

Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre

When the entrance does not solves: analysis of the health family units in the city of Rio Branco, Acre

Herleis Maria de Almeida Chagas

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre. Endereço: Estrada São Francisco, 283, São Francisco, CEP 69909-021, Rio Branco, AC, Brasil. E-mail: herleisfreitas@hotmail.com

Maria da Penha Costa Vasconcellos

Doutora em Saúde Pública. Professora Associada, Laboratório de Pesquisa Social em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mpvascon@usp.br

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e compreender a realidade de algumas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Rio Branco - Acre, no sentido de contribuir para a reflexão sobre uma das estruturas tão complexa, como as demais, que é “a porta de entrada” na atenção básica, do sistema de saúde brasileiro. A experiência de campo deste estudo concentrou-se em um Segmento de Saúde localizado na Região da Baixada do Sol, tendo como Unidade de Referência o Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima; a pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família, entre os anos 2008 e 2009. Trata-se de um estudo qualitativo de perspectiva etnográfica que teve como técnicas de coleta de dados a observação participante e o grupo focal. Observou-se, durante a pesquisa de campo, que a comunidade não identifica a Unidade de Saúde da Família como um serviço capaz de resolver seus problemas de saúde, fato que leva à procura por outros serviços. Dentre as fragilidades encontradas, podemos citar: o acolhimento nas USF; recursos humanos não qualificados; a desorganização do processo de trabalho nos aspectos assistenciais, gerenciais e organizacionais. Os resultados mostram que o trabalho das equipes de saúde da família no Município de Rio Branco é centrado no médico e no atendimento curativo e que alguns profissionais organizam seu processo de trabalho de forma individual e fragmentada, dificultando o trabalho em equipe.

Palavras-chave: Atenção Básica; Processo de Trabalho; Organização do Trabalho.

Abstract

The objective of this research is to know and to understand the reality of Family Health Units in the city of Rio Branco, to contribute to a critical analysis of an extremely complex structure, primary care units that are the main entrance to the Brazilian health system. The field research was conducted in four Family Health Units in the Baixada do Sol region, between the years 2008 and 2009. It is a qualitative study with an ethnographic approach; data were collected through participative observation and a focus group. During the field research, it was seen that the community does not identify the Family Health Unit as a service able to solve their health problems, a fact that leads them to seek help from other services. Among the vulnerabilities we encountered are: reception in the FHUs, unqualified human resources, and disorganized work processes in terms of assistential, management, and organizational aspects. The results show that the work of the FHUs in Rio Branco centers on the doctor and curative assistance, and some professionals organize their work individually and in a fragmented manner, making teamwork difficult.

Keywords: Primary Care; Work Process; Health Care Management.

Introdução

O SUS garante que todos os cidadãos tenham direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidos pelo Sistema; segundo as políticas vigentes, este acesso dar-se-á prioritariamente pelos Serviços de Atenção Básica. O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b), ao definir a Política Nacional, “caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (p. 12). A atenção básica como porta de entrada encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Brasil, 2006a, p. 2), publicação do Ministério da Saúde, na qual o primeiro princípio assegurado a todos os cidadãos é o acesso aos serviços de saúde, que “deve ser ordenado e organizado”. Sendo que o primeiro item deste princípio estabelece que esse acesso deve se dar “prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia”, que devem ser capazes de resolver 80% dos problemas de saúde e, se não resolvidos, são encaminhados aos serviços de maior complexidade tecnológica.

Mas, é bom lembrar que os usuários se utilizam de várias estratégias para acessar os serviços de saúde de que necessitam, muitas vezes, sem levar em consideração ou desconhecendo as normatizações do modo de organização do sistema.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2006b) reconhece que a “ABS ainda não constitui a porta de entrada principal aos serviços de saúde, perdendo este papel para os ambulatorios especializados de Média Complexidade e para os serviços de urgência (pronto-socorros)...” (p. 121).

Nossa hipótese é de que a implantação da Atenção Básica em Saúde no Brasil está longe de cumprir o que está idealizado em recomendações, textos teóricos e normatizações. Há problemas na qualidade, na resolutividade, na cobertura, na integração ao sistema hospitalar e de especialidades, na política de pessoal (RH) entre outros, dificultando a sua efetivação como porta de entrada no sistema.

Em 1994, foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (SAÚDE DA FAMÍLIA), em municípios no Nordeste, com o apoio

do Ministério da Saúde, objetivando responder como porta de entrada para o sistema de saúde. Através da atenção primária, visando a reversão do modelo assistencial vigente e reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital.

Considerando que a estratégia da Saúde da Família apresenta atualmente uma importância estratégica para o Ministério da Saúde e municípios que a implantam, sendo de grande alcance assistencial e social junto à população assistida e com dividendos políticos da política pública de saúde, nacional e internacionalmente, surgiu o interesse de investigação apresentado sobre como vem sendo organizada a Saúde da Família no município de Rio Branco-Acre.

As perguntas iniciais que dirigiram nossa pesquisa foram: Como estão sendo acompanhadas e treinadas as equipes de SAÚDE DA FAMÍLIA neste município, uma vez que de fato esses são os sujeitos que operam o sistema identificado como “porta de entrada ao SUS”? Quais as principais demandas/necessidades, queixas, dúvidas de quem procura a Saúde da Família nesse município? Como habitualmente os profissionais costumam lidar com essas questões? Existem condutas padronizadas, informações, encaminhamentos por parte dos profissionais alocados na Saúde da Família? Existem condições físicas adequadas para a realização das atividades?

Com o objetivo de conhecer e compreender a realidade de algumas unidades da Saúde da Família do município de Rio Branco - Acre, desenvolvemos nosso trabalho no sentido de contribuir na reflexão sobre uma das estruturas tão complexa, como as demais, que é “a porta de entrada” do sistema de saúde brasileiro.

A Saúde da Família no contexto do Sistema de Saúde Brasileiro

A Saúde da Família é a principal proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica no Brasil. Trabalha principalmente a diretriz de vinculação de clientela a uma equipe de saúde e opera centrada no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizado pela epidemiologia. Tem por referência no contexto do cuidado à população

uma certa divisão territorial, em microáreas, no sentido de otimizar seu trabalho de promoção e prevenção à saúde.

As equipes de Saúde da Família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de higiene dental, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades de saúde da população adstrita, destacando-se a perspectiva da Família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

O trabalho na Saúde da Família pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma “estratégia estruturante” de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual mostram que existem tanto pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto problemas em relação a condições de trabalho. Por outro lado, verifica-se também a persistente fragmentação e o tecnicismo no trabalho desenvolvido na Saúde da Família. Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes de Saúde da Família demonstram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para que isto ocorra. Franco e Merhy (2006a), ao fazerem uma análise do Programa de Saúde da Família (PSF) quanto as suas possibilidades e limites, a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde, como território dos fazeres e, portanto, produtor do cuidado em saúde, concluíram que:

“[...] a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Pois para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias. Portanto, a adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família deve considerar que da forma como o PSF

está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança...(p. 122)”

A Saúde da Família e o acolhimento

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (Campos, 2003).

O acolhimento se constitui em instrumento potente para a reorganização da Atenção à saúde na Saúde da Família, podendo legitimar a Equipe de Saúde da Família (ESF) como “porta de entrada”, na medida em que consiga influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e que também consiga influenciar em questões sociais e organizacionais do serviço.

Segundo a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (Brasil, 2004), o acolhimento na saúde é a construção de uma nova postura dos profissionais e do serviço, que visa à ampliação do acesso com abordagem de risco e vulnerabilidade, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. Tem como objetivos: humanizar o atendimento, organizar o serviço, otimizar o atendimento, maior resolutividade, estabelecer fluxo de atendimento para a demanda espontânea, menor desgaste da equipe e união dos profissionais num objetivo comum, intensificar o trabalho em equipe, aumentar a satisfação da comunidade, compromisso com a construção de cidadania e autonomia da comunidade e fornecer elementos para o diagnóstico local.

“O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço” (Schimith, 2004, p. 1487).

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário. A acolhida consiste na

abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

Matumoto (1998) “[...] explica que o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia. Conclui que o *porquê* acolher desvenda o modo como se efetiva a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e como os trabalhadores envolvidos *“se posicionam frente ao lema ‘Saúde como direito de todos e de cidadania’, através dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e acesso”* [...]. (p. 21).

A prática de “Acolher” consiste em uma escuta qualificada que todos os funcionários das unidades básicas de saúde devam realizar ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a sua competência profissional. É desejável que o sentido de acolher ultrapasse as fronteiras da relação equipe/usuários e comece a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no dia a dia do trabalho.

Processo de trabalho em saúde no Programa Saúde da Família

O processo de trabalho em saúde também tem uma direcionalidade, que se materializa nas relações do homem com os outros e com a natureza, nas quais se fazem necessárias adaptações, transformações ou manutenções.

Segundo Pires (2000) “[...] o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (p. 85).

O processo de trabalho em saúde, na sua micro-

política, quando na hegemonia do trabalho vivo, nos revela um mundo rico, dinâmico, não estruturado, com grande possibilidade inventiva, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade; trabalha com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo; é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

A organização da rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente normatizada. Como exemplo podemos citar a Saúde da Família, que propõe normas iguais para o funcionamento das equipes em todo o País, independentemente das características específicas dos territórios e regiões. Quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, e a disponibilidade de alguns procedimentos, isto impõe um constrangimento aos trabalhadores no objetivo de produzir o cuidado, ou seja, isto aprisiona o seu trabalho vivo, o que dificulta relações positivas com os usuários.

Para que ocorra uma mudança efetiva a partir da estratégia Saúde da Família, é necessário repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Os profissionais das Equipes de Saúde da Família, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas.

Com base no Guia Prático da Saúde da Família publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, as atribuições fundamentais dos profissionais da USF são as seguintes: Planejamento de ações; Saúde, Promoção e Vigilância; Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem integral da Família.

O trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho. A troca de informações continuada, que leva às boas avaliações e propostas de conduta, deve ocorrer através das reuniões das equipes, como parte da rotina do trabalho

da Saúde da Família para facilitar a comunicação, troca de experiências, expectativas, melhorar convivência e avaliação quantitativa.

O processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção; e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias. A organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, o modelo de atenção centrada na concepção médico-curativa tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial produtor de saúde deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

Procedimento metodológico

O Estudo foi desenvolvido no Município de Rio Branco, capital do Estado do Acre-Brasil, no segmento de Saúde localizado na Região da Baixada do Sol, tendo como Unidade de Referência o Centro de Saúde de Augusto Hidalgo de Lima. O número de famílias cadastradas na Saúde da Família nesse segmento é de 7.000 famílias, perfazendo o total de 28.000 pessoas, o que corresponde a 56% dos moradores do local (segmento). A pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família.

Utilizamos neste estudo uma abordagem qualitativa em uma perspectiva etnográfica. Segundo Victora e colaboradores (2000):

O método etnográfico é um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela Antropologia para fins de conhecimento científico da realidade social [...]. A abordagem etnográfica se constrói tomando como base a ideia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam [...]. O método etnográfico de pesquisa possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo [...]” (p. 53-54).

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, utilizaram-se duas técnicas de coleta de dados: a observação participante e o grupo focal. O trabalho de campo ocorreu no período entre agosto de 2008 e maio de 2009.

A pesquisa se desenvolveu em duas etapas: a primeira constituiu-se das observações realizadas nas quatro Unidades de Saúde da Família; e a segunda, da realização dos Grupos Focais por Equipe de Saúde da Família (ESF), totalizando a presença das seguintes categorias profissionais: 2 médicos, 3 dentistas, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 4 auxiliares de consultório dentário e 24 agentes comunitários de saúde.

O procedimento adotado para a análise do material inicia-se com uma leitura e releitura de cada registro do diário de campo e das entrevistas dos grupos focais, até se dominar o todo. Nesse processo foi elaborado um quadro síntese, ou seja, um esquema provisório de interpretação de cada relato à luz do referencial teórico. Após essa leitura, procedeu-se a uma leitura horizontal do conjunto dos relatos e entrevistas por unidade e equipes de saúde da Família, o que permitiu identificar núcleos temáticos ou categorias empíricas, que foram analisadas com base nas categorias de análise, formuladas no quadro teórico. Foram identificadas as seguintes categorias:

- O acolhimento na sala de espera;
- A desorganização do serviço e o processo de trabalho;

O acolhimento na sala de espera

Quando ocorre a procura espontânea do usuário ao serviço nas unidades, o usuário, ao entrar na sala de espera, é atendido pela recepcionista, sua queixa ou necessidade é ouvida e depois encaminhada para os setores ou serviços correspondentes. Observou-se que os profissionais atendiam e ouviam os usuários na sala de espera, um ambiente aberto que não garante a privacidade. Fato comprovado através das observações de campo:

“... entra uma moça de camiseta verde para pegar preservativo e a agente de saúde que acabou de chegar entrega os preservativos e a recepcionista anota o seu nome...” (USF 1)

“... entram na unidade dois homens solicitando

preservativos, a recepcionista entrega, anota seus nomes no registro e vão embora...” (USF 2)

Este tipo de atendimento interfere sobre o acolhimento, pois o usuário fica constrangido, expressando rapidamente seu problema, ou sua queixa. Não há reservado para si um espaço privativo.

Os espaços físicos observados podem ser considerados inadequados por se tratarem de ambientes abertos que sofrem interferências do som ambiente (conversas de pessoas, choro de crianças, ruídos e outros). Além disso, no momento do atendimento, o profissional pode ser interrompido para dar informações, para cumprimentar pessoas e para dar atenção a pessoas que passam mal.

A preparação do ambiente para o acolhimento da comunidade é também um aspecto importante a ser considerado; um ambiente limpo e organizado reflete um cuidado antecipado para com o usuário. Durante o estudo pôde-se observar que em algumas unidades a limpeza da Unidade ocorria durante o atendimento, demonstrando que o serviço de saúde não se prepara antecipadamente para a atenção ao usuário, o que causa uma má impressão para iniciar a relação do atendimento trabalhador/usuário.

Outro fator observado nas unidades foi quanto à sinalização e à informação referente à localização das salas e setores de atendimento. Desde a entrada são pouco destacadas as placas ou painéis informativos, como também em muitas situações os setores ou salas ficam sem ninguém para informar. É importante que os trabalhadores orientem os usuários para que se localizem espacialmente na unidade, como uma forma de garantir o acesso através do acolhimento, especialmente, considerando as dificuldades que estes podem sofrer como: dor, ansiedade, medo, limitação de escolaridade, entre outras.

Além disso, constatou-se que os profissionais que atendem na recepção não têm um preparo adequado, do ponto de vista técnico e humano, para atenderem as demandas dos usuários. Pois, em várias ocasiões, a recepcionista utiliza o critério “tá com febre alta” para garantir o atendimento médico daqueles que não conseguiram fichas, não se solidarizando com a história dos usuários. Muitas vezes nem sequer ouve as queixas e já nega o acesso, inclusive sem nenhuma alternativa de resolução do problema, ou seja, sem nenhuma responsabilização pelos problemas dos usuários.

Em muitas situações, a própria recepcionista nega o atendimento, baseada no número de fichas de atendimento médico, sem falar com o profissional. A enfermeira não é chamada para avaliar o caso, a própria recepcionista é que avalia a necessidade ou não da consulta, mesmo com a presença da enfermeira na unidade.

O não acesso também pode ser observado através das filas para consulta médica, disputa na hora da distribuição das senhas e agenda lotada. Outra característica encontrada na organização dos serviços investigados é o agendamento prévio de consultas, apesar de não priorizar rigorosamente os moradores da área de atuação, atendendo os “fora de área” (são usuários que não pertencem ao território da unidade), pois todas as 04 unidades reservam 02 vagas para consulta médica para os usuários que não pertencem à área de abrangência, o que diminui o número de vagas para atendimento da população adstrita.

As observações de campo exemplificam:

...às 06h45min a unidade está fechada, mas já tem usuários no banco de fora sentados, esperando abrir para poder agendar as consultas para a tarde... (USF 1)

...um homem chega e solicita atendimento médico e a recepcionista questiona ser fora de área, ele diz que sim, a recepcionista o encaixa, pois só tinha uma vaga para fora de área... (USF 1)

No entanto, no agendamento prévio nem sempre o programado é cumprido.

...às 15h05min a médica chega à unidade e começa o atendimento, alguns usuários reclamam, pois toda vez é assim, chega muito tarde para começar as consultas... (USF 1)

Isto demonstra que o serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, estabelecendo o fluxo de demanda das pessoas conforme o mais adequado para o desempenho do trabalho dos profissionais. Sem uma preocupação com as necessidades dos usuários, determinando para estes um horário de chegada e não o horário do seu atendimento. Desse modo, ocorre uma falta de credibilidade e confiança, o que refletirá no vínculo desse usuário com o serviço como também no acolhimento.

Outro problema que chamou a atenção durante a pesquisa foi a dificuldade de acesso à consulta odontológica, pois a forma adotada pelo serviço é o tratamento completado e o agendamento é através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), após abertura de vagas, sendo priorizados os moradores da área de atuação da equipe. Observou-se uma alta demanda reprimida e uma disputa muito grande dos usuários para ingressar no atendimento odontológico. Como exemplo, pode-se citar o seguinte relato:

“... muitos problemas pra comunidade, que não entende, que é um processo que é demorado, só um dentista na equipe pra atender duas populações diferentes, só aqui em média nós temos quase oito mil pessoas aqui do Plácido de Castro, isso incluindo quase o dobro, quinze, dezesseis mil pessoas entre os fora de área, porque quando vem, vem duas vagas pra urgências, que é pra extração, e duas vagas que é pra tratamento...” (Enf^a, USF 2)

Campos (2007) comenta que :

[...] uma das funções importantes na Atenção Básica conforme as configurações que o SUS vem adquirindo é o Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade: os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a atenção básica de saúde nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adstrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território, espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de ABS e identifique o risco e vulnerabilidade desses indivíduos, famílias e setores da comunidade [...] (p. 6).

Através das observações registradas, pode-se identificar alguns aspectos que devem ser repensados pelos profissionais das equipes, a fim de que o acolhimento possa ser uma prática de uma escuta qualificada ouvindo as necessidades que levam o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a competência profissional. O tipo de

escuta desenvolvida pelos profissionais foi a clínica, com foco nas queixas, com intervenções pontuais, pouco resolutive e sem construção de vínculo. Se a escuta fosse de uma forma ampliada, poderiam identificar problemas e necessidades que vão além dos serviços de saúde e que para serem resolvidos necessitariam de articulações intersetoriais, ou seja, buscar parceria com outros setores que não pertencem ao serviço de saúde, aumentando com isso a satisfação da comunidade; ou poder-se-iam perceber outros fatores que não os estritamente biológicos que contribuem para o problema em questão; ou poder-se-iam perceber elementos da vida pessoal que contribuem para agravar determinado problema ou que dificultam sua “adesão” às propostas terapêuticas habitualmente propostas, ou seja, poder-se-ia entender melhor qual/quais os problemas para além da queixa e mobilizar internamente respostas para seu enfrentamento juntamente com o usuário.

A desorganização do serviço e o processo de trabalho: agentes comunitários de saúde e seu dia a dia

Nas unidades estudadas observou-se que cada ACS define quem e quando vai visitar, não existe um planejamento da equipe e nem orientação quanto às prioridades das visitas. Os enfermeiros coordenadores desconhecem a “rota” de visita diária dos agentes, a maioria dos agentes sai de sua casa direto para as visitas, sem ir à unidade informar quais famílias serão ou foram visitadas, o que torna mais difícil o trabalho de monitoramento dos enfermeiros supervisores. Os contatos com as famílias não são permanentes, dificultando o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. Os cadastros só são atualizados quando solicitados pelo Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

As únicas ações observadas quanto à integração entre a equipe e a população são algumas informações pontuais como: se há médico na unidade, se há agendamento para dentista, em que dia há exame preventivo de câncer do colo uterino-PCCU, se estão fazendo o acompanhamento da Bolsa Família. As orientações às famílias, quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, não fazem parte da

rotina de trabalho dos ACS. Pois todas as unidades não têm um cronograma de atividades definido em conjunto pelos membros da equipe e nem utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.

Observou-se que a média de visitas por agente, no trimestre, não atinge o esperado, uma vez que o ACS tem que visitar as famílias de seu território (microárea), pelo menos uma vez por mês por domicílio. Pode-se sugerir que isto acontece devido à: falta de compromisso dos profissionais, ausência de coordenação, de gestão compartilhada do cotidiano do trabalho e o despreparo de alguns profissionais para desenvolver suas atribuições. Outro aspecto importante a ser considerado é que há um número relevante de pessoas na área adstrita que necessitaria de mais de uma visita mensal, no caso, por exemplo: se são 81 hipertensos cadastrados em uma unidade, alguns destes necessitariam de mais de uma visita mensal, o que garantiria uma assistência mais regular para identificação de riscos e prevenção de complicações. Este fato foi comprovado quando na etapa da observação de campo das visitas domiciliares, os autores desta contribuição tiveram muita dificuldade, perderam muito tempo e algumas vezes precisaram agendar com os ACS para poderem registrar as visitas domiciliares, pois, se estas ocorressem de forma rotineira, não teriam enfrentado tal obstáculo.

A equipe de enfermagem e sua rotina de trabalho

Os momentos de encontro individual com os pacientes foram mais observados durante a coleta de exames citopatológicos e consulta de pré-natal. Em alguns períodos, o enfermeiro permanece na unidade e não atua diretamente em nenhuma das atividades em questão. Os enfermeiros realizam mais atividades administrativas do que de atenção, ou seja, o potencial do enfermeiro não está sendo plenamente utilizado nos serviços de saúde.

Por não haver um planejamento considerando a especificidade profissional e intervenção para os casos necessários, observou-se que a equipe de enfermagem realiza poucas visitas domiciliares. Os Técnicos de Enfermagem realizam visitas domiciliares apenas quando são solicitados pelos

ACS para verificar uma pressão, fazer curativos ou outros procedimentos em pacientes que não podem se deslocar até o módulo de saúde.

As ações de supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS também não foram observadas, apesar de, em vários momentos, os usuários externarem a insatisfação com o processo de trabalho dos ACS. Peduzzi (2001) “aponta que práticas de supervisão externa sistemática são uma possibilidade no sentido de ampliar a gestão coletiva e o trabalho em equipe multiprofissional” (p.106).

As atividades desenvolvidas pelos Médicos

A assistência médica está voltada principalmente para o diagnóstico, tratamento e reabilitação dos indivíduos doentes. Os médicos não participam de atividades de promoção (quando ocorrem, como por exemplo: grupos de idosos), de reuniões administrativas ou de avaliação das atividades e do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da USF.

A seguir, destacam-se algumas falas dos demais profissionais, para exemplificar a forma de atuação dos médicos:

“... a médica, ela não faz visita domiciliar, ela não atende bem o paciente, ela não vem na unidade, ela vem quando quer, às vezes, agenda-se consulta, ela falta no dia...” (ACS 1 USF1)

O não cumprimento do horário de trabalho gera insatisfação, tanto para os usuários quanto para a equipe. O médico não participa do planejamento das ações, como também não dá a devida importância para as atividades educativas de grupo realizadas pelos demais membros da equipe. Além disso, foi observado que a demanda maior é para os atendimentos clínicos com os médicos, o que contribui para a falta de acesso a outros cuidados e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. Pode-se confirmar, quando se registrou a pouca movimentação na unidade quando o médico estava ausente, o que caracteriza que a organização do processo de trabalho das unidades estudadas está direcionada para a demanda clínica ou que todas as queixas e problemas são traduzidas como problema biológico a ser diagnosticado pelo médico, ou seja, todos contribuem para a construção de um serviço médico-centrado.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Todas as Equipes de Saúde Bucal estudadas atendem a população de duas unidades, sendo que o consultório clínico é localizado em uma delas. As ESB disponibiliza vagas por microáreas dos ACS, estes identificam as pessoas que precisam de tratamento odontológico e agendam com a Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). A maioria das ações está voltada para os procedimentos clínicos e com poucas atividades de promoção à saúde bucal, como também não visitam as famílias nos domicílios. Quando realizam atividades de prevenção, fazem de forma totalmente desintegrada dos demais membros da equipe.

Durante as entrevistas, alguns profissionais falam sobre a atuação da equipe de saúde bucal:

“Com relação ao trabalho em equipe eu acho que é falho, principalmente essa interação com a saúde bucal, eu acho que não tem uma interação muita boa não...” (Enfermeiro USF 1)

“... o dentista também não planeja, ele vem aqui uma vez por semana, toda segunda à tarde, ele se reúne apenas com as agentes de saúde, eu às vezes me intrometo um pouco e pergunto, eu posso participar da reunião, e vou lá e me meto também...” (Enfermeira, USF 2)

Pode-se afirmar que o trabalho das equipes de saúde bucal é extremamente independente das demais atividades da unidade e com um alto grau de autonomia. Sobre este aspecto, Mishima e Campos (2003) ressaltam que:

[...] a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos [...] (p. 129).

O processo de trabalho precisa ser estruturado com base na equipe, e deve estabelecer um projeto

comum em que o trabalho especializado de cada profissional se complementa e possam construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários.

No entanto, observou-se nas unidades estudadas que não há uma responsabilidade coletiva e uma integração dos profissionais na organização do trabalho; ocorre uma fragmentação de ações e saberes, portanto não existe um trabalho efetivo em equipe.

Durante a realização da pesquisa apareceram situações de conflito entre os membros da equipe. Entre eles tem-se: estilo de personalidade, forma de interagir com outro em várias situações, péssimas condições de trabalho, conflitos internos, baixos salários, variedade de opiniões e posturas, situações difíceis ou que geram competição, baixa interação entre os membros da equipe, falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal, grande rotatividade entre os profissionais da equipe.

Durante um grupo focal uma enfermeira comenta:

“... eu acho que a conduta do médico não condiz com uma pessoa que seja membro da equipe, já que ele chega e se você não der boa tarde ele não fala com você, senta, atende e vai embora...” (Enf^a USF 2)

A ausência da gestão quanto ao acompanhamento *in loco* do processo de trabalho das equipes, para assessoramento, avaliação e supervisão, dificulta ainda mais a efetividade das ações, uma vez que nas unidades de saúde da Família não há um gerente para coordenar as equipes a nível local, ocorrendo dessa forma uma certa perpetuação dos conflitos.

Araujo (2007) defende que “A prática do trabalho em equipe na Saúde da Família mostra que a realidade envolve conflitos, falta de capacitação, perfil inadequado, desinteresse e desmotivação. O desempenho profissional, baseado em conhecimentos técnicos de cada membro, necessita também que os integrantes da equipe tenham bom desempenho interpessoal. Isso significa saber lidar com diferenças no campo profissional e pessoal [...]” (p. 463).

Durante os grupos focais, quando as equipes foram interrogadas se realizavam planejamento em equipe, inclusive se havia a participação da comunidade, os relatos foram os seguintes:

“...os médicos não gostam de planejar, eles não sentam, o atual praticamente nem conversa com a gente...” (Enfermeira, USF 2)

“...Para planejar as ações de saúde tem que ser antes de acontecer as doenças, tem que vir lá de cima a decisão, tem que trabalhar baseado do que pensam lá em cima, o município como um todo...” (Médica, USF 3)

“...Nós não estamos planejando, mas se for decidir planejar ou avaliar ou programar, tem que ouvir a opinião de cada um...” (ACS USF 3)

Nas quatro Unidades, observou-se que as equipes não realizam diagnóstico da situação de saúde da população e não levantam informações presentes nas fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, associando ao mapeamento de áreas de risco, entrevistas com lideranças da comunidade e outras fontes de informação como, por exemplo: os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa, para realizarem planejamento do trabalho e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar. Portanto, é preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico e do permanente acompanhamento das famílias adstritas, visando à melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

De maneira geral, as equipes atribuem essa dificuldade à falta de uma coordenação ativa da gestão:

“... eu acho que em toda equipe tem que ter alguém que mande, para coordenar o serviço, para planejar com a equipe, aqui eu já estou já com o meu limite extrapolando...” (Médica, USF 3)

Nas USF estudadas, observou-se que as ações são coordenadas verbalmente, baseadas em problemas do dia a dia. Os problemas são resolvidos sob demanda, sem sistematização, o que dificulta avaliar e planejar ações. O planejamento local depende do nível da capacitação dos profissionais além de outros interesses. O principal mecanismo de avaliação das equipes do Saúde da Família é o SIAB, que tem o problema de estar relacionado mais a compromissos da gestão municipal do que à organização do processo de trabalho da equipe.

Outro aspecto identificado é quanto à capacitação e/ou treinamento das equipes para atuação na atenção à saúde da comunidade. É visível a dificuldade dos profissionais em práticas educativas no espaço da atenção básica em saúde, no contexto da

comunidade, tanto os técnicos quanto os de nível superior. A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. A educação permanente deve iniciar-se desde o treinamento introdutório da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com as realidades de cada contexto.

Foi possível perceber que o processo de trabalho das equipes é organizado de forma parcelada e fragmentada. Muitos trabalhadores colocam-se disponíveis e demonstram interesse pelo que fazem, mas por não possuírem uma capacitação específica e por se encontrarem em um espaço de conflito entre o que é proposto pela Saúde da Família e o modelo hegemônico legitimado, em que ainda é intensa a orientação pela saúde tradicional, os trabalhadores são absorvidos em atividades de caráter imediato e pouco resolutivo.

A partir do momento que houver uma compreensão de que o processo do trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou objetos e sim sobre pessoas e que, para a construção de um novo modelo de assistência à saúde, centrado no usuário inserido no contexto familiar e social, é fundamental o repensar do processo de trabalho, haverá oportunidades de mudança. Esta deverá ser orientada pelo princípio da integralidade, tendo como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculos da equipe de saúde com a comunidade.

Considerações finais

Como esta pesquisa se propôs a conhecer e compreender a realidade de algumas unidades do Saúde da Família no município de Rio Branco-Acre, tomando como reflexão o papel dessas como portas de entrada no sistema de saúde, pode-se perceber que as Unidades de Saúde da Família não são efetivamente a porta de entrada no Sistema Municipal. Um dos problemas encontrados foi a forma de organização do processo de trabalho, as equipes não têm um projeto comum, não realizam um planejamento baseado na realidade local, identificando as responsabilidades comuns e as específicas por profissionais, como também não há uma participação da comunidade,

ou seja, não existe uma responsabilidade coletiva na organização do trabalho. Ficou evidente que a atividade laboral das equipes é centrada no médico e no atendimento curativo e que alguns profissionais organizam seu processo de trabalho de forma individual e fragmentada, dificultando o trabalho em equipe. O serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, sem nenhuma preocupação com as necessidades e satisfações dos usuários.

O Processo de Trabalho das Equipes de Saúde deve ter sua orientação construída de modo mais próximo da comunidade, com um conhecimento mais profundo da realidade local, a presença do agente comunitário, a visita domiciliar, a supervisão e acompanhamento pelo enfermeiro dos trabalhos dos ACS, pois acredita-se que essas são algumas das ferramentas que a Estratégia de Saúde da Família dispõe para ser um diferencial importante na melhoria da qualidade da atenção.

Outro obstáculo encontrado foi quanto à forma como as pessoas são acolhidas na sala de espera; o contato inicial é feito por profissional não qualificado para a escuta, para o encaminhamento ou resolução das queixas; o horário de funcionamento informado não é cumprido; ocorre a dificuldade de acesso à consulta odontológica; o acesso para consultas médicas é dificultado devido ao reduzido número de fichas; enfrentamento de longas filas; o tempo alto na sala de espera; e o não cumprimento da carga horária.

Na rotina das unidades, ficou predominante o fato de que o serviço é autoritário, pois os usuários são obrigados a submeterem-se às ofertas disponíveis, sem se levar em consideração suas necessidades, contrariando o princípio da integralidade. As unidades devem organizar seu trabalho a partir da vulnerabilidade dos seus usuários, dando um encaminhamento responsável e resolutivo às demandas, inclusive aquelas que a equipe não consegue resolver.

Outro fator importante a ser considerado é a falta de capacitação dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da Atenção Básica, especificamente na Saúde da Família. Sugere-se a implantação de uma política de educação permanente (em serviço) no sentido de qualificar melhor os profissionais que atuam na Saúde da Família.

Fica evidente que a população moradora da região pesquisada necessita de um serviço no qual exista um melhor vínculo entre as equipes e a comunidade. As Unidades de Saúde da Família são utilizadas apenas em algumas situações específicas pelos usuários e, em vários momentos, foram relatados fatos que indicavam a procura por outras unidades para resolução dos problemas de saúde, ou seja, a porta de entrada está em outro lugar.

Referências

- ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF, 2006a. (Série E - Legislação de Saúde).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica: dos Princípios gerais*. Brasília, DF, vol.4(Série Pactos pela Saúde 2006), 2007.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.
- CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica - diretrizes. *Cadernos Associação Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 6-10, out. 2007. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno03/cadernos/papel_rede_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 12 maio 2009.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.
- MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família - perfil das equipes. *Reme - Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 124-133, 2003.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, 2000.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.
- VICTORA, C. G. et al. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Rio de Janeiro: Tomo, 2000.

Recebido em: 14/10/2011

Reapresentado em: 23/11/2012

Aprovado em: 15/02/2013