciliano Muniz?

- Também, vinte anos, vinte anos de Graciliano Muniz.

Então você conhece muito do Graciliano Muniz?

- Comecei no PACS, “né”! Que foi que deu início ao programa agente de saúde e “tô” aqui até hoje.

Ok.

- Gosto do que eu faço. Muita gente me pergunta, é... porque eu ainda sou ACS, e eu respondo que é porque eu gosto do que eu faço, gosto de trabalhar com a comunidade, ajudar a comunidade.

Então você está me dizendo que se identifica com o trabalho de agente comunitário. É isso?

- Me identifico.

- Já fiz auxiliar de enfermagem, terminei, mais eu continuo sendo ACS

Ok.

{...}, e o que é acolhimento pra você?

- Acolhimento pra mim é saber receber. Saber receber, é... qualquer pessoa, “né”. E no nosso caso aqui é... a comunidade. Saber receber a comunidade, saber o que ele, que ela está procurando “né”, saber e ajudar ela a resolver, resolver os problemas.

Você identifica acolhimento na sua unidade de trabalho?

- Muito pouco... muito pouco. Às vezes eu me encontro lá na unidade de saúde, no dia em que eu vou assinar o ponto ou resolver algum problema e eu vejo o paciente chegar, entrar, sair, perguntar onde fica uma coisa e ninguém “tá” ali pronto pra responder. Saber o que ele tá procurando, sabe! Ele fica perdido.

E esse muito pouco que você identifica como é que ele é realizado? Você identifica o muito pouco, onde tá esse muito pouco?

- É, identificar o...

Você diz. Ou melhor, eu perguntei se você identifica acolhimento, você disse que tem muito pouco acolhimento, e onde é que você encontra esse muito pouco? Aonde é que “tá” esse pouco acolhimento que existe? Onde é que ele... como é que ele é realizado?

- Oh! Assim, em relação ao paciente quando ele entra na unidade, “né”. Ele chega, a primeira porta de entrada é o SAME, “né”. Às vezes tem duas pessoas ali, e eles tão muito ocupado com o sistema, e às vezes o paciente pergunta, pergunta, e ele não tem a resposta daquilo que ele “tá” perguntando. Aí ele, ele entra na unidade e... e vai em vários setores e muitas vezes ele recebe um não, e entra, e sai do mesmo jeito que entrou “né”, com dúvidas, sem ter o problema resolvido. E às vezes quando nós nos encontramos ali (**na unidade**), já por saber “né”, conhecer a comunidade, a necessidade da comunidade, a gente muitas vezes ajuda. Às vezes ele já chega procurando o ACS, “né”.

Então esse pouco acolhimento, você está me dizendo que vem do ACS? Que quando se encontra na unidade procura ajudar?

- É! O acolhimento muitas vezes é do ACS.

E...{...}, que fatores você acha que contribuem para ações de acolhimento?

- Quais os fatores que contribuem?

Que ajudam? Que fatores você acha que contribuem com o acolhimento na sua unidade?

- É, eu acho assim, “né”.

- Deveria ter uma pessoa especificamente “pra, pra” receber já na... na porta da unidade, que o paciente chegar... e aquela pessoa... Teve uma época que tinha umas pessoa que Posso Ajudar, “né” (**Cargo criado pela gestão, à época, para ajudar com a recepção da comunidade**). Também funcionou pouco. Porque tiraram essas pessoas do Posso Ajudar pra fazer outro serviço na unidade, entendeu? Então aquelas pessoas que ficavam ali na porta foram “pra” outros setores. Mais já não existe mais isso, “né”. Então deveria ficar uma pessoa ali na porta acolhendo essas pessoas pra dizer...

- Olha! Você...

-Elas chegam e perguntam assim: aonde eu recebo um exame?

Já ia, Oh! Você recebe ali naquela porta tal e tal. Então ele entra... sai... e sai... perguntando onde ele recebe o exame que já realizou e que ele não sabe onde é aquele setor, “né”. Então, deveria ficar uma pessoa responsável pra fazer esse acolhimento.

Que fatores hoje existem lá na, na Unidade Graciliano Muniz que você acha que dificultam o acolhimento?

O que dificulta é o interesse das pessoas em querer ajudar. Tem muitas pessoa* que “num”... elas não dão importância, não tão interessados no teu problema o problema é teu e tu que resolva.... “né”.

- Eu acredito também, que a nossa unidade ela é muito pequena pra muitas pessoas, “né”. A nossa unidade ela é, ela é no Conjunto Esperança e ela atende Parque Santa Rosa, ela atende Conjunto Esperança, Paulo XI, Presidente Vargas, Jardim Fluminense e Planalto Vitória. E a nossa unidade é a única unidade também que não diz não. Assim, chegou um paciente lá do Mondubim que veio atrás de alguma coisa a gente não volta pra dizer: olha a sua unidade de saúde é lá e tal! Ele é atendido. Do mesmo jeito são os pacientes do Aracapé, eles são atendidos. É por isso que a demanda fica muito grande, ai tem esse problema, “né”.

Ok, {...}.

Pois era isso, queria agradecer pela sua participação na pesquisa, tá bom. Obrigada!

ENTREVISTADO: Agente Comunitário de Saúde

DATA: 11/12/12 HORA: 10h

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: ACS 5

Oi, Bom dia!

- Bom dia!

Eu queria primeiramente que você se apresentasse, dissesse qual a sua profissão, quanto tempo você tá aqui, como foi sua trajetória aqui no posto, tá certo?

- Hum, hum!

- Bom! Meu nome é {...} é... sou Agente Comunitário de Saúde, é... aproximadamente, dois anos e meio. Sou lotado aqui no posto Graciliano Muniz “né”, faz parte da Regional V da Prefeitura Municipal de Fortaleza. E... a trajetória minha, antes de estar aqui, é trabalhar na comunidade como liderança comunitária, é... também participando de movimentos e pastorais da igreja católica. Sempre a serviço das pessoas, da comunidade. E... desde 2003 que eu moro na comunidade Planalto Vitória, dentro da fundação, numa área que é considerada área de risco, tipo 1, muito complexa, muito cheia de problemas, dificuldades “pra” comunidade. Tanto em infra estrutura como também na parte de... sanitária. E com, o concurso que teve em 2006, eu me inscrevi, passei, fiquei aguardando até 2010. E... a principio, é... a minha esposa não gosta muito, não queria nem que eu trabalhasse, que eu me envolvesse, se engajasse se preocupando com a... a comunidade, porque? É bom, é! Mas é muita complicação, muito problema pra gente. E por ironia do destino eu fiz o concurso e passei pra ser Agente Comunitário de Saúde, pra cuidar das pessoas do jeito que eu já fazia. Então quando a gente recebe uma missão de Deus, não é à toa, então de uma forma ou de outra é... eu acabei me engajando mais ainda como agente comunitário de saúde porque não é um trabalho fácil, é muita, é... a gente tem poucos recursos “pra” trabalhar tanto na unidade como... assim, suporte por parte do, da gestão.

Então! A gente vai conversar um pouco sobre isso!

E o que é acolhimento pra você?

- Acolhimento é você... na, na forma de você acolher as pessoas “né”, da comunidade. É... receber bem as pessoas, ouvir as famílias, “né”. Que muitas vezes elas contam toda a sua história de dificuldade financeira e outros problemas mais. Ouvir com atenção fazer essa busca ativa “né”, que é um trabalho nosso. E... tentar resolver os problemas das pessoas, é... mesmo que não consiga na parte da saúde, que às vezes deixa a desejar, mas a gente pode só com uma palavra de conforto e de orientação, as pessoas se sentirem bem acolhido pela gente da comunidade, como nós somos, ACS.

OK.

Você identifica acolhimento aqui na unidade de saúde? Se você... aqui nessa unidade você identifica esse acolhimento que você tá falando?

- Não. Como é pra ser, a gente não, não ver esse acolhimento, “né”. A gente presencia, muitas vezes as pessoas chegam em busca de uma informação e não sai satisfeito com essa informação. Às vezes eu fico até assim é... que deveria as pessoas acolher mais, com carinho, com amor, porque até na forma de você dizer um não, a pessoa chega procurando alguma coisa que não tem, até na forma de você, como dizer aquele não, tem que ser uma forma que não deixe a pessoa é, chateada ou revoltada. Então assim, eu acho muito a desejar o acolhimento aqui por parte da unidade de saúde.

E que fatores que dificultam essas ações de acolhimento?

- Eu acho que é a falta de organização da unidade, também muita falta de recursos, “né” e de capacitação dos profissionais. Principalmente os que trabalham no posto, a maioria são terceirizados, na parte ali do acolhimento, que é o SAME. Devia ter uma capta//, capacitação melhor e uma forma assim... de, de conduzir, de acolher as pessoas de uma forma humana mesmo.

Entendi.

Você identifica fatores que contribuem pra ações de acolhimento aqui no posto?

A... parte...

Que você pudesse citar?

- Por exemplo, da nossa parte de... que eu faço parte da comissão de maus tratos. Muitas vezes, mães, pessoas chegam nos procurando, é... como a gente solucionar alguns problemas. E a nossa comissão de maus tratos aqui do posto, da unidade Graciliano Muniz, agente tenta fazer da melhor forma possível, dentro das nossas condições, em tentar encaminhar alguns casos pra resolver no CRAS, no CAPS, até mesmo no Conselho Tutelar. E... as atividades são poucas, porque não dão suporte pra gente, mas o que a gente tenta fazer de uma certa forma ajuda muito as famílias, principalmente.

Eu senti que você coisa queira colocar mais alguma em relação ao acolhimento? Tem mais alguma coisa que você acha que deveria citar nessa entrevista?

- Em relação ao acolhimento deveria ter uma organização mais por parte da... Regional. Distrito de Saúde, dar um suporte melhor às unidades de saúde, em atender bem as pessoas. É... procurar solucionar os problemas quando elas vem, se direcio//, se dirigem ao posto procurar resolvê-la, “né”. Eu acho que deveria ser feito um trabalho mais afinco na unidade de saúde.

Ok, {...}, era isso, muito obrigada por sua disponibilidade.

ENTREVISTADO: Médico

DATA: 07/01/13 HORA: 14h40min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Médico 1

Oi, Boa Tarde! Eu queria primeiro que você contasse um pouco de sua trajetória aqui na unidade, quando você entrou, o que você faz;

- Bem..é entrei em 2006, quando houve o concurso da prefeitura e...é entrei inicialmente para a equipe lá do Parque Santa Rosa. Éramos três médicos do Saúde da Família, foi quando abriram o posto do

Aracapé e uma equipe daqui foi deslocada para lá. Então, estava sem médico no Conjunto Esperança, então eu vim do Parque Santa Rosa para o Conjunto Esperança. Faço parte da equipe verde, fiz a Residência de Medicina, Família e Comunidade aqui da Prefeitura de Fortaleza, hoje faço...continuo na equipe verde, tenho 10 Agentes de Saúde, uma equipe completa “né”, com enfermeiro, dentista e ACD.

Ok. E o que é acolhimento pra você?

- Pronto! Acolhimento é o seguinte, é... precisa alguém escutar o..., as pessoas que procuram o posto e de acordo com isso determinar um dia, um horário, uma data ou se precisa de atendimento é...imediato, se pode marcar para o dia do problema ao qual o paciente necessita, tipo: dia de pré-natal é dia de pré-natal, dia de clínica é dia de clínica. Então ir colocando o paciente de acordo com a... a orientação e as características da unidade, para não deixar que seja também algo (pausa), pra que o trabalho seja bem...

Pausa.

- Organizado, bem organizado, para também não, não fazer com que o...o...para não perturbar a organização do posto.

E você identifica acolhimento nessa unidade?

- Mais ou menos, assim...por que não tem equipe própria pra fazer o acolhimento. Mas sempre tem alguma enfermeira responsável por aquilo, naquele dia ou naquele turno, sempre uma delas é, fica responsável por aquele dia ser... a enfermeira responsável pelo acolhimento.

Então essa enfermeira fica nessa escuta?

- Fica nessa escuta. É exatamente... essa enfermeira fica nessa escuta, ela escuta, é...os pacientes extras, enfim...é os pacientes não marcados ou que, que...passa da demanda, digamos assim, pré marcada, então ela escuta, ela vê e ela traz pra...pra onde for responsável e...e organiza isso.

E que fatores você acha que contribuem pra ações de acolhimento nessa unidade?

- Que contribuem? Acho que a boa vontade das enfermeiras que ficam, entendeu! Que isso é... é o que contribui mais. É... e acho que é mais a boa vontade mesmo...das enfermeiras por que algumas pessoas do...do...do posto não realmente não contribuem, atrapalham.

Por falar em atrapalhar, que fatores você acha que dificultam o acolhimento aqui?

- Primeiro espaço, falta espaço específico, um lugar específico pra ficar sendo o local do acolhimento. O único local que nós temos... digamos assim, ah...ah...livre seria a sala da coordenação. Mas também não pode, não é o local correto de ser feito o acolhimento, na sala da coordenação. Como nosso posto é pequeno existe um problema de falta de sala. No horário da tarde até melhor, por que é mais calmo, digamos assim, mas no horário da manhã se torna quase impossível, todas as salas...são...seis salas...para (pausa) quatro médicos e cinco enfermeiras.

- Então, realmente é..., é..., é impossível, principalmente pela manhã, ter um local adequado pra esse acolhimento, então ele acaba sendo feito nos corredores...na entrada do SAME, que não é também o lugar correto pra ser feito.

Mas nesses locais, é a enfermeira que fica, às vezes nos corredores?

- A enfermeira que fica, às vezes é feita até pela atendente... dos médicos, às vezes é feita pelo SAME, às vezes é feito por uma pessoa lá da coordenação é...enfim esse acolhimento é feito por várias pessoas e geralmente quem fica nesse...é realmente a enfermeira.

Ok, {...}. Obrigada pela sua contribuição.

ENTREVISTADO: Médico

DATA: 13/12/12 HORA: 11h40min

IDENTIFICAÇÃO P/ ANÁLISE: Médico2

Bom dia.

Eu queria primeiro que o senhor se apresentasse, falasse um pouco da sua trajetória, quanto tempo você tá no Graciliano Muniz, quanto tempo na equipe de saúde da família.

- Bom dia! (Risos)

- “Nem” eu sei os dados precisos, eu “tô” desde oh! Foi em dois mil e seis, “né” o concurso? Desde o concurso? Foi em dois mil e seis então. Foi em dois mil e seis.

Já inserido numa equipe? Desde dois mil e seis?

- Já, minha equipe logo no início foi formada, “né”. Porque assim, eu sou médico, pediatra, “né”. Tenho especialização em saúde da família pela Escola de Saúde Pública, foi o primeiro curso que teve “né”, em noventa e... cinco. E aí agente “tá” aqui no Graciliano desde noventa e seis, “né”. E a nossa equipe desde o início foi formada direitinho, assim, direitinho entre aspas, “né”. A gente conseguiu realmente montar é... a estrutura de campo eu acho depois do... segundo ano talvez, um ano e meio a dois anos, foi quando realmente se definiu, foi quando realmente chegaram os agentes de saúde, foi chegando mais.

Foi a época que houve a seleção para os ACS?

- É! Exatamente.

E o que é acolhimento pra você?

- Bem, acolhimento é o seguinte, o acolhimento ele começa... não é só... Porque o acolhimento lá da nas unidades, o que a gente vê lá no posto é o seguinte: acolhimento é aquela salinha que verifica pressão “né”, pesa, mede e é isso... é isso que é acolhimento. Acho que acolhimento não começa ali. Acolhimento tem que começar desde a recepção “né”, é a recepção do posto na verdade “né”, como você receber, “né”.

- Na verdade não é só o usuário que tem que ser acolhido não, o funcionário também tem que ser acolhido, “né”. Então isso aí começa desde a entrada. De como ele é, é recepcionado, como é a o tipo de atenção que é oferecido a ele, o serviço que realmente é ofertado, se condiz com aquilo que é..., oficialmente, ou pelo menos é comunicado a população que existe aquele serviço, “né”. E o modo como o usuário é tratado, só... essa questão do... atendimento, do atendimento da enfermagem, o atendimento médico, odontológico, isso faz parte do acolhimento. Mas o acolhimento começa na porta de entrada

“né”, naquela, não é bem um... é tanto que hoje a gente não trabalha mais com...com, não trabalho-se mais com triagem, “né”. Trabalha-se com acolhimento, com classificação de risco, é pra mudar aquela visão de... você chegar e tratar o usuário como objeto, “né”.

Ok.

E você identifica acolhimento na sua unidade de trabalho?

- Não. De modo algum.

- Não é só, não é só não, é boa parte das unidades. E não é só em unidades de saúde não, em praticamente em todas as unidades de serviços que você vai, do serviço... É público e privado. É uma... poli//, “num”... é fosse assim, o problema num tá no setor, no seguimento social que, que, que é... que desenvolve alguma atividade, não. É geral, parece que você, quando você vai a um consultório, vai a um consultório, também você não é acolhido, boa parte você não é acolhido, serviço privado. Você vai ao serviço público do DETRAN (**Departamento de Trânsito**) você não é acolhido, você vai a Receita Federal você não é acolhido, o pessoal te trata super mal, “né”. E assim, você não é recepcionado em lugar nenhum. Lá no posto também não é diferente, não! Pior ainda, porque como existe uma..., uma quantidade muito grande de terceirizados que não tem vínculo nenhum, nem com a comunidade e muito menos com o profissional e assim... não tem vínculo com ninguém, entendeu? O vínculo deles eu não sei por onde é, “né”? Eles é que tratam mal mesmo, “né”. São desatenciosos, infelizmente ainda existe.

Ok.

E que fatores você acha que dificulta esse acolhimento? Principalmente na unidade de saúde?

- Na unidade de saúde! Primeira coisa, o preparo dos servidores, o servidor “num” é preparado pra fazer acolhimento. Não existe nenhum curso de capacitação, treinamento. Aquele Humaniza-SUS, ele foi feito pra trabalhar isso aí, mas pouquíssimos, pouquíssimos são os locais que realmente se trabalham com isso aí. Os próprios Gonzaquinhos trabalham uns//, fizeram os cursos, fizeram os treinamentos tal, mas não funciona do jeito que deveria.

- Então primeiramente seria ser capacitação do servidor.

- A segunda coisa seria estrutura física pra fazer o acolhimento. Você não tem. Você não pode acolher uma pessoa que vai... fica naquelas filas quilométricas dentro do posto, rodando, em pé, isso aí já não é acolher, já é maltratar, “né”. Segundo não tem a quantidade suficiente de profissional “pra” atender aquela demanda então o, o a demanda é muito grande e o cara se sujeita a ficar ali um bocado de tempo esperando por determinado serviço tipo assim; fila de espera enorme “né”, fila de espera pra exame, pra tudo. Você vai fazer um exame também demora muito, quando consegue marcar, você vai em dezembro, em dezembro no sei que, “né”.

Então assim, isso da estrutura, outra coisa a estrutura do servidor, deveria ter servidor público não pessoas que não tem vínculo nenhum com a unidade. Não tem servidor público. Ali no, no nas unidades de saúde você conta, às vezes tem uma pe//, no SAME não tem, que é a porta de entrada que é a recepção do posto não tem, “tá”.

- Então é difícil. Então primeiramente capacitação, concurso público, estrutura física da unidade, estrutura humana que tem que ser trabalhada, “né”.

- Aí você tem, aí tem, você pode fazer vários projetos, aí você pode... se você tiver estrutura humana e física você pode desenvolver uma atividade com, com, esse pessoal, até assim... atividade

enquanto o cara “tá” lá esperando “pra” ser, o serviço dele ser resolvido. Fazer alguma atividade de grupo, discutir, conversa, palestra, uma serie de coisas. Que às vezes o cara volta da porta de entrada sem prestar serviço nenhum, só quer ser escutado, só quer conversar.

E que fatores contribuem hoje pras ações de acolhimento? Você identifica algum fator que contribui hoje pro acolhimento?

- A nível de que?

A nível de unidade, da sua unidade de saúde?

- Uma coisa que contribuiria é que eu achava que a coordenação tem que tá aberta “né”, pra discutir pra melhorar. Isso aí, é... o acesso que tem a coordenação é muito bom. A coordenação ela, ela, interagi bem com, com, os funcionários e seria uma coisa muito boa. Eu acho que faltaria o..., é como eu falei essa questão do treinamento mesmo, é a falta ali, alguma coisa lá de cima. Eu acho que dependesse assim de algumas pessoas da unidade do coordenador, de DNI, funcionários em si, precisa treinar.

- A estrutura é muito ruim, você viu lá, o fluxo é ruim. Eu chego lá “pra” atender precisa que até espere que uma pessoa saia. O meu aqui (**Equipamento social cedido para atendimento/igreja**), é uma maravilha. Eu chego aqui fica todo mudo sentadinho na igreja, bate papo, conversa “né”. Eu chego brinco, converso, eu conheço todos os pacientes por parte, alguns eu já conheço muito por nome, por patologia, tem o Agente de Saúde, eu brinco, aqui é tudo diferente.

Ok, {...}. Muito obrigado por sua participação.

ANEXOS