

Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional

Realities of the practices of the Family Health Strategy as driving forces for access to SUS health services: a perspective of the Institutional Analysis

Tais Vicari¹, Luana Mesquita Lago², Alexandre Fávero Bulgarelli³

DOI: 10.1590/0103-1104202213209

RESUMO O acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) incide significativamente nas condições de vida e saúde dos indivíduos e comunidades, sendo que os profissionais de saúde são os protagonistas, por meio das suas práticas, para implementá-lo e qualificá-lo. Este estudo teve como objetivo, analisar a promoção do acesso à Atenção Básica, na perspectiva dos profissionais da saúde do SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com aproximação teórico-metodológica aos pressupostos da Análise Institucional. O desenvolvimento ocorreu na forma de entrevistas individuais e um grupo de restituição. Os resultados apontam o acolhimento, o trabalho que é desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como o trabalho em equipe como realidades potentes e efetivas para qualificar o acesso. Questões relativas à comunicação entre os profissionais, à presença de equipe de referência para o cuidado, à realização de visita domiciliar no território e à busca pelo primeiro contato do usuário com a rede comprometem a efetividade e a disponibilidade de acesso à Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. Pessoal de saúde. Acolhimento. Análise Institucional. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *The access to health services in the Unified Health System(SUS) significantly affects the living and health conditions of individuals and communities, and health professionals are the protagonists, through their practices, to implement and qualify it. This study aims to analyze the promotion of access to Primary Care from the perspective of SUS health professionals. It is a qualitative research with a theoretical-methodological approach to the assumptions of Institutional Analysis. It was developed by means of individual interviews and a feedback group. The results point to the reception, the work that is developed by the Community Health Agents, as well as the teamwork as powerful and effective realities to qualify the access. Issues related to communication among professionals, the presence of a reference team for care, home visits in the territory, and the search for the user's first contact with the network compromise the effectiveness and availability of access to Primary Care.*

KEYWORDS *Access to health services. Health personnel. Welcomeness. Institutional Analysis. Qualitative research.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem (EEnf) - Porto Alegre (RS), Brasil.

²Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. alexandre.bulgarelli@ufrgs.br



Introdução

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde é a produção de acesso equitativo para minimizar as disparidades das condições de saúde da população¹. Nesse sentido, a equidade é fundamental para a melhoria da saúde da população, sendo o incentivo às políticas de redução das desigualdades e de ampliação do acesso aos serviços de saúde essenciais para a sua efetivação².

O acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado e condicionado por diversos fatores e refletir na diversidade do cuidado em saúde³. A oferta de um conjunto de serviços de saúde não garante o acesso a eles, pois a existência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais podem influenciar na utilização desses serviços⁴. Percebendo o acesso como algo que transcende a concretude dos discursos e perpassa pela diversidade de conceitos, ofertas e práticas aproximou-se da perspectiva do movimento institucionalista para analisar o acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento institucionalista é formado por um conjunto de correntes que, apesar de carregarem algumas diferenças entre si, objetivam colocar as instituições em análise e provocar processos de mudança na busca por restituir o protagonismo dos sujeitos⁵. No contexto brasileiro, tiveram maior destaque correntes como a Análise Institucional (AI) e socioanálise criadas por René Lourau e Georges Lapassade, e a Esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari⁶. Esta pesquisa foi desenvolvida baseada em alguns conceitos da AI e socioanálise, em uma abordagem utilizada para promover a análise e a intervenção em coletivos. A AI tem como objetivo “compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos”⁷⁽¹⁹⁸⁾. Para René Lourau, a AI destina-se a evidenciar as contradições existentes nas instituições, perceber as relações entre os seus elementos constituintes e elucidar problemas que antes

eram não ditos, ou que estavam ocultos nas práticas dos sujeitos⁸.

No caminho de compreensão baseado por tais autores e conceitos, acredita-se que as unidades de saúde da Atenção Básica (AB) devem focar suas ações nas necessidades dos indivíduos e do território, organizando o seu processo de trabalho para promover o acesso reduzindo desigualdades. Não há como determinar regras de acesso para uniformizar o processo de trabalho das equipes de saúde devido à singularidade do contexto de cada comunidade e das equipes de saúde; porém, é necessário colocar em ação ferramentas que promovam um cuidado mais equitativo. Assim, objetivou-se analisar e refletir coletivamente sobre as práticas de promoção de acesso nos serviços de AB, considerando a importância da atuação dos profissionais da saúde e a institucionalização dessas práticas.

Material e métodos

Estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção realizado com um grupo de trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre (RS). Utilizaram-se os seguintes dispositivos: entrevistas, grupo de restituição e diário de pesquisa. O caminho metodológico foi embasado em pressupostos e conceitos da AI na perspectiva de René Lourau. Os principais conceitos que serviram de suporte para o delineamento do objeto de estudo e da produção e análise dos dados da pesquisa foram: a noção de implicação, a instituição e sua dinâmica (instituído, instituinte e institucionalização) e os analisadores.

Compreende-se o acesso enquanto uma instituição, pois é um conjunto de lógicas abstratas e materiais, que, por meio da normatização existente e, mesmo de forma inconsciente, está presente nas práticas dos trabalhadores do SUS, e molda o trabalho desses agentes determinando posturas e condutas profissionais⁸.

O cenário de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família, em que participaram todas

as equipes da unidade (2 equipes, totalizando 18 profissionais). O coletivo de participantes foi composto por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro técnicos de enfermagem, três médicos, duas enfermeiras, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma técnica em saúde bucal⁹. Quanto aos vínculos trabalhistas, somente um profissional era estatutário, todos os demais eram celetistas vinculados ao Instituto Municipal de Saúde da Família (Imesf), Fundação Pública de Direito Privado da administração indireta do município de Porto Alegre. A seleção dessa unidade ocorreu por conveniência a partir da indicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município. O território adscrito à unidade de saúde abrange microáreas bastante distintas, apresentando locais com situação de habitação e saneamento adequados e outros de ocupações irregulares com situação sanitária precária. A população residente é majoritariamente dependente das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS. Destaca-se que o acesso aos serviços de saúde na unidade de saúde selecionada ocorre por meio de acolhimento à demanda espontânea, atendimentos programáticos (idosos, puericultura, pré-natal, saúde da mulher, tuberculose e doenças crônicas), Visitas Domiciliares (VD), vacinas e grupos de educação em saúde direcionados às gestantes e aos usuários portadores de doenças crônicas.

A produção dos dados da pesquisa necessitou de articulações e contatos com diferentes órgãos e diversas instâncias para que a interface com os participantes da pesquisa e os espaços vivos de produção de dados fossem construídos. A intervenção, seguindo o pressuposto da socioanálise dentro de uma intervenção de curto prazo, como processo de produção e análise de dados, foi realizada no período entre dezembro de 2018 e março de 2019, por meio de entrevistas semidirigidas e realização de um grupo de restituição. A restituição constitui a socialização com o grupo de participantes do processo de análise/intervenção das análises iniciais com a finalidade de retomar a análise produzida a partir da leitura

do socioanalista/pesquisador e promover a análise coletiva dos dados.

As entrevistas, cujos áudios foram gravados, utilizaram um roteiro de entrevista para sua condução. As observações da pesquisadora responsável sobre as entrevistas foram registradas em forma de diário de pesquisa para gatilhos de memória para a análise das entrevistas, do grupo de restituição e das suas próprias implicações. Em espaço vivo de reunião de equipe, foi realizada a restituição ao grupo do que foi produzido nas entrevistas individuais objetivando discutir coletivamente e confirmar ou refutar as análises realizadas pela pesquisadora. Para a condução do encontro de restituição, foi utilizado um roteiro com as análises das entrevistas individuais em forma de tópicos/temas, que serviram como disparadores para análise, discussão e reflexão coletiva.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e CEP-SMS-POA com parecer único de aprovação número 2.024.818.

Resultados e discussão

A proposta desta pesquisa partiu de uma encomenda requerida pela SMS de Porto Alegre e se caracteriza, também, como uma oferta dos pesquisadores devido as suas implicações com o acesso ao SUS. Inicialmente, é importante destacar que os resultados são provenientes de uma oferta da pesquisadora a um grupo de trabalhadores, enquanto pesquisa científica para discussão das práticas no campo da saúde coletiva. Destaca-se, também, que os resultados foram se construindo a partir da produção dos dados resultantes da autoanálise produzida coletivamente no grupo de restituição durante a intervenção. Esse encontro tem a finalidade de possibilitar a cogestão do processo de intervenção e uma fusão entre o processo de pesquisa e intervenção^{7,10,11}.

Apesar de não partir da demanda do grupo participante, e, sim, da SMS, a intervenção

desenvolvida envolveu a discussão coletiva sobre superação de barreiras de acesso e potencialização de ações que otimizam a utilização dos serviços. A análise dessa demanda relaciona-se ao processo de compreensão dos motivos reais e implícitos de uma instituição para a solicitação de uma análise ou intervenção; é a identificação da sua problemática⁷.

Partindo do conceito de analisadores construído por Lourau¹², enquanto dispositivos de apoio à análise das dinâmicas institucionais e de indução de mudanças, identificou-se um 'Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica' em Porto Alegre¹³. Considerou-se tal documento como um analisador central, pois propõe a análise e a reorientação das práticas de promoção de acesso, revelando algo sobre acesso que fez os trabalhadores falarem o não dito¹³. Assim, a 'Instituição Acesso' encontra na SMS do município uma organização que se destina a materializá-lo. O Apoio Institucional também representou outro analisador importante dessa instituição, visto que foram os apoiadores os desencadeadores do processo de análise e do movimento de remodelamento do acesso aos serviços de saúde nas equipes da AB por meio de ações de Educação Permanente em Saúde.

Ao analisar a ampliação do acesso pela organização do acolhimento, os profissionais mencionaram realidades que revelam limites e potencialidades da Instituição Acesso na rotina das unidades, o que permitiu analisar sua dinâmica. Forças instituintes estão relacionadas com aspectos econômicos, geográficos e funcionais; e analisadores relativos à otimização do acesso abrangem: a Estratégia Saúde da Família (ESF), a presença e a ação dos ACS e o trabalho em equipe. As forças instituintes que estão associadas a contradições abarcam situações referentes às unidades de saúde, à gestão municipal e às questões individuais dos usuários. Desse modo, apresentaram-se e discutiram-se os resultados seguindo um conjunto de forças instituintes que compuseram as práticas reais da ESF da otimização do acesso.

Partiu-se do pressuposto de que os propósitos fundamentais das correntes institucionalistas compreendem a autoanálise e a autogestão de coletivos sociais⁵. As instituições representam algo existente nos grupos, da ordem do inconsciente, que precede sua criação e que os forma e os molda¹⁴. Nas relações desenvolvidas com as instituições, os indivíduos estruturam e sustentam a sua identidade¹⁴. Cabe destacar que o Guia de Apoio mostrou-se como um elemento resultante do movimento de autoanálise dos trabalhadores, e que, no decorrer do processo de interpretação dos resultados, permitiu que os trabalhadores identificassem problemas que não eram percebidos anteriormente à presente intervenção¹³. Nesse contexto, o guia permitiu também decisões conjuntas e colaborativas entre a equipe na definição do acesso.

Os resultados apresentados e discutidos neste texto são produto de uma implicação primária nas inter-relações entre a autora e o grupo de trabalhadores. Assim, essas inter-relações evidenciam vontades, ideais e experiências individuais que orientam a forma de agir, de interagir e de analisar e se manifestam nas ações dos sujeitos⁸, que, por sua vez, refletem-se nas realidades e práticas da ESF como analisadores da otimização do acesso aos serviços de saúde.

O acesso, enquanto uma instituição passível de análise, revela o acolhimento como a forma mais efetiva de promoção de acesso aos serviços de saúde com impactos na resolatividade do cuidado dos usuários assistidos pelas equipes. Além disso, a presença e a ação de ACS e o trabalho em equipe representam manifestações indutoras de mudança dessa instituição. Além desses aspectos, a ESF é apontada como um fator que otimiza o acesso aos serviços de saúde, pois as unidades que efetivam essa estratégia disponibilizam atendimento perto do domicílio dos usuários, desenvolvido por equipes e profissionais de referência. Assim, a ESF propicia o desenvolvimento de vínculo e confiança entre usuários e profissionais de saúde e qualifica e singulariza o cuidado, uma

vez que os profissionais conhecem os usuários, o território onde vivem e suas histórias de vida. Tais percepções não eram discutidas anteriormente a esta pesquisa-intervenção. Dessa forma, ACS, trabalho em equipe, território, vínculo e longitudinalidade do cuidado, de certa forma, indicam dispositivos e realidades que otimizam o acesso aos serviços de saúde na AB do SUS.

Não é só técnico assim, eu acho que todo mundo aqui é 100% importante. Eles vêm aqui porque eles confiam na gente de alguma maneira, de alguma maneira tem aquela confiança, ou é uma válvula de escape, uma fuga, um pedido de socorro, por alguma coisa eles vêm e eu acho que é muito importante, com certeza. (E8).

Agora, quando toda a equipe tem esse tipo de atendimento de saúde da família, médico da família, enfermeiro da família, aí é diferente. É nítida a diferença quando a equipe toda vai para essa linha de conhecimento. (GRUPO DE RESTITUIÇÃO).

Os profissionais participantes mencionaram a importância da ESF para a promoção de acesso devido à proximidade das unidades de saúde do domicílio dos usuários, à longitudinalidade da atenção, ao vínculo desenvolvido entre profissionais e usuários e à realização das VD.

Compreende-se a ESF como uma força instituinte, pois possibilita o acesso e é um espaço para mudanças de práticas dos trabalhadores e reflexo da produção do cuidado. Quanto à proximidade territorial, os profissionais relataram que a localização das unidades de ESF representa um facilitador do acesso, já que os usuários não necessitam de grandes deslocamentos e de utilização de meios de transporte para obtenção de atendimentos em saúde. A proximidade da unidade de saúde com o domicílio dos usuários e a obtenção de atendimento das demandas sem necessidade de grandes deslocamentos são fatores que determinam a procura pelas unidades de AB e facilitam e ampliam o acesso aos serviços de saúde¹⁵.

Assim, a existência da ESF representa um elemento instituinte que facilita o acesso aos serviços e saúde, representando a ampliação da oferta de serviços, redução das filas nas unidades de saúde e aproximação geográfica entre prestação de serviços de saúde e usuário.

As equipes e os profissionais de referência para o cuidado, agentes de mudanças, são percebidos pela instituição acesso como algo que propicia que os profissionais conheçam os usuários, seus contextos de vida e suas necessidades de saúde, bem como desenvolvam vínculos e relações de confiança e realizem um cuidado centrado nas necessidades e fundamentado no conhecimento que os profissionais têm sobre o contexto de vida e histórico de saúde de cada indivíduo.

Percebe-se que, ao considerar elementos das famílias e social, e discutir casos conjuntamente, os profissionais da ESF favorecem o vínculo com cuidado longitudinal, a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, previnem o encaminhamento excessivo para outros profissionais e sobreposição de tratamentos. O coletivo dos trabalhadores em estudo representa uma equipe de saúde responsável pela continuidade do cuidado aos usuários¹⁶. Nessa perspectiva, tal coletivo responsabiliza-se por um acesso longitudinal, pois favorece a procura do usuário, facilita as relações terapêuticas, torna o trabalho da equipe de saúde mais resolutivo e qualifica o acesso aos serviços de saúde da AB. O acesso qualificado pelo cuidado longitudinal e vínculos permite que os profissionais de saúde ampliem o olhar sobre as necessidades dos indivíduos e das comunidades, estabeleçam relações de cuidado mais participativas e embasem as condutas na singularidade de cada situação. Assim, fornecem subsídios para a construção da clínica ampliada na rotina dos serviços de saúde¹⁷.

A realização de VD também foi apontada nesta pesquisa como algo que amplia o acesso aos serviços de saúde para usuários. Considera-se que o domicílio faz parte do território, que existem usuários que apresentam

dificuldades de deslocamentos até as unidades de saúde, e que os profissionais das equipes de AB devem se responsabilizar pelas necessidades de saúde dos residentes da sua área de abrangência. Tais fatos garantem o acesso. Nos relatos individuais e coletivos, foi possível observar que a VD representa uma ação de saúde que vem sendo desenvolvida pelos diferentes profissionais de saúde na unidade de saúde estudada e consiste no atendimento ou acompanhamento dos usuários e famílias no seu local de residência.

As VD, também compreendidas como uma força/elemento instituinte, representam um avanço para a mudança no processo de trabalho na AB na direção de ações terapêuticas mais integrais, pois permitem o fortalecimento de vínculos, visto que o profissional se desloca do seu lugar de poder e passa a construir o cuidado conjuntamente com os usuários, convocando-os a assumirem o protagonismo e a corresponsabilidade por seu processo de viver e adoecer¹⁸.

Entretanto, observou-se que a VD é uma atividade que tem sido realizada sistematicamente somente pelos ACS. Os profissionais técnicos e de nível superior têm rotinas diversificadas para a realização de VD, alguns com horário reservado na agenda semanal, outros realizam somente quando surge alguma necessidade pontual, demonstrando que permanece a ênfase nos procedimentos e atendimentos clínicos durante a realização das VD. Isso demonstra a necessidade de fortalecimento do espaço da VD enquanto possibilidade de aproximação com o território, promoção de vínculo e garantia de acesso.

No desencadear dessas percepções, os ACS também foram apontados pelos profissionais participantes como facilitadores do acesso aos serviços de saúde, uma vez que desenvolvem diariamente ações de orientação sobre o funcionamento da unidade de saúde e as formas de acesso aos serviços. Os ACS compartilham com a equipe de saúde informações relevantes sobre as condições de vida e saúde da população assistida, identificam situações

de vulnerabilidade e monitoram e realizam buscas de situações mais complexas para adesão ao cuidado. Nesse sentido, o trabalho dos ACS é um dos principais diferenciadores da ESF enquanto modelo assistencial na AB.

Os profissionais identificam a potência dos ACS para a promoção do acesso aos serviços de saúde, como pode ser observado nas falas a seguir:

E a busca pelo posto era bem menor, quando a gente chegou aqui eram mil e poucas pessoas atendidas, hoje passa dos 6 mil, então a gente acabou trazendo esse povo todo pra dentro do posto. (E10).

O agente comunitário estando bem instruído de como funciona o acolhimento, eu acho que isso facilita imensamente, porque como eles estão na rua, uma pessoa que pare para pedir informação, ele dá uma informação correta as coisas vão chegar aqui no tempo certo né, então eu acho que o agente comunitário faz toda a diferença na unidade de saúde, não seria a mesma coisa sem eles. (E13).

O acesso à informação possibilita que o usuário conheça os serviços que são disponibilizados, o funcionamento e as formas de acesso às unidades de saúde e utilize de forma oportuna os serviços que são desenvolvidos pelas equipes de AB. As orientações às famílias sobre a utilização dos serviços de saúde fazem parte da rotina das atividades desenvolvidas durante as VD realizadas diariamente pelos ACS. A troca de informações ocorre no contexto de vida das famílias a partir do diagnóstico realizado pelo ACS, o que auxilia no adequado direcionamento aos serviços de saúde, qualifica e amplia o acesso e a cobertura em saúde e facilita o uso adequado dos recursos de saúde¹⁹.

É interessante destacar que os profissionais reconhecem que as boas relações estabelecidas entre ACS e população possibilitam um melhor acesso à unidade de saúde. Esse trabalhador favorece o estabelecimento de uma teia complexa de relações e interações entre a comunidade e os profissionais da saúde e

possibilita que o usuário possa usufruir do atendimento dos profissionais da melhor forma, qualificando o acesso aos serviços de saúde e a assistência prestada²⁰.

Sabe-se que os ACS são os integrantes que estabelecem o elo entre a comunidade e a equipe, pois têm acesso ao ambiente familiar e, por serem moradores da comunidade, geralmente conhecem e vivenciam as demandas que são trazidas pelos usuários²¹. A partir da aproximação com o usuário iniciada com o cadastramento, o ACS desenvolve uma relação singular de vínculo e confiança, sendo o único integrante da equipe que tem acesso a determinadas informações que são relevantes para a manutenção da saúde dos indivíduos²⁰. Independentemente do local, quer seja no domicílio, na rua ou no portão da casa, o trabalho desenvolvido por esse profissional permite a criação de uma relação de confiança e afeto com os usuários²².

A presença dos ACS no território facilita a identificação de necessidades e vulnerabilidades e o direcionamento para o acolhimento da equipe multiprofissional como é possível observar na fala que segue:

E os agentes comunitários, são eles que trazem, nós não podemos andar na vila toda hora caminhando, nós estamos aqui dentro, até porque se eu sair não fica ninguém [da mesma categoria profissional] aqui, então são eles que fazem essa drenagem inicial dos pacientes para o posto [...]. Hoje em dia, aí com os agentes 'pescando' e conversando, a gente tem pegado eles [usuários portadores de doenças crônicas que não compareciam] mais seguidos. (E3).

Os resultados desta pesquisa reforçam a importância do ACS para a qualidade do cuidado à população e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde da AB, demonstrando que as proposições atuais vão ao encontro do que é relatado pelos profissionais que estão inseridos na prática dos serviços de saúde.

Ao transitar pelas forças instituintes que apontam situações que otimizam o acesso aos

serviços de saúde da AB, o trabalho em equipe é outro fator identificado no relato dos profissionais como algo colaborativo, como pode ser observado nos recortes das falas que seguem:

[...] de qualquer maneira é o trabalho que começa pela gente lá na ponta, que vai ali para a recepção, pessoal que acolhe, que já repassa, o pessoal da triagem encaminha o acolhimento, ou já agenda a consulta, o pessoal da vacina, que chega, vai ali e já faz a vacina. (E5).

[...] porque se a gente não consegue resolver com o técnico, a gente, por algum meio ele consegue ser atendido, o agente comunitário não consegue, mas aí lá na ponta o médico vai conseguir [...], mas eu acho que o objetivo do posto a gente consegue fazer [...] a gente tenta fazer o possível para ajudar aquele paciente e eu acho que a gente é bem unido para isso, se uma não consegue, pede ajuda para outra: 'Não estou conseguindo resolver, me ajuda. O quê que tu achas?' Sabe? Todo mundo aqui, não existe: 'Não eu não vou te ajudar', nunca ouvi isso de nenhuma colega [...] sempre alguma coisa a gente consegue fazer. (E8).

De forma geral, o trabalho em equipe, quando realizado de forma colaborativa, com boa comunicação, pensando no objetivo comum que é o cuidado ao usuário, dinamiza e qualifica o atendimento que é realizado e amplia as possibilidades de resolução da equipe; assim, permite a ampliação do acesso aos serviços e a otimização do cuidado realizado pelos profissionais das unidades de saúde. Além disso, aumenta as possibilidades de compartilhamento de conhecimento, de situações identificadas nos atendimentos e do próprio atendimento entre os profissionais, amplificando a capacidade resolutiva da equipe, potencializando a captação e o fluxo do usuário entre os profissionais da unidade e a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

O processo de trabalho de equipes multiprofissionais compreende um conjunto de ações que, mesmo quando realizadas

individualmente, ocorrem de forma integrada com o objetivo de atender às demandas individuais ou coletivas; portanto, envolve os saberes e as práticas de todos os profissionais que compõem a equipe²³.

Trabalhar em equipe na área da saúde significa promover uma ligação entre processos de trabalhos distintos, em que o conhecimento mútuo sobre o trabalho do outro permite a valorização da participação de cada parte para a constituição do todo. A cooperação, a interação, a divisão de tarefas e o compartilhamento do planejamento para a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados do cuidado a serem alcançados coletivamente visam sempre atender com qualidade às necessidades dos usuários. Os resultados da presente pesquisa corroboram esses achados, pois o trabalho em equipe é apontado pelos profissionais participantes enquanto uma atividade coletiva, na qual existe uma relação de ajuda e cooperação entre os envolvidos para o desenvolvimento de processo de trabalho que permita a resolução das necessidades dos usuários, qualificando o acesso aos serviços²⁴. O trabalho em equipe representa uma estratégia de enfrentamento do trabalho verticalizado com ênfase nos especialismos que, na área da saúde, tende a direcionar o conhecimento e a intervenção a alguns aspectos das necessidades de saúde, sem abranger ou articular os demais saberes e ações^{24,25}.

Sabe-se que a articulação das ações resultantes do trabalho em equipe aumenta a efetividade do atendimento à população e amplia o acesso aos serviços de saúde, já que a construção coletiva com cooperação, colaboração e compartilhamento de responsabilidades amplia as possibilidades de invenção e de intervenção das equipes de saúde. Nesse processo, existe também uma interdependência dos profissionais para garantir a continuidade do atendimento, conexões entre os trabalhos com complementaridade da atuação profissional e fluxos de atendimentos internos na equipe na forma de interconsultas, bem como ações de avaliação conjunta e de compartilhamento de informações²⁶.

Peduzzi e Agreli²⁷ avançam nessa discussão e propõem o desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas, visto que consideram que o trabalho em equipe deve ser centrado nas necessidades e características das equipes, dos usuários, das comunidades e dos territórios. Dessa forma, além da integração da equipe, há a necessidade de colaboração, em que existe aprendizagem sobre, junto e para os outros com a intenção de construção de práticas mais significativas. Portanto, os profissionais necessitam desenvolver práticas de trabalho que possibilitem a comunicação efetiva entre os profissionais, usuários e demais setores, visando melhorar o acesso e a qualidade do trabalho e da atenção desenvolvida e a satisfação dos profissionais com o trabalho.

Sabe-se que a existência de equipes multiprofissionais não é suficiente para institucionalizar práticas de trabalho em equipe, pois essa forma de trabalho representa mais do que a soma de núcleos profissionais. Assim, o trabalho em equipe surge como forma de reorganizar o processo de trabalho e qualificar as ações desenvolvidas pelos profissionais. Ademais, o trabalho em equipe garante autonomia, liberdade e prazer na organização do processo de trabalho²⁸. Todos os entrevistados fizeram referência a situações de trabalho em que colocam em evidência a articulação do trabalho desenvolvido pelos profissionais; nas dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho das equipes da AB, emergem relações de apoio e parceria para o desenvolvimento de estratégias de cuidado. Assim, os resultados apontam para experiências compartilhadas de cuidado com transversalidade das ações, indicando um significativo grau de comunicação.

Entre os componentes do trabalho em equipe, a comunicação foi apontada pelos profissionais como imprescindível para o desenvolvimento de relações benéficas para o desempenho da equipe na garantia de acesso e cuidado resolutivo, como pode ser observado nos relatos que seguem:

Mais importante é manter uma relação aberta, tanto na relação médico-paciente, que daí sou eu e o paciente aqui nessa sala, quanto entre eu e a equipe, que um paciente pergunta para alguém da equipe, alguém da equipe pergunta para mim, essa linha tem que estar aberta. Se eu fechar a porta e 'aqui não entra ninguém, a não ser que eu chame pelo nome', acaba que a pessoa vai ter mais dificuldade de acesso e aí atrapalha o trabalho de todo mundo. (E14).

[...] funciona bem porque nós não temos essa rigidez assim sabe? O pessoal passa, conversa, a gente vai resolvendo como uma grande família, que é o que eu acho que deve ser a equipe né? (E3).

A existência de canais de comunicação entre os membros da equipe é importante para o estabelecimento de relações mais flexíveis entre os profissionais e ampliação das possibilidades de atuação e de resolutividade da equipe. A comunicação é um dos critérios que se destacam na construção do processo de trabalho da equipe do tipo integração, é um denominador comum do trabalho em equipe. A mediação simbólica da linguagem permite articular as ações dos profissionais e integrar os saberes das diferentes áreas envolvidas no cuidado com a finalidade de interação e cooperação entre os envolvidos para a construção de consensos e desfechos pertinentes a cada situação²⁴. Na percepção dos sujeitos participantes, a comunicação é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de cuidado, pois permite a articulação dos saberes e capacidades dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde.

Para Pereira, Rivera e Artmann²⁶, nas conversações cotidianas, os profissionais buscam consensos quanto às possibilidades de execução do trabalho em equipe. A busca de entendimento para solucionar uma situação problemática por meio da comunicação coloca os indivíduos em interação e possibilita a construção de novas possibilidades de cuidado, ampliando o escopo de ação da equipe.

Quando os profissionais embasam seu trabalho no conceito ampliado de saúde, reconhecem que áreas específicas não são capazes de resolver a complexidade das situações que são atendidas diariamente nas unidades de saúde²⁹. Dessa forma, para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade, é necessário articular diferentes áreas de conhecimento; para tanto, adotam práticas comunicativas na busca de sanar dúvidas ou compartilhar situações-problema com os demais profissionais para construção conjunta de alternativas que promovam efetividade do cuidado.

A reunião de equipe foi mencionada como uma atividade que contribui para a qualificação do cuidado desenvolvido pelas equipes e do acesso aos serviços de saúde, pois favorece a comunicação entre os profissionais, fortalece o trabalho em equipe e possibilita a educação permanente em saúde.

A reunião de equipe é um espaço para o desenvolvimento da prática colaborativa. A importância das reuniões de equipe para o fortalecimento do processo de trabalho e qualificação do atendimento é relatada a seguir:

O que facilita muito é a nossa reunião de grupo [reunião de equipe] que a gente tem, a gente discute bastante coisa, já foi discutido nas formações continuadas bastante coisa, do que é o acolhimento e a gente sempre foi discutindo, debatendo a maneira certa, como tem que fazer, as formas corretas, então eu acho que o que facilitou foi isso, a gente sentar, conversar. (E5).

O espaço da reunião de equipe apresenta-se como uma forma de permitir a aproximação e a comunicação entre os trabalhadores, a discussão sobre o processo de trabalho e a realização de atividades de educação permanente para a construção de práticas que sejam mais efetivas. Dessa forma, contribui para o acesso aos serviços de saúde por meio da possibilidade de qualificar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. A aproximação dos integrantes da equipe, em reuniões periódicas, para a troca de informações e saberes, qualifica o

processo de trabalho de todos os envolvidos e a atenção em saúde destinada à comunidade²⁰.

As reuniões de equipe foram fundamentais para viabilizar a institucionalização do acolhimento nas unidades de saúde de AB no município de Porto Alegre. Para a reorientação das práticas de promoção de acesso, foram realizados momentos de análises, discussões, educação permanente em saúde, planejamento e avaliações do processo de reorientação das práticas; e as reuniões representavam o único momento na rotina de trabalho que permitia a participação coletiva.

Outra questão relevante abordada foi a importância da promoção universal do acesso e do primeiro contato com os serviços de saúde. As unidades de saúde da AB, enquanto estabelecimentos componentes do SUS, destinam-se a efetivar o acesso universal aos serviços de saúde. Portanto, devem ser portas, e não barreiras ao acesso dos usuários ao cuidado, respondendo às suas demandas e contribuindo para promover maior conhecimento sobre os serviços de saúde do SUS. Assim, é fundamental que as unidades de saúde da AB permitam o acesso e o primeiro contato com os serviços de saúde a todos os usuários que procuram o serviço, independentemente do seu local de residência, como é sinalizado nos recortes a seguir:

[...] mas nunca teve impedimento assim e mesmo que seja um usuário de um outro posto que saiba que é aqui da redondeza a gente vê primeiro qual é a situação, presta e depois encaminha, orienta para que busque atendimento na sua referência, porque a gente trabalha com território adscrito né, mas nunca teve barreiras assim. (E4).

Acolhimento e muitas vezes atendimento, dependendo da demanda [...] a gente acaba finalizando esse atendimento e orientando que depois vá [buscar sua unidade de referência], não tem como deixar a pessoa sair dali sem fazer o atendimento em si, dependendo da gravidade. (GRUPO DE RESTITUIÇÃO).

As entrevistas e a discussão coletiva mostram que, apesar de as unidades de saúde da AB terem território delimitado para atendimento, enquanto porta de entrada principal para os serviços do SUS, é importante que as unidades promovam o primeiro contato dos usuários aos serviços, mesmo para aqueles que não pertencem ao seu território, como forma de ouvir suas necessidades, orientar, encaminhar à unidade de referência, ou até mesmo resolver sua demanda.

Considerações finais

O desenvolvimento de uma pesquisa científica que colocou em análise o acesso aos serviços do SUS e suas contradições revelou que esta é uma instituição arraigada em diversas práticas e realidades. Compreende-se que a AB ainda é a grande promotora de acesso aos serviços do SUS. Esse acesso só acontece de maneira otimizada quando acolhido por meio de profissionais que entendem, defendem e se identificam com o sistema público de saúde brasileiro. Conclui-se que a comunicação efetiva e a prática colaborativa entre esses profissionais dentro do espaço de vivo de produção de cuidado, em uma equipe de referência, são fatores fundamentais na compreensão do acesso. É o acesso enquanto instituição que busca pelo primeiro contato do usuário com a rede e transversaliza sua otimização dentro de um território específico.

Apesar dos avanços na ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, ainda incidem forças instituintes que desafiam as equipes de saúde na manutenção do acolhimento enquanto forma preferencial de acesso aos serviços e, também, da valorização pela equipe da VD como trabalho desenvolvido pelos profissionais para promover acesso. Essas forças estão relacionadas com a gestão local na disponibilidade de quantitativo de recursos humanos condizentes à demanda da população e na articulação da rede de saúde do município para a garantia da continuidade

do acesso iniciado nas unidades de saúde da AB, à parcela dos profissionais de saúde que ainda desenvolvem práticas dissociadas da universalidade e equidade de acesso e aos usuários que desconhecem as possibilidades de acesso à rede de atenção em saúde.

Assim, considera-se, ao final deste estudo, que existem realidades e situações que devem ser revistas e melhoradas para que os usuários do SUS tenham garantia de acesso aos serviços de saúde com resolutividade das suas necessidades. Portanto, é necessário, no atual momento contrarreformista que o SUS está enfrentando,

avançar na ampliação e qualificação da rede de saúde, na educação permanente dos profissionais, no processo de cogestão dos serviços de saúde e na divulgação aos usuários do acesso as ações e serviços ofertados pelo SUS.

Colaboradores

Vicari T (0000-0002-8856-1384)*, Lago LM (0000-0002-9863-3063)* e Bulgarelli AF (0000-0002-7110-251X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2002. p. 207-245.
2. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). Ciênc. Saúde Colet. 2009 [acesso em 2021 nov 4]; 14(1):1411-1419. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800014&script=sci_abstract&tlng=pt.
3. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 177-198.
4. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 183-206.
5. Barembliitt G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Teoria e Prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo; 1992.
6. L'abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc. Saúde Colet. 2003 [acesso em 2021 nov 4]; 8(1):265-274. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100019&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. L'abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articu-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- lação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012 [acesso em 2021 nov 4]; 8(1):194-219. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>.
8. Fortuna CM, Monceau G, Valentim S, et al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. *Fractal, Rev. Psicol.* 2014 [acesso em 2021 nov 4]; 26(2):255-266. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922014000200255&script=sci_abstract&tlng=pt.
 9. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Anual de Saúde 2018-2021. Porto Alegre: SMS; 2017.
 10. Lourau R. Uma apresentação da Análise Institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau Analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 128-139.
 11. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise institucional e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 91-103.
 12. Rodrigues HBC. René Lourau na UERJ – 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
 13. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica. Porto Alegre: SMS; 2015.
 14. Paulon S. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. *Mnemosine*. 2009 [acesso em 2021 nov. 4]; 5(2):189-226. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41440/pdf_166.
 15. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011 [acesso em 2021 nov 4]; 32(3):451-7. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300003&lng=en&nrm=iso.
 16. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 137-149.
 17. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Rev. de Saúde Col.* 2010 [acesso em 2021 nov 4]; 20(4):1079-1097. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400002&script=sci_abstract&tlng=pt.
 18. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: implicações para a promoção da saúde. *Rev. Min. Enferm.* 2011 [acesso em 2021 nov 4]; 15(2):196-201. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v15n2a06.pdf>.
 19. Costa SL, Carvalho EN. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 [acesso em 2021 nov 4]; 17(11):2931-2940. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012001100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 20. Lanzoni GMM, Cechinel C, Meirelles BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev Rene.* 2014 [acesso em 2021 nov 20]; 15(1):123-31. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3096>.
 21. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery.* 2018 [acesso em 2021 nov 4]; 22(4):e20170372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.
 22. Piccinini CA, Silva RA. A ação dos Agentes Comunitários de Saúde e o trabalho vivo em ato. *Trab. Educ. Saúde.* 2015 [acesso em 2021 nov 4]; 13(2):361-379. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200361&lang=en.

23. Martins AR, pereira DB, Nogueira NLNM, et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. *Rev Bras. Educ. Méd.* 2012 [acesso em 2021 nov 4]; 36(1):6-12. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000300002&script=sci_abstract&tlng=pt.
24. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001 [acesso em 2021 nov 4]; 35(1):103-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.
25. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde.* 2020 [acesso em 2021 nov 4]; 18(1):e0024678. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nr=iso.
26. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu).* 2013 [acesso em 2021 nov 4]; 17(45):327-40. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200007&script=sci_abstract&tlng=pt.
27. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2018 [acesso em 2021 nov 4]; 22(2):1525-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525.
28. Garcia ACP, Bracarense CF, Pereira BDM, et al. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2015 [acesso em 2021 nov 4]; 5(1):31-36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400214&script=sci_arttext&tlng=pt.
29. Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *Arq. Catarin. Med.* 2010 [acesso em 2021 nov 4]; 39(3):79-84. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/822.pdf>.

Recebido em 19/03/2021

Aprovado em 12/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve