

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem**

**Compreendendo o acolhimento em uma Unidade de
Saúde da Família na perspectiva dos usuários**

Cintia Ayame Sato

**Botucatu
2011**

Cintia Ayame Sato

**Compreendendo o acolhimento em uma Unidade de
Saúde da Família na perspectiva dos usuários**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação em
Enfermagem.**

**Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP, como requisito para obtenção do
grau de Enfermeiro.**

**Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo
Orientadora**

**Botucatu
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Sato, Cintia Ayame.

Compreendendo o acolhimento em uma unidade de saúde da família na perspectiva dos usuários / Cintia Ayame Sato. – Botucatu : [s.n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo

Capes: 40400000

1. Enfermagem – Estudo e ensino (Superior). 2. Programa de Saúde da Família (Brasil). 3. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Dinâmica não Linear; Pesquisa qualitativa; Estratégia saúde da família.

*Trabalho conduzido dentro das
atividades de Bolsista -
FAPESP
Processo 2011/02764-2*

Dedicatória

*A minha querida mãe,
Marina Mitie Matubara
Sato, que sempre esteve ao
meu lado me incentivando e
me dando forças nesta minha
caminhada. E ao meu pai
amado, Hélio Hiroshi
Sato, que sempre lutou tanto
para que eu pudesse seguir meu
caminho. Agradeço por todo
amor, carinho, força e
dedicação.*

Amo vocês!

Agradecimentos

A Deus por colocar tantas pessoas admiráveis e amigas na minha vida.

A minha amada família que sempre me acompanhou durante essa minha trajetória.

A minha orientadora por ter me ensinado tanto e ter me apoiado nesse difícil período de transição que é o final da graduação e início de uma vida profissional.

Aos meus queridos amigos Priscilla, Paula, Adriana, Fabiana, Marina e Lucas que sempre estiveram comigo durante esses anos.

Ao meu querido Rubens pela amizade, carinho, amor e por sempre estar ao meu lado em todos os momentos.

A Suelen pela amizade, pela paciência e pelo enorme aprendizado em pesquisa científica.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Enfermagem.

A toda equipe da USP Id. Isolanda por todas as oportunidades de aprendizado e pelo carinho que recebi de todos.

A Rosângela, Malu e Nivaldete pelo auxílio no desenvolvimento da documentação necessária para a F.A.P.E.S.P.

A bibliotecária Luciana Pizzani pela correção das referências.

A todos que contribuíram de alguma forma na minha formação acadêmica.

Epígrafe

"...Mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou..."

João Guimarães Rosa

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior paulista na perspectiva dos usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o Estudo de Caso como referencial metodológico e a Teoria da Complexidade (TC) como referencial teórico. Os dados foram coletados nos meses de março a julho de 2011, por meio da entrevista não-diretiva e observação participante sendo utilizado o Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde. Os discursos foram analisados na vertente temática de Bardin, de onde emergiram dois temas: O acolhimento como um ato que antecede a consulta médica e O acolhimento como solução de demandas decorrentes do ato médico. O estudo deu visibilidade às formas como são compreendidos o acolhimento, isto é, momento em que precede a consulta médica, sendo configurado como espaço de pré-consulta, onde se realiza ações pontuais como aferição de sinais vitais, e, que o usuário tem a certeza que será atendido pelo médico, além da percepção de que o acolhimento não faz parte do processo para resolução de sua demanda, pois, tal resultado se tem por meio da dispensação de medicamentos permeado por tratamento educado dos profissionais. Esses resultados demonstram como o olhar fragmentado, reducionista e linear do cuidado ainda estão presentes nas palavras, nos pensamentos, na cultura dos usuários dos serviços de saúde, bem como nos profissionais da equipe. A TC parece iluminar estas questões podendo resultar em importante melhoria da compreensão das relações interacionais entre equipe e usuários em torno do processo de trabalho no modelo Saúde da Família, enquanto principal estratégia da Atenção Básica.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Dinâmica não Linear; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The present study aimed at understanding humanized reception at a Family Health Unit in a city in São Paulo state according to users' perspectives. It is a qualitative investigation with a Case Study as its methodological framework and the Theory of Complexity (TC) as its theoretical basis. Data were collected from March to July, 2011 by means of non-directive interviews and participant observation, and the Flowchart that analyzes the care provision model in health care services was used. The discourses were analyzed according to Bardin's thematic approach, from which two themes emerged: humanized reception as an act that precedes medical consultation and humanized reception as a solution to demands stemming from medical action. The study provided visibility to the forms how humanized reception is understood, that is, the moment that precedes medical consultation, being configured as a pre-consultation instance when punctual actions are performed, such as measuring vital signs, and when users are sure that they will be seen by a doctor, in addition to the perception that humanized reception is not part of the process to solve their need, since such result is achieved by means of medication dispensation permeated by the polite treatment given by professionals. These results show how the fragmented, reductionist and linear approach to caregiving is still present in the words, thoughts and culture of health service users as well as in those of health care team members. TC seems to shed light on these issues, and it may result in important improvement in the understanding of interactional relationships between team members and users concerning the work process in the Family Health model as the main strategy in Primary Care.

Key words: Family Health Program; Humanized Reception; Non-Linear Dynamics; Qualitative Research.

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO II. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	13
2.1. Estudo de caso	13
2.2. Cenário	13
2.3. Amostra	13
2.4. Referencial teórico: Teoria da Complexidade (TC)	16
CAPÍTULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
3.1. Análise do fluxograma	19
3.1. TEMA I: O Acolhimento como um ato que antecede a consulta médica	21
3.2. TEMA II: O Acolhimento como solução de demandas decorrentes do ato médico	24
CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	33
Anexo 1: Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde.....	33
Fluxograma dos participantes	34
Anexo 2: Aprovação do CEP	38
APÊNDICES	39
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39

Capítulo 1

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) foi tema central da Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), cujos países envolvidos apontaram a urgente necessidade de todos trabalharem para promover a saúde de todos os povos⁽¹⁾.

No Brasil, nos anos 80, e a partir da reforma sanitária, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, os quais objetivam um cuidado mais efetivo e de qualidade a todo cidadão.

A este cenário de mudanças e com a inquietação em reorganizar os serviços de saúde, em 1994, o Brasil inicia a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF tem como objetivo reorientar o modelo assistencial existente, que encontra-se focado nas especializações médicas, sendo o profissional médico, centro de todas as ações e tais ações ocorrem essencialmente em ambiente hospitalar⁽²⁾, para o modelo de trabalho em equipe, cujos profissionais priorizem suas ações para promoção e prevenção, levando em conta a família e seu território.

Contudo, para que essas práticas centradas nos usuários tornem-se efetivas é imprescindível à construção do vínculo, por meio do acolhimento, entre profissionais e comunidade. Sendo o acolhimento considerado um dispositivo que permite a ligação direta dos meios de assistência individual e os coletivos⁽³⁾.

Como aponta a literatura nacional, o acolhimento pode ser entendido de várias formas. Recomendado por Teixeira⁽⁴⁾, o acolhimento pode ser entendido como uma *rede de conversações*, pois se mantém presente em todos os momentos, em todas as conversas entre os usuários, os profissionais e os serviços de saúde. Visto que o processo de acolher está presente em toda rede assistencial.

Outros autores⁽⁵⁾ também apresentam concepções de acolhimento como um processo que envolve a postura do profissional frente à demanda do usuário, e que o acolhimento não se faz apenas na entrada do usuário ao serviço de saúde. Pelo contrário, vai

muito além, envolve o acesso e acessibilidade deste usuário, como os meios para que este consiga chegar ao serviço, ter sua demanda atendida e por fim solucionada⁽⁶⁾.

O acolhimento também pode ser entendido como uma *relação de ajuda*, sendo o usuário ator que busca ajuda e ao mesmo tempo o que decide a ação. Pois têm a necessidade de serem ajudados, entretanto são eles que por meio de opiniões de decisões aceitam, ou não, o que lhe é proposto⁽⁷⁾.

Por outro lado, existe a compreensão de acolhimento como uma etapa do processo de trabalho, em que é criado um espaço físico juntamente com uma equipe específica para atender a demanda espontânea da população adscrita, com intuito de aumentar o acesso e reorganizar o processo de trabalho⁽⁸⁾.

Todas essas compreensões visam colaborar para reorganização do processo de trabalho dos serviços de saúde, em especial a ESF. Visto que esta estratégia tem sua atenção voltada para a família e não mais para a doença.

Dessa forma, torna-se pertinente ter uma atitude acolhedora, em que sejam formados laços de compromisso e haja corresponsabilidade entre os profissionais e a comunidade, para que o cuidado se faça de maneira integral e resolutiva.

Em face dos desafios em vivenciar o acolhimento no modelo ESF este trabalho teve como questão de partida: — Como o usuário de uma Unidade Saúde da Família compreende o acolhimento em seu cotidiano?

Procurando respostas a essas inquietações e melhor compreender o cenário atual do acolhimento na ESF enquanto um novo modelo de atenção à saúde, buscou-se com esse estudo compreender o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em uma cidade do interior do estado de São Paulo, na perspectiva dos usuários.

Capítulo 2

Trajetória Metodológica

2.1. Estudo de caso

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, explanatória, do tipo Estudo de caso, estratégia de pesquisa caracterizada pela investigação profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, possibilitando seu amplo conhecimento, tarefa dificilmente realizável por meio de outros delineamentos⁽⁹⁾.

Definido ainda como uma inquirição empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidenciadas⁽¹⁰⁾. É uma estratégia de pesquisa com dados existentes, por meio da qual o pesquisador se concentra sobre um caso, possivelmente escolhido por seu caráter típico, a fim de compreendê-lo em profundidade.

2.2. Cenário

A pesquisa teve como cenário o contexto da Estratégia Saúde da Família, particularmente a Unidade de Saúde da Família do Jardim Iolanda, do município de Botucatu, interior do Estado de São Paulo. Foram selecionadas, como instrumentos de aproximação ao empírico, a entrevista não-diretiva e a observação participante. Para a organização da observação participante, foi utilizado o Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde⁽¹¹⁾ (Anexo 1).

2.3. Amostra

A amostragem para a entrevista não diretiva se deu por saturação teórica na décima segunda entrevista, momento em que as narrativas dos atores (no caso, usuários da USF) tornaram-se repetitivas e permitiram a compreensão dos conceitos identificados pela profundidade e riqueza de seu conteúdo.

Com anuência dos participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), a entrevista foi gravada por meio digital, transcrita na íntegra e posteriormente deletada. As questões disparadoras foram: Como o Sr(a)

compreende o acolhimento na unidade? Seu problema tem sido resolvido quando passa pelo acolhimento?

Para tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, na abordagem representacional e do tipo temática, proposta por Bardin⁽¹²⁾.

A análise de conteúdo é conceituada como:

... um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁽¹²⁾. p. 42

Buscando atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas como técnicas de análise de conteúdo a análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise da enunciação⁽¹²⁾. No entanto, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas investigações. O que existe são algumas regras básicas que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar⁽¹²⁾.

A análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases, a saber⁽¹²⁾:

- 1 - pré-análise;
- 2 - exploração do material;
- 3 - tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

1- Pré-análise: nesta fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante, atividade onde se estabelece o primeiro contato com os documentos a serem analisados, deixando-se tomar contato exaustivo com o material. Além da leitura flutuante, o investigador faz a escolha dos documentos, ou seja, procede a demarcação do universo de documentos sobre os quais se

procederá à análise, portanto constituindo o *corpus*, "conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos"⁽¹²⁾ p.122. Ainda nesta fase, podem-se formular hipóteses e objetivos, não sendo obrigatório o estabelecimento de hipóteses como guia. Já os objetivos poderão ser aqueles que norteiam a investigação ou ser estabelecidos a partir desta fase. Seguindo os procedimentos da pré-análise, o autor recomenda que se determinem, também, as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados⁽¹²⁾.

2- Exploração do material: ocorre logo após a pré-análise e consiste numa fase longa de operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nesta fase o material é codificado, ou seja, submetido a um "processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo"⁽¹²⁾ p.129. Para organização da codificação são necessárias três escolhas: - **o recorte** (escolha das unidades); - **a enumeração** (escolha das regras de contagem); e - **a classificação e a agregação** (escolha das categorias).

Para realizar o recorte do material, torna-se necessária a leitura do mesmo e a demarcação dos "núcleos de sentido", ou seja, das unidades de significação. Estas unidades podem ser chamadas de unidades de registro que nada mais são do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial.

No caso de uma análise temática, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática consiste em descobrir os temas que são as unidades de registro neste tipo de técnica de análise, que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, ao invés de proceder à contagem das unidades de

significação, a classificação e agregação em categorias será o significado, permitindo uma próxima fase denominada interpretativa, sem se preocupar em realizar inferências⁽¹²⁾.

3-Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: os resultados são submetidos a operações estatísticas, permitindo estabelecer quadros, diagramas, figuras e modelos. A partir disso, é possível propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas⁽¹²⁾.

2.4. Referencial teórico: Teoria da Complexidade (TC)

O referencial teórico utilizado foi a Teoria da Complexidade (TC), a qual está em oposição ao sistema cartesiano que acreditava ser possível analisar o todo de um sistema complexo por meio do estudo de suas partes. Já a TC diz que é impossível fazer essa dissociação, pois as atividades na sociedade e na natureza são coletivas. Portanto, os indivíduos são partes indissociáveis do todo^(13,14).

Os indivíduos isolados e aos pares seguem regras de comportamentos diferentes dos indivíduos em grupo, sendo que o comportamento grupal tem sua organização resultante a partir de uma conjunção de *feedback* que decorre da atividade individual aleatória⁽¹³⁾. A partir dessa teoria podemos observar que tudo está interligado, como redes, sistemas que interagem entre si constantemente e que todas as ações sempre resultarão em reações.

Nesta perspectiva, uma unidade de atenção primária á saúde pode ser um sistema dinâmico complexo adaptativo (SDCA), sendo composto por profissionais e comunidade, cada indivíduo compõe este sistema complexo e são simultaneamente interações estabelecidas interdependentemente afetando todo o sistema e podendo conduzir à auto-organização.

A TC se enquadra perfeitamente na nova visão de cuidado à saúde, um olhar integral ao usuário, pois todos os problemas clínicos, sociais e individuais têm uma dinâmica holística. Além disso, a TC refere que no caos os sistemas se auto-organizam, são criativos,

por terem liberdade para isso. E mostra que com essa auto-organização conseguem criar formas com grande capacidade de adaptação e resiliência⁽¹³⁾.

Capítulo 3

Resultados e Discussão

Análise do Fluxograma

Dos doze participantes, oito procuraram a USF para passar em consulta, sendo que desses oito apenas dois eram para consulta agendada e um convocado para tratamento de exame de urina I alterado. Os outros quatro participantes procuraram a unidade para vacinação e retirar medicamentos.

A U1 compareceu a unidade com sinais gripais, secreção ocular e depois aferido a pressão arterial (PA), que estava alta no momento, 150/110 mmHg. Com isso, a auxiliar de enfermagem (AE) discutiu o caso com o médico, que prescreveu anti-hipertensivo a ser administrado na hora, sendo orientada a aguardar a chamada para consulta na recepção.

Na consulta médica eventual teve como hipótese diagnóstica (HD) conjuntivite bacteriana e síndrome gripal. A conduta (CD) foi prescrição de antibiótico (ATB) e orientações de sinais de alerta se piora do quadro. Na pós consulta/farmácia como já tinha seu retorno agendado apenas retirou a medicação prescrita.

O U3 buscou a unidade no dia 11/03/11 com queixa de cefaleia e dor estomacal. Passou em consulta médica eventual, sendo diagnosticado com cefaleia tensional. Foi orientado quanto à alimentação, prescrito analgésico e protetor gástrico, entregue atestado médico. Retorno se houver necessidade.

O U4 tinha consulta médica agendada relatou queixa de tontura conforme mudança de decúbito. Teve HD de labirintopatia, hipertensão arterial e diabetes. Como conduta teve orientações gerais, sinais de alerta, orientações alimentares, além de solicitações de exames de sangue e eletrocardiograma. Foi agendado retorno em 3 meses com médico.

O U5 também tinha consulta médica agendada, pois teve seu exame de ultrassom de abdome com alteração. Vesícula esclero-atrófica. Recebeu orientações gerais, orientações quanto a sinais de alerta e foi encaminhada para a gastrocirurgia do HC-UNESP. Agendado retorno com médico para o próximo mês e aguarda conduta da gastrocirurgia.

O U6 levou a filha para consulta eventual com queixa de tosse produtiva durante a noite. Verificou-se a temperatura, apresentando febre. Diante disto, a AE discutiu o caso com o médico, sendo prescrito antitérmico para ser administrado no momento. Na consulta médica eventual teve HD de Infecção de vias aéreas superiores, tendo como conduta orientações gerais, prescrição de antitérmico e sinais de alerta se piora do quadro e retorno se houver necessidade.

O U7 também compareceu a unidade para consulta eventual, apresentando dor de cabeça, no corpo e na garganta, foi verificado a temperatura, apresentando febre. A AE consulta o médico que prescreve antitérmico sendo administrado pela AE. Na consulta médica eventual tem a HD de sinusite. A conduta foi prescrição de ATB e antitérmico, assim como orientações gerais e sinais de alerta de dengue.

O U10 compareceu a unidade para consulta eventual com queixa de dor no olho de peixe do pé direito. Na consulta eventual médica apresentou HD de hiperqueratose plantar, tendo como conduta a sua retirada. Com retorno se necessário.

A U12 foi convocada para consulta médica no dia 14/03, pois apresentou no resultado do exame de urina I uma infecção do trato urinário (ITU). A conduta foi iniciar o tratamento com ATB, porém a paciente relata querer acompanhar tratamento com urologista em São Paulo. Sendo assim, ela decide tratar ITU em São Paulo.

No dia 17/03 comparece a unidade para consulta eventual com a queixa de estar no quarto dia de antibiótico-terapia sem apresentar melhora do quadro de ITU. Na consulta médica eventual foi discutido o caso com a comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) do HC-UNESP que orienta solicitar exame de urina I e urocultura e trocar o ATB. Foi agendado retorno para acompanhamento do quadro e orientada retornar em consulta eventual se necessário.

Retorna a unidade no dia 18/03, com queixa de não ter melhorado o quadro de infecção após um dia de tratamento com novo ATB. Na consulta de enfermagem eventual os diagnósticos de enfermagem (DE) foram primeiro dia de uso de ATB para ITU e desejo de acompanhar com urologista em São Paulo. Como conduta foi realizada carta de encaminhamento com resultados dos exames e entregue à paciente.

Conforme demonstrou o Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde o processo do acolhimento na unidade está fortemente centrado no atendimento médico apoiando o resultado do trabalho.

Nesse sentido, demonstra ainda, que o “espaço” acolhimento é entendido também pela equipe como uma pré-consulta tendo como desdobramento, esse entendimento também pelo usuário.

Da análise dos dados emergiram 2 temas: Acolhimento como um ato antecedente a consulta médica e O acolhimento como solução de demandas decorrentes do ato médico.

Tema 1: Acolhimento como ato antecedente a consulta médica

A implementação do acolhimento em um serviço de saúde no modelo ESF deveria aumentar a resolubilidade por meio da interface com outros profissionais da equipe, buscando mudar a perspectiva de que as necessidades de saúde da população são demandas exclusivas do profissional médico⁽⁸⁾.

A TC nos convida a olhar o trabalho em equipe multiprofissional como um sistema vivo e dinâmico, um processo de interações e interconexões possibilitando uma nova visão acerca dos usuários e suas demandas junto à essa equipe⁽¹⁵⁾.

Essa visão facilita o entendimento de que o trabalho mecânico e reducionista dificulta os processos de mudança. Para tanto, faz-se necessário romper com a fragmentação dos saberes, ideias preconcebidas e reducionistas⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, observou-se que o trabalho na ESF ainda se mantém fragmentado e centrado no profissional médico.

Os participantes do estudo corroboraram com a visão médico centrada do atendimento na unidade, sendo comum aos depoentes a ideia de que o acolhimento é um espaço-atendimento que serve como um ato que antecede o atendimento médico: *“Eu acho que isso aí é muito bom, porque é um tipo de andamento que dá para o médico não precisar estar mais perguntando pra gente depois”* (U4).

Além disso, cabe ressaltar que o acolhimento tem sido entendido como uma pré consulta, em que os profissionais fazem perguntas e anotações para o profissional médico, como se resultasse em uma atividade desenvolvida para auxiliar o trabalho médico, com isso restringe-se a atuação dos demais profissionais da equipe⁽¹⁶⁾.

Na perspectiva da complexidade, observou-se a equipe como um sistema pouco flexível, hierárquico que não possibilita liberdade para o desenvolvimento da criatividade e auto-organização⁽¹³⁾.

Somos condicionados por nossa sociedade em nossos hábitos, ações e pensamentos, Se por um lado esse condicionamento é importante para manter a sociedade estável, por outro lado, pode também ser tão restritivo a ponto de nos tornarmos como cães de Pavlov, apresentando atividade glandular a cada toque de sinos⁽¹³⁾.

Esse entendimento foi corroborado nos seguintes relatos: *“Essa primeira consulta, eles fazem as perguntas pra depois passar no médico”* (U1). *“Elas entrevistam a gente antes de conversar com o médico [...] ah elas passam tudo no papel antes [...] A gente já fica mais tranquila [...] antes assim, de ter que falar com os médicos elas já explicam antes o que é preciso, o que é necessário”* (U5).

Nessa arena de discussão, revelou-se ainda, que o acolhimento é um local onde se realiza ações pontuais como verificar peso, aferir pressão e que essencialmente antecede a

consulta médica: *“Ah é importante pra gente, porque você vai passar pelo peso, vai passar pelo médico”* (U2).

O acolhimento sob essa ótica apenas reproduz o modelo hegemônico, ao invés de ser um dispositivo que possibilita a reorganização do processo de trabalho, além de ampliar as possibilidades de trânsito pelos serviços de saúde^(4,16).

Estudo realizado em Betim⁽⁸⁾, MG, revelou que, a formação de uma equipe para atuar particularmente no espaço destinado ao acolhimento na unidade, os profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente social, entre outros) conseguiram ter mais autonomia para colocar em prática todo seu conhecimento técnico assistencial e reorganizar seu processo de trabalho.

Apontou ainda, que, o médico tem sido um dos profissionais que mais dificultam a mudança na reorganização do processo de trabalho em razão da implantação do acolhimento, pois, sua práxis está alicerçada na agenda/consulta, não abrindo espaços para a demanda espontânea⁽⁸⁾.

A contento, os participantes desse estudo não consideram o acolhimento como parte do processo de trabalho da unidade para resolução dos seus problemas. Para eles, a solução está no próprio atendimento médico: *“Eu acho assim, que ele (o acolhimento) não resolve, mas [...]leva tudo já escrito para o médico, o médico já sabe realmente o que está acontecendo”* (U2).

A cultura médico-centrada é produto do modelo biomédico, surgido no século XIX, atingindo seu apogeu no século XX, por meio do desenvolvimento de tecnologias e especializações profissionais, fato que permanece até hoje^(15, 17).

Nota-se que, apesar das discussões em torno da humanização nas práticas assistências, os órgãos formadores continuam a reproduzir o modelo biomédico. Dessa forma, os alunos ao se inserirem no mercado de trabalho como profissionais médicos, não acreditam

que seus pacientes sejam capazes de assumir seu próprio cuidado, não promovendo sua autonomia, o que torna mais difícil o trabalho com prevenção de agravos e promoção da saúde⁽¹⁸⁾.

A complexidade, na formação dos profissionais propõe uma educação emancipadora, a qual, prioriza reflexões cotidianas, assim como questionamentos e transformação social, colocando juntos a razão e subjetividade humana, ao contrário do reducionismo, do pensamento linear e fragmentado que valorizam o ensino com olhar na harmonia e na unidade estimulando a domesticação e acomodação⁽¹⁵⁾.

O estudo de Spagnuolo⁽¹⁹⁾ apontou a necessidade da formação de lideranças proativas e motivadas já na universidade, com um bom grau de conhecimento da Nova Ciência, e que sejam, portanto, capazes de lidar com as incertezas e imprevisibilidades, que estejam dispostas a aprender sempre num sistema contínuo de trocas, pois o caminho para que um processo de trabalho novo como o ato de acolher, caminhe para contornos de uma equipe aberta e complexa.

Sugere ainda, que gestores e universidades podem contribuir na discussão de novas diretrizes curriculares dos cursos de saúde que contemplem e apresentem a Nova Ciência da Complexidade e seus braços desenvolvidos durante o século XX para os professores, em primeiro lugar, e depois, aos acadêmicos, construindo com ousadia e coragem um programa de ensino multidisciplinar⁽¹⁹⁾.

Tema 2: O acolhimento como solução de demandas decorrentes do ato médico

Este tema revelou que os participantes entendem que, receber medicamentos por meio de dispensação formal no espaço do acolhimento recebendo um tratamento educado dos membros da equipe de trabalho auxilia a solução de suas necessidades.

Um ensaio recente apontou que o acolhimento envolve uma postura ética e de cuidado por meio da equipe, possibilitando uma escuta ativa, isto é, um processamento de suas demandas com finalidade de buscar as melhores resoluções. Envolve também as questões relacionadas à prática e organização desse trabalho, destacando aqui, sua relação com a questão da medicalização social⁽²⁰⁾.

As concepções de acolhimento reveladas neste estudo, também deram visibilidade às questões da medicalização social ao nos depararmos com os participantes associando solicitação de exames e dispensação de medicamentos como solução de suas demandas.

Estudos semelhantes^(3,20) apontam para esse resultado, pois, os processos de acolhimento e vínculo significaram que, “ter resposta às suas demandas por consulta, por exames e medicamentos”⁽³⁾ p.107 é o que resolve seus problemas.

O fragmento a seguir confirma os resultados acima: “*E resolve também porque lá, as moças que trabalham ali são boas para entender na hora de entregar os remédios[...]* (Acolhimento pra você é isso?)*É, lógico! Estão dando remédio para a gente sarar”* (U9).

Observa-se que a visão de mundo dos participantes e dos membros da equipe está apoiada na ciência clássica que preconiza a ordem, a separabilidade e a lógica, isto é, na separabilidade, para se conhecer o todo necessita-se separar, fragmentar⁽²¹⁾.

O reducionismo entende que para conhecer o todo deve-se fragmentá-lo e estudar suas partes, no entanto, a complexidade aponta que a soma das partes é maior que o todo, pois as partes interagem entre si, modificando e sendo modificadas continuamente⁽²¹⁾.

Sob esta ótica, a medicalização social é resultado, ainda muito presente na atualidade, da fragmentação do cuidado. Essa prática demonstra a busca do tratamento e da cura por meio de medicamentos, não levando em conta questões sociocultural e espiritual do ser humano⁽¹⁵⁾. Esse fato reforça a cultura médica e seus desdobramentos como caminho para solução de suas necessidades.

Ademais, podemos inferir que essa cultura é predominante na maioria dos profissionais que compõe a equipe da ESF, pois, se observa que há centralização no atendimento médico, o que leva à distorção do trabalho com base numa equipe multidisciplinar, caindo novamente na resolução de queixas agudas, tonando-se um círculo vicioso: *“Está, está sendo resolvido [...] estão me pedindo um monte de exames pra fazer. E as enfermeiras querem passar para ele (médico) logo. Se eu estou ruim, se eu não estou, já me medicam”* (U1).

Contudo, outros depoimentos sobre a resolução das demandas trazidas pelos participantes revelam como a comunicação, o tratamento educado e a demonstração de interesse pelos problemas expostos, temas que focam relações e subjetividade, tornam-se relevantes para que os usuários percebam que estão sendo tratados com dignidade e respeito a ponto de relacionarem tal tratamento como solução das demandas.

Pode-se observar o seguinte relato: *“Resolve sim. [...]na primeira consulta eu vim com muitas dúvidas, daí ela explicou tudo pra mim, sabe? O que eu devia fazer, como [...], antes mesmo de passar lá na consulta, e eu fiquei satisfeita [...] Ah, porque elas recebem bem, são educadas, fazem tudo certinho. Não tenho do que reclamar de nada[...]Explicam tudo pra gente antes de passar com o médico”* (U5).

Apesar da cultura médico-centrada, o fragmento de discurso acima revelou também que a qualidade da assistência prestada pela equipe foi satisfatória, pois, mediante as explicações de dúvidas e o interesse profissional em resolver o problema, bem como as orientações dadas, culminaram no esclarecimento de suas dúvidas, porém, não resolve o problema, pois aguardam a consulta médica.

Tais ações são relevantes na medida em que propiciam a criação de vínculos entre o usuário e a unidade, pois, depreende-se que os profissionais da equipe estão preocupados

em esclarecer dúvidas acerca dos problemas de sua comunidade, proporcionado atendimento às suas necessidades de maneira integral⁽¹⁸⁾.

A capacidade de auto-organização e de estabelecer relação com o outro, estando em constante transformação são características do sujeito, na visão complexa de Morin⁽²¹⁾. A auto-organização facilita os processos criativos de mudança.

É mister observar, identificar e apoiar a auto-organização a todo momento e ficar menos concentrado no aperfeiçoamento dos controles e mecanismos clássicos e reducionistas que supostamente fariam o acolhimento acontecer.

Apoiar psicologicamente e estruturalmente a equipe no sentido de encontrar soluções criativas para implementar o acolhimento, significa que estar mais próximo é um caminho para o trabalho tecido em rede, isto é, complexo⁽¹⁹⁾.

Isso demonstra a relevância em se ter uma conduta, na qual o usuário, ao ter acesso ao serviço de saúde, sente-se valorizado, e tem respostas positivas aos seus problemas⁽²²⁾.

Desta forma, retorna-se a ideia da interdisciplinaridade ligada a ESF com o objetivo de reorganizar o serviço de saúde na perspectiva integral do cuidado, o que é compatível com a TC.

A TC fornece suporte a uma melhor interação entre as diversas profissões da área da saúde, para que, seja encaminhada uma assistência menos fragmentada e que tem sido mantida no modelo hegemônico, linear e médico-centrado do trabalho em saúde⁽²³⁾.

Capítulo 4

Considerações Finais

O uso do Estudo de Caso como embasamento metodológico e da Teoria da Complexidade como referencial teórico permitiram compreender o acolhimento na perspectiva dos usuários da ESF enquanto ferramenta de acesso e de melhoria do processo de trabalho em saúde.

Vivenciar a realidade do acolhimento na perspectiva dos usuários do serviço demonstrou ser um processo mecânico e linear que ainda é concebido como um ato que antecede a consulta médica, que dispensa medicamentos e agenda encaminhamentos.

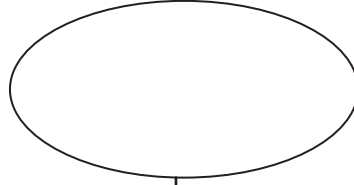
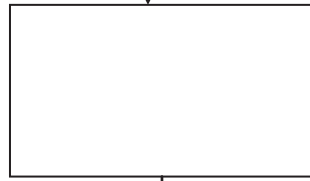
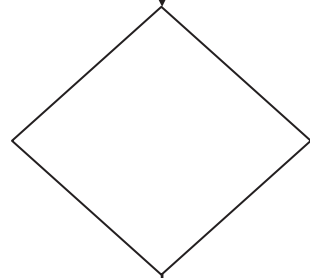
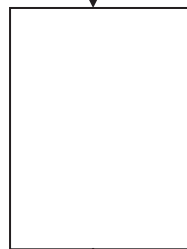
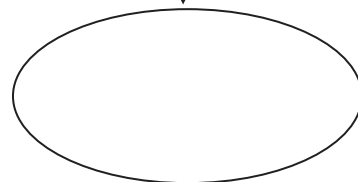
O estudo deu visibilidade às formas como são compreendidos o acolhimento, cenário de pouca mudança em relação à proposta da ESF. Conhecer como os usuários compreendem o acolhimento e ter estratégias para transformá-las em favor do diálogo, das melhores relações, da construção de vínculos e responsabilidades são desafios para fazer avançar o SUS em sua proposta participativa, identificada neste modelo.

Se o importante é potencializar esforços que impulsionem mudanças em direção à construção de um novo paradigma no campo da saúde, a TC parece iluminar estas questões podendo resultar em importante melhoria da compreensão das relações interacionais da equipe e comunidade em torno da Saúde da Família, enquanto principal estratégia da Atenção Básica.

Referências

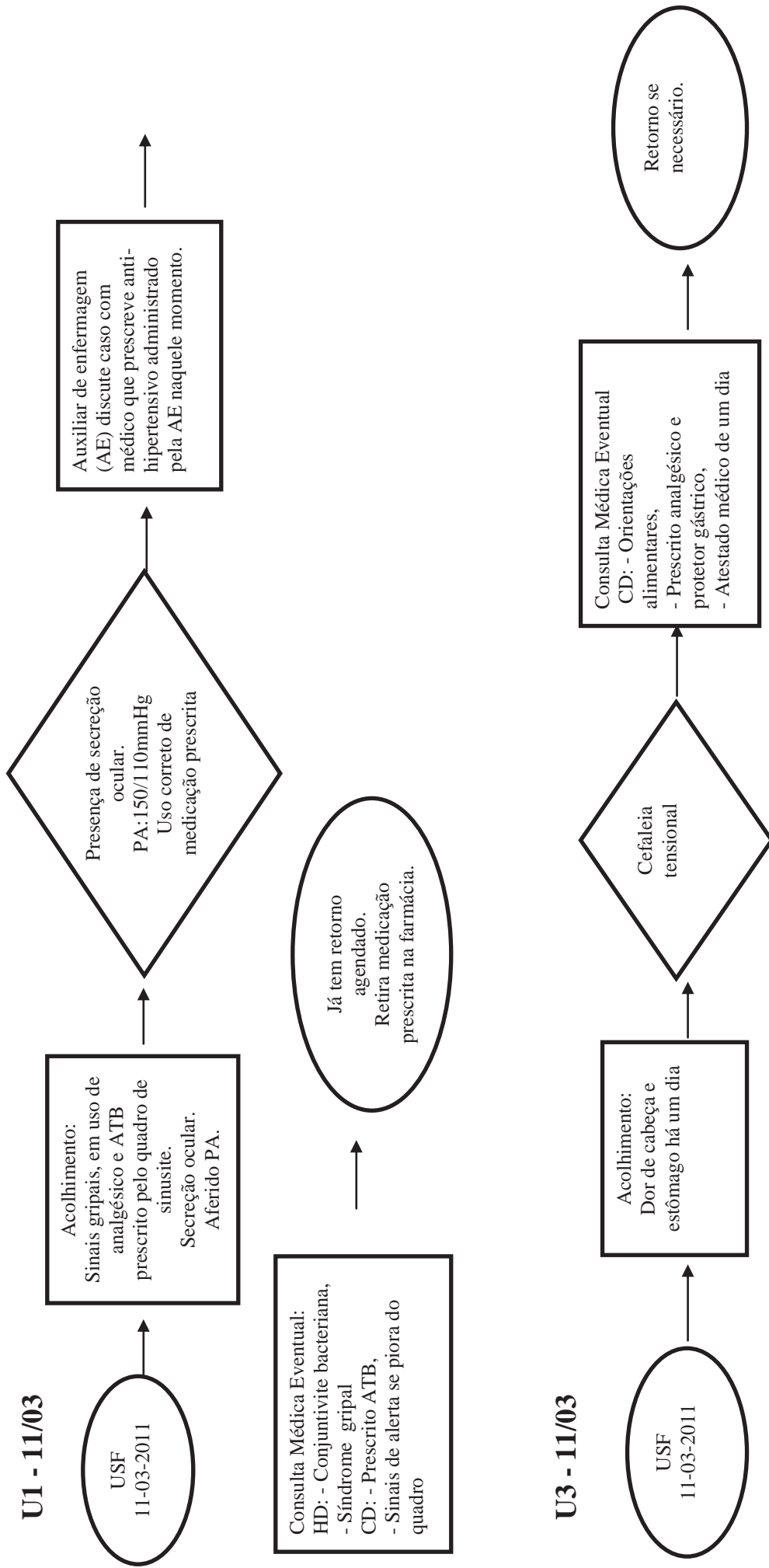
1. Declaração de Alma-Ata. In: Anais da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata. Alma-Ata; 1978 [acesso 2011 jun 17]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
2. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14: 1523-31.
3. Trad LAB, Esperidião MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis*. 2010; 20(4): 1099-117.
4. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.
5. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2009; 17(6).
6. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 100-10.
7. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enferm*. 2000; 8: 30-7.
8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
9. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
10. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
11. Merhy EE. *Saúde: Cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona; 1977.
13. Brigs J, Peat FD. *A sabedoria do caos: sete lições que vão mudar sua vida*. Rio de Janeiro: Campus; 2000.
14. Capra F. Teorias sistêmicas. In: *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. 8ª ed. São Paulo: Cultrix; 1996. p.46-55.

15. Petraglia IC. Complexidade e auto-ética. *ECCOS Rev Científ Centro Univ Nove de Julho*. 2000; 2(1): 9-17.
16. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 331-40.
17. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médio. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(1): 90-7.
18. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1): 12-7.
19. Spagnuolo RS. Entre os processos de fortalecimento e de fragilização do modelo ESF: gestão municipal – órgãos formadores como componentes intervenientes [tese]. Botucatu (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista; 2010.
20. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Supl. 3): 3615-24.
21. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget; 1990.
22. Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev APS*. 2008; 11: 362-73.
23. Rocha SA. Complexidade, saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura [tese]. Botucatu (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista; 2009.

ANEXOS**Anexo 1****Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde****Entrada****Recepção****Decisão de ofertas****Cardápio****Saída**

Fluxograma dos participantes

U1 - 11/03

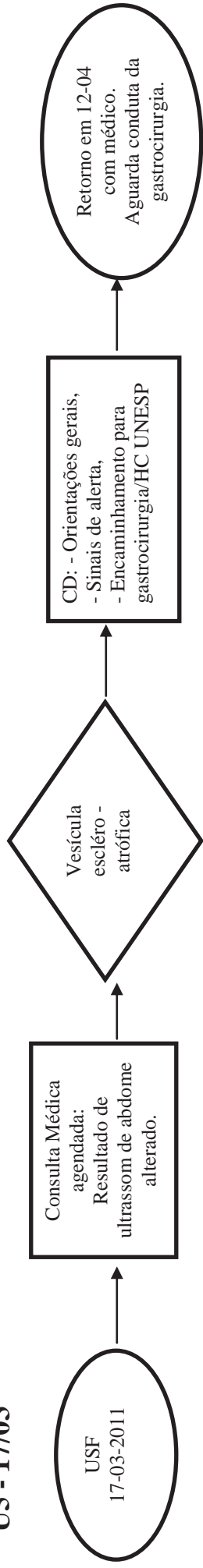


U3 - 11/03

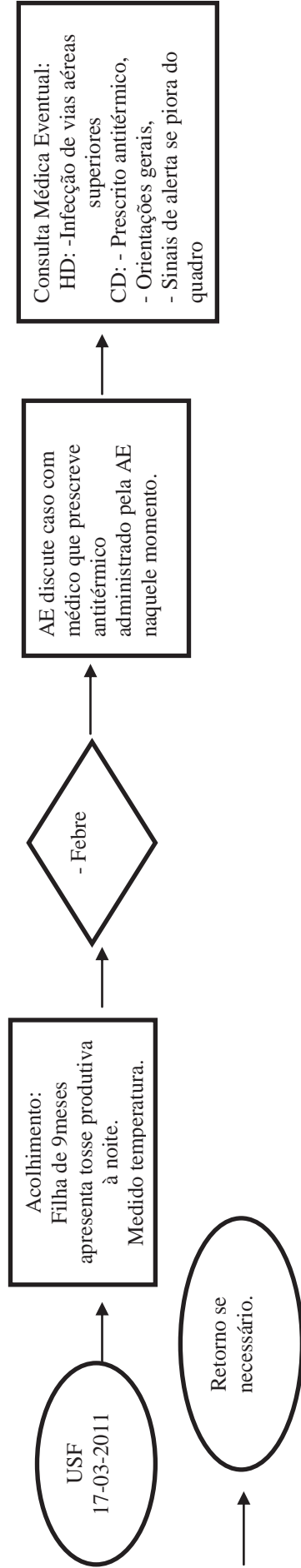
U4 - 11/03



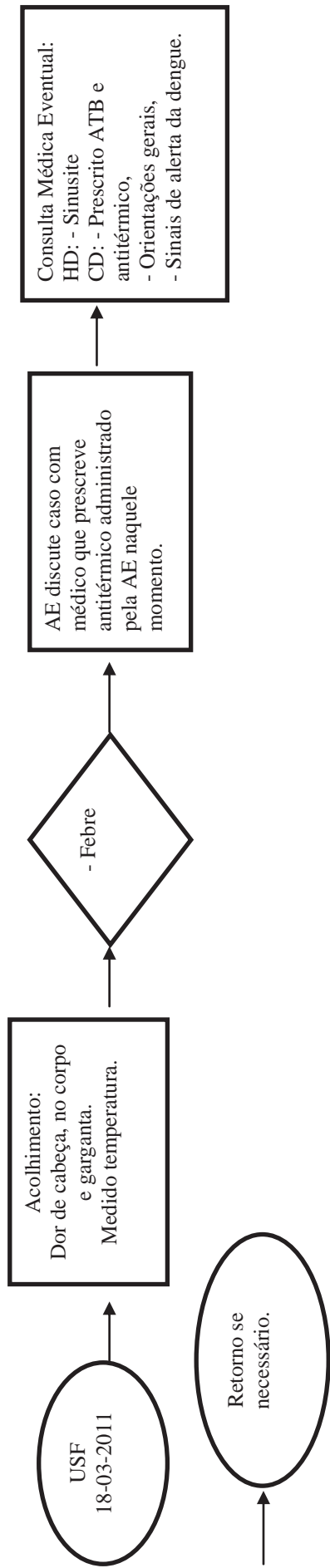
U5 - 17/03



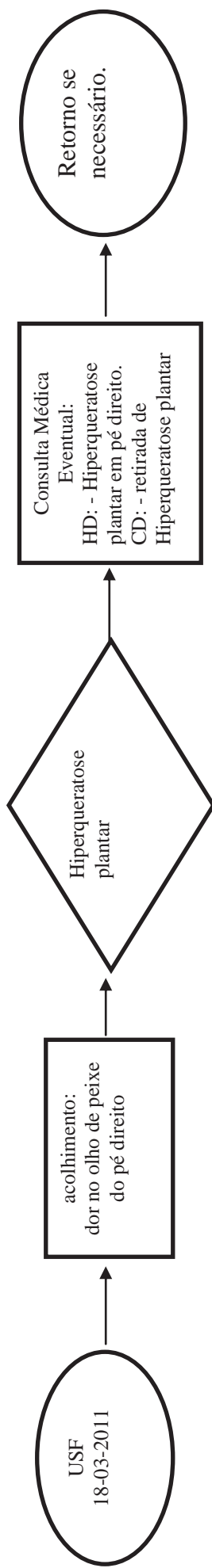
U6 - 17/03



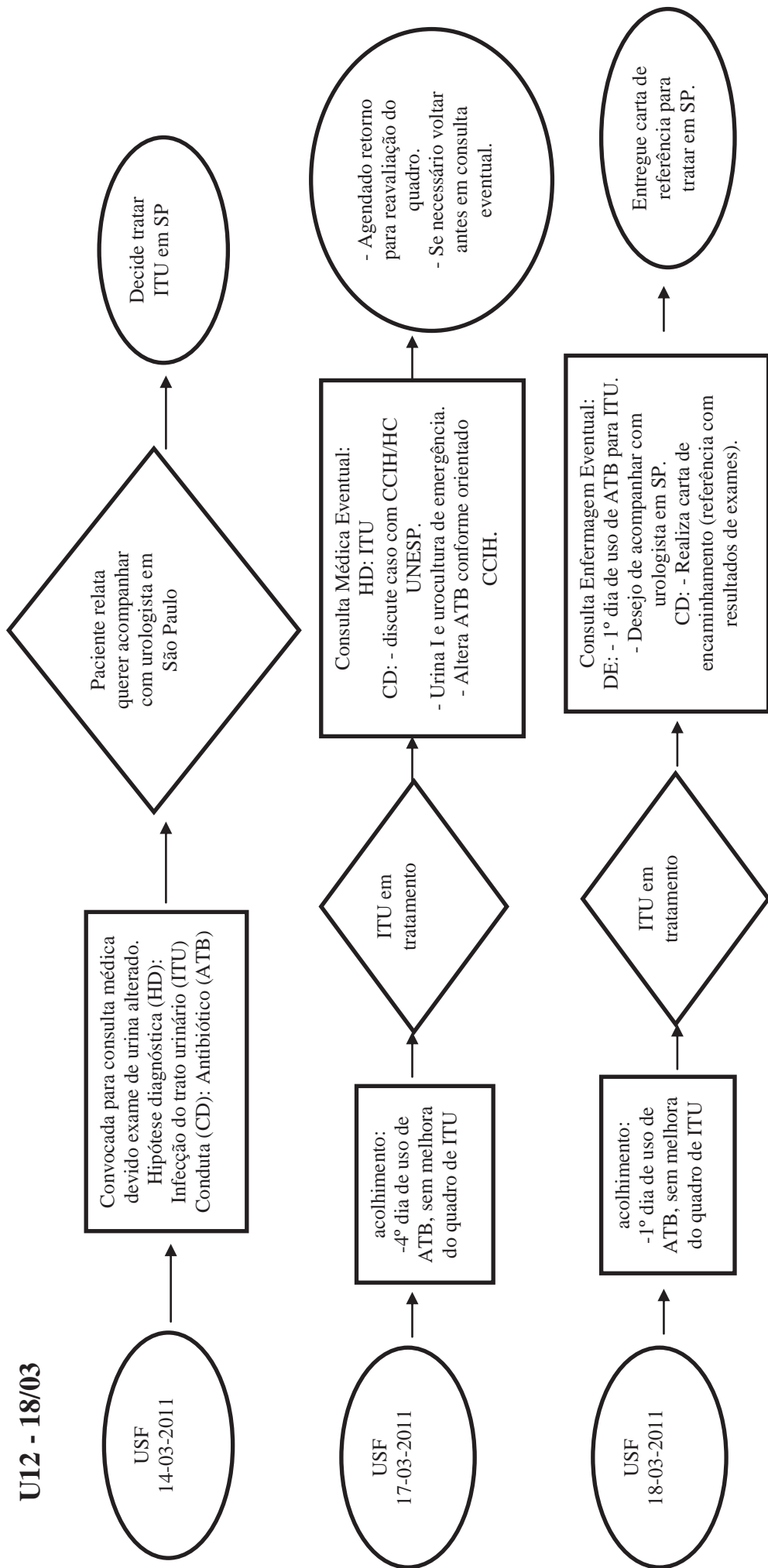
U7 - 18/03



U10 - 18/03



U12 - 18/03



Anexo 2 – Aprovação do CEP



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 14 de Fevereiro de 2011.

Of. 40/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Regina Stella Spagnuolo
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Regina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 3786-2011**) Compreendendo o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família na perspectiva dos usuários, a ser conduzido por Cintia Ayame Sato, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 14 de fevereiro de 2011.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Apêndice 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/6802-6004 - FAX (014) 3813- 5264

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

Projeto de Pesquisa: “Compreendendo o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família na perspectiva dos usuários”.

Objetivo da Pesquisa: compreender o acolhimento em uma USF na perspectiva dos usuários, do município de Botucatu.

Convido o Sr(a) para participar de entrevista, respondendo perguntas sobre a sua compreensão do que é o acolhimento (a forma como o sr(a) é o atendido antes da consulta médica) Essa entrevista será gravada por meio digital, posteriormente transcrita e destruída.

Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, certo de que não terá nenhum tipo de prejuízo ao atendimento na Unidade de Saúde.

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade da graduanda em enfermagem¹, aluna regular do curso de graduação em enfermagem e de sua orientadora Prof. Dra Regina Stella Spagnuolo², do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a pergunta “Conte-me, como Sr(a) compreende o acolhimento na unidade?”, apresentada em entrevista, com duração de 15 a 20 minutos, aproximadamente.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora e/ou orientadora através dos telefones e e-mails listados abaixo. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143."

Este termo será feito em duas vias em que, uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) participante.

Botucatu, ___ de _____ de 2011.

 Cintia Ayame Sato¹
 Pesquisadora

 Regina Stella Spagnuolo ²
 Orientadora

 Assinatura do entrevistado

¹End: Rua Salim Kahil, 501 apto 41– Botucatu/SP
 Fone:(14)38136112
 email: cintia_ayame@hotmail.com

² End: Rua Gaspar Ricardo, 305, VI dos Lavradores– Botucatu/SP Fone: (14) 81128217
 Email: rstella@fmb.unesp.br