

Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde

Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals

Elizabeth Cristina Fagundes de Souza ¹
 Rosana Lúcia Alves de Vilar ¹
 Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha ¹
 Alice da Costa Uchoa ¹
 Paulo de Medeiros Rocha ¹

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

Correspondência

E. C. F. Souza
 Departamento de Odontologia, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 Rua General Gustavo Cordeiro de Farias s/n, Natal, RN
 59012-570, Brasil.
 nesc@nesc.ufrn.br
 betcris@terra.com.br

Abstract

This article is part of the evaluation study on the Project for Expansion and Consolidation of the Family Health Strategy, conducted by the Center for Public Health Research at the Federal University in Rio Grande do Norte, Brazil, from March to December 2005. The study presents an assessment of primary health care access and receptivity from the perspective of patients and health professionals, comparing traditional primary care units and family health units in three State capitals in Northeast Brazil. The methodology included focus groups with content analysis. The results identified increased access, but there is still a disproportion between potential supply, capacity to meet the demand, and difficulties with referral in both the family health units and traditional primary care units. As an operational technology, receptivity is still under construction in the family health units, with varying levels of adherence to both the concept and the strategies for reorganizing daily work practices. Meanwhile, receptivity is totally absent from the traditional primary care units. The study suggests that qualitative analyses be included in health assessment in order to better explain the subjective aspects of the various actors.

Primary Health Care; Health Services Evaluation; Health Services Accessibility; User Embracement

Introdução

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas ¹.

Para Merhy ², o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Este artigo é produto da pesquisa *Estudo do Cuidado Integral* (Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NPS, Uchoa AC, Rocha PM. Natal: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006), que é parte dos Estudos de Linha de Base – PROESF/Ministério da Saúde, executado pelo NESC/UFRN (Rocha PM, Uchoa AC, Souza ECF, Rocha ML, Escoda SQ, Rocha NSP, et al. *Projeto de Expansão e Consoli-*

dação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) – Estudo de Linha de Base: Lote 1 Nordeste (21 Municípios da Bahia, Ceará e Sergipe). Relatório Final. Natal: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006), e destaca duas categorias: acesso e acolhimento. Considera-as como essenciais para o estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, alicerçadas na humanização e nos direitos de cidadania, com dinâmicas interativas e complementares. O referido estudo avaliou potencialidades e desafios da integralidade do cuidado na Atenção Básica, a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde, tendo como referência o processo de trabalho desenvolvido em unidades de saúde de capitais do Nordeste brasileiro.

Apesar da existência de estudos abordando percepções e experiências vividas^{3,4,5}, não é usual a avaliação a partir de critérios subjetivos, com base em estudos empíricos que busquem re-significar vivências e valores e, ao mesmo tempo, ampliar o “sentido” de resultados para além de metas mensuráveis de desempenho.

O acesso e o acolhimento na perspectiva do cuidado integral em saúde

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas.

As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade^{2,6,7,8,9,10,11}.

Starfield¹² discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades

tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Em revisão sistemática da literatura, Moreira et al.¹³ analisaram 15 artigos publicados em periódicos nacionais, entre 2001-2004, sobre acesso aos serviços de saúde. Entre eles, predominaram análises de dados secundários relativos aos da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* 1998 (PNAD-1998), além de alguns trabalhos com base de dados primários (entrevistas e observação direta). Entre as dificuldades referidas, foram listados 28 aspectos agrupados em categorias sócio-demográficas, culturais, indicadores de saúde em idosos e organização e planejamento das ações de saúde. Predominaram aspectos relacionados a essa última categoria.

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, sócio-econômicos entre outros). No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde.

Teixeira¹¹ identificou, em revisão da literatura, estudos com diferentes enfoques e sentidos de acolhimento, destacando os relacionados à Saúde Mental, Enfermagem e Organização dos Serviços. Pereira & Ayres¹⁴, em análise da produção bibliográfica sobre acolhimento relacionado à organização e planejamento nos serviços de saúde, identificaram que o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo “em defesa da vida”.

Segundo Franco et al.⁹, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local,

em que circunstâncias, qual finalidade e resultados^{9,15}.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar¹⁶. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo¹⁷. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield¹²: porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde¹¹, sendo reafirmado por Matumoto¹⁵ que não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade.

A literatura aqui visitada reforça a importância do acesso e do acolhimento como categorias potentes e estratégicas para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Configuram-se em elementos centrais de qualificação da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação. Nesse sentido, é fundamental a avaliação de experiências como a Estratégia Saúde da Família a partir do olhar de profissionais e usuários sobre que acesso e que acolhimento estão sendo produzidos no cotidiano de suas práticas.

Metodologia

Este estudo faz parte dos Estudos de Linha de Base – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF/Ministério da Saúde, executado pelo NESC/UFRN, como já referido na introdução. Realizou-se em três capitais do Nordeste, sendo duas metrópoles e um município de médio porte, no período de setembro a dezembro de 2005.

Em cada município (A, B, C), o trabalho de campo foi realizado em duas unidades de saúde, uma unidade básica de saúde convencional e outra unidade de saúde da família. Em um dos municípios com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, a unidade básica de saúde foi substituída por uma unidade de saúde da família com equipe ampliada (inclusão de outras categorias profissionais além da equipe mínima financiada pelo Ministério da Saúde).

A escolha das unidades baseou-se no reconhecimento, pela instituição (secretaria municipal de saúde), como “padrão-ouro” (satisfação de usuários; acesso; infra-estrutura; integração da equipe e participação do usuário).

Utilizou-se a técnica do grupo focal com usuários e equipes. Essa técnica valoriza a interação e estimula a conversa sobre assuntos que poderiam ser embaraçosos, e visa aprofundar as informações e entender comportamentos num determinado contexto cultural. Analisa como os participantes desenvolvem, operam e expressam suas idéias. É flexível, de baixo custo e exige pouco tempo de execução^{18,19,20}.

Em cada unidade, organizaram-se dois grupos (usuários e equipe), num total de seis com, em média, quinze participantes cada e duração de cerca de uma hora. Os grupos ocorreram em área de atividades educativas da unidade (profissionais) e em equipamentos sociais da comunidade (usuários).

O critério de inclusão da equipe foi a participação na etapa anterior do Estudo de Linha de Base. Os usuários foram selecionados por sorteio dos prontuários da área de abrangência das equipes (unidade de saúde da família) ou de área próxima da unidade (unidade básica de saúde). Foi preestabelecido o número de vinte participantes, calculando-se perda entre cinco a oito e respeitando-se a participação voluntária.

Todo o material foi gravado e transcrito. O material registrado foi sistematizado e categorizado para compor um banco de dados para análise, considerando opiniões recorrentes e frequentemente expressas, dissensos e consensos. Neste artigo, foram consideradas as categorias Acesso e Acolhimento, por sua relevância na integralidade do cuidado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O material empírico aqui apresentado foi sistematizado nas categorias *acesso* e *acolhimento* e

por tipo de unidade de saúde – unidade de saúde da família, unidade básica de saúde convencional e unidade de saúde da família ampliada – nos três municípios. Os resultados foram agregados por aspectos destacados por usuários e profissionais, de cada tipo de unidade, nos dois temas referidos (Tabelas 1 e 2). Buscou-se identificar percepções sobre modos de operar o processo de trabalho que caracterizam as formas de acesso e de acolhimento na rede básica, a partir de diferentes configurações de serviços de saúde. A unidade de análise foi o tipo de unidade básica de saúde e manteve-se a diferenciação entre os municípios, na descrição, para valorizar a singularidade dessas realidades.

Acesso

• Na unidade de saúde da família

No município A, os usuários da unidade de saúde da família referiram dificuldades de acesso a exames, desde a demora para sua marcação e

resultados, até para conseguir ser atendido na unidade e na referência de consultas especializadas e urgências. Destacaram ainda existir poucos profissionais para atender a população da área, associando dificuldades à organização do trabalho na unidade de saúde da família: “*Falta especialista; a clínica é maravilhosa, mas não dá para atender todo mundo; se precisar de exame demora muito*” (usuário). “*Aqui (...) dá uma ficha para cada filho. Se uma cigana tem cinco, seis filhos, ela tem que ir a semana toda para cada dia levar um filho*” (usuário).

Entre as dificuldades, foi consensual haver melhoria em relação à situação anterior, não precisar dormir na fila e ao reconhecimento do trabalho de alguns profissionais.

No grupo com a equipe unidade de saúde da família, a dificuldade com o sistema informatizado foi o tema central da discussão: “*A dificuldade maior no TAS; passa até 6 meses*” (profissional). “*Nem sempre a gente tem a sorte de sair marcado; geralmente fica ‘em análise’*” (profissional).

Tabela 1

Tema acesso: aspectos destacados nas discussões em grupos focais realizados com usuários e com profissionais de serviços de atenção básica – unidades de saúde da família, unidade básica de saúde e unidade de saúde da família ampliada – em capitais do Nordeste brasileiro, 2005.

Unidade de saúde da família		
Usuários		Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de acesso a exames - Demora em ser atendido na unidade - Dificuldades de acesso a consultas especializadas - Filas virtuais para serviços de referência - Diminuição de filas - Atuação dos agentes comunitários de saúde no agendamento de consultas como elemento facilitador de acesso a usuários de ações programáticas - Falta de medicamentos na farmácia 		<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades com o sistema informatizado - Falta de medicamentos na farmácia - Demanda excessiva - Cultura do pronto-atendimento competindo com o agendamento - Dificuldade de acesso ao atendimento odontológico em casos de baixa cobertura populacional no município
Unidade básica de saúde convencional		
Usuários		Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Demanda excessiva - Filas - Marcação por computador não funciona - Impessoalidade no primeiro contato 		<ul style="list-style-type: none"> - Demanda excessiva - Filas de espera prolongadas
Unidade de saúde da família ampliada		
Usuários		Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades com o sistema informatizado para marcação de consultas especializadas - Deficiência no suprimento de medicamentos 		<ul style="list-style-type: none"> - Sistema informatizado como produtor de facilidades e de dificuldades de acesso

Tabela 2

Tema *acolhimento*: aspectos destacados nas discussões em grupos focais realizados com usuários e com profissionais de serviços de atenção básica – unidades de saúde da família, unidade básica de saúde e unidade de saúde da família ampliada – em capitais do Nordeste brasileiro, 2005.

Unidade de saúde da família	
Usuários	Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento com a forma de agendamento na unidade - Reclamações com a acolhida na recepção – insatisfação pelo fato de não atendimento médico imediato - Melhor organização de filas - Modos diferentes de trato por diferentes profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Pressão dos usuários pelo atendimento imediato - Estresse e cansaço na equipe por sobrecarga de trabalho - Elemento positivo na organização do processo de trabalho - Compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários - Atenção e trato diferenciados a partir das necessidades de saúde demandadas - Momento de escuta restrito à recepção do usuário para triagem
Unidade básica de saúde convencional	
Usuários	Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência do tema na fala de usuários 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento
Unidade de saúde da família ampliada	
Usuários	Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento de passar pelo enfermeiro antes de ser atendido pelo médico - Boa acolhida dos profissionais - Má educação de alguns profissionais na forma de atender as pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de adequar a teoria do acolhimento à prática cotidiana do trabalho na unidade - Escuta qualificada - Boa comunicação - Atenção permanente e o respeito às necessidades do usuário

A falta de medicamentos na farmácia básica e a busca por pronto-atendimento para casos agudos (marcas da rotina do posto 24 horas que fora desativado para dar lugar à unidade de saúde da família) ainda estão presentes na cultura da população: “*A gente está no sufoco também porque havia um posto de emergência que fechou*” (profissional). “*Tem muitos casos agudos, que são atendidos aqui como urgência*” (profissional).

No município B, os profissionais da unidade de saúde da família referiram vivenciar situações estressantes para dar conta do dilema de atender a excessiva demanda. Mesmo assim, apareceram soluções criativas que se expressaram em atitudes acolhedoras e colaborativas a exemplo de “verdadeiro mutirão” entre componentes da equipe, desempenhando várias funções para equacionar demanda e acolhimento: “*A agente de saúde fica aqui até oito e meia pra conseguir ajudar, uma fica pesando, outra fica tirando a pressão, a auxiliar do dentista anota, mas ela já está fazendo o papel de auxiliar de enfermagem, a gente bota todo mundo pra trabalhar*” (profissional).

Sobre acessibilidade, há dissensos entre profissionais e usuários. Para os profissionais da uni-

dade de saúde da família, a descrição de clientela e o cadastro familiar se apresentaram como eixo norteador do planejamento local da equipe. Entretanto, houve flexibilização quanto às delimitações geográficas e sociais que racionalizam o atendimento, com valorização dos aspectos referentes ao trato e à personalização no atendimento. Por sua vez, os usuários, tanto na unidade de saúde da família como na unidade básica de saúde do município B, referiram desconhecer as razões da territorialização, destacando, para o acesso, fragilidades na comunicação.

“*Eu queria só fazer uma pergunta: por que é que de primeiro a gente podia se consultar em todo posto e agora a gente só pode se consultar aqui?*” (usuário). “*Hoje amanheceu um filho meu com febre e doente, muito doente, então eu preciso da consulta. Eu venho aqui e não tem. Eu tenho que me sentar e esperar que tenha uma desistência pra que meu filho seja colocado naquela vaga pra conseguir a consulta*” (usuário).

Ainda na unidade de saúde da família, dificuldades de referência, principalmente a exames especializados e a hospitais, foram enfatizadas como de “responsabilidade do computador”, com relatos de desfechos não desejáveis: “*Teve*

um rapaz que teve um caso de estômago e procurou a unidade, ele marcou a consulta e botaram na fila de espera. O sistema apagou o nome dele, e ele perdeu a consulta. Ele voltou de novo, marcou uma nova consulta. Nos seis meses saiu o papel dele e ele tava enterrado, morreu” (usuário).

No município C, constatou-se que ainda existem muitas dificuldades de acessibilidade e acesso devido à desproporção entre demanda e oferta de serviços. Na unidade de saúde da família, os usuários reconheceram fatores facilitadores, como marcação de alguns atendimentos pelo agente comunitário de saúde. Entretanto, como a equipe prioriza o agendamento para usuários vinculados a ações programáticas, parte da clientela fica dependente de vagas e, devido à grande demanda, persistem filas e insatisfação, na medida em que os problemas que chegam na unidade sequer são resolvidos. Tal situação, em parte, foi atribuída ao número reduzido de médicos na unidade e à falta de especialistas.

“A equipe ser só para resolver tudo, dificulta o acesso. A referência não funciona e não tem um suporte para equipe de alguns especialistas. A demanda é grande” (profissional).

A baixa cobertura em saúde da família, no município C, com supressão de áreas contíguas, excluiu parte da população de uma mesma localidade: *“O bairro é um só, não tem que ter discriminação. Foi dito na unidade que eu estava fora, porque moro em local ‘fora da área’” (usuário).*

Os profissionais emitiram opiniões semelhantes às dos usuários, destacando a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, apontando número limitado de equipes e a baixa cobertura do programa: *“O acesso para tratamento dentário é difícil. Tentamos priorizar as pessoas dentro da lista (...). Existe muita demanda para tratamento odontológico” (profissional).*

• Na unidade básica de saúde

Na unidade básica de saúde do município B, acessibilidade foi percebida pelos profissionais como de responsabilidade dissociada e externa ao cuidado, com ênfase nas normas institucionais e necessidade de ampliação no número de especialistas; centrada no atendimento médico e na co-participação dos demais profissionais da equipe na inserção “obrigatória” do usuário na fila de espera.

“Então a dificuldade de todo funcionário que está aqui é de estar dizendo não (...) tem que ser muito bem explicado porque se não for é mal interpretado (...). Porque a gente tem obrigação de colocar na fila de espera” (profissional).

Não foram identificadas evidências de priorização dos atendimentos por critérios de risco

sócio-epidemiológico. Chamou atenção o fato de o primeiro contato do usuário, na recepção, dá-se através de um microfone. Muitos reclamaram que *“ficam jogados à própria sorte”* e que recebem informações através do *“balcão de vidro”*.

“Eu já fui marcada com meu marido, tem 5.900 pessoas na sua frente; nem marcou, porque se ela tivesse marcado, eu já tinha uma chance dessas 5.900 irem diminuindo e eu ir chegando, aí ela não marcou. Eu perdi, meu marido nunca fez esse exame, porque não teve condições” (usuário).

No município C, a dificuldade de acessibilidade na unidade básica de saúde deveu-se à grande demanda, predominantemente espontânea, e expressa sofrimento para profissionais e usuários: *“O problema é conseguir ficha. Tem gente que dorme no posto, para não ter que sair de madrugada andando na rua; venho pedindo a Deus misericórdia” (usuário).* *“A população é maior que o posto, então ele deveria ser feito para comportar a necessidade. Falta médico!” (profissional).*

• Na unidade de saúde da família ampliada

Na unidade de saúde da família ampliada, os usuários destacaram dificuldades com o sistema informatizado, associando-as à demora nas marcações e à deficiência no suprimento de medicamentos, com repercussões no seu percurso pelos serviços.

“Inventaram esse tal do computador, não sei nem pra quê, foi pior. O cara digita e diz não tem vaga não, e a gente fica dando viagem perdida” (usuário). *“Desde a semana passada, venho no posto para receber os comprimidos para pressão, mas está faltando! Tomo três comprimidos por dia, e a pressão não baixa. O médico nem olha, diz que não tenho nada. Se você não pode me dar 10 comprimidos me dê pelo menos três. É um problema sério” (usuário).*

A equipe, durante as discussões, destacou os demais aspectos diretamente relacionados ao seu processo de trabalho. As questões relacionadas com acesso apareceram quando foram discutidas as dificuldades e facilidades naquela unidade de saúde da família, com destaque para problemas que interferem na continuidade do atendimento, como insuficiência de equipamentos. Por outro lado, o terminal de atendimento em saúde foi referido como elemento que dificulta e facilita o acesso do usuário aos demais níveis de assistência: *“Falta muita coisa; falta uma balança pediátrica, não temos reunião com puericultura” (profissional).* *“O terminal de atendimento em saúde também trouxe benefício. O exame laboratorial, você já resolve ali. O pro-*

blema é quando o sistema pede para você explicar um exame de fezes” (profissional).

Acolhimento

• **Na unidade de saúde da família**

Na unidade de saúde da família, no município A, os usuários mostraram-se descontentes com o agendamento da unidade e a acolhida na recepção: *“O primeiro contato é com os moradores. A auxiliar vai perguntando a cada um qual o problema. A gente tem que expor o nosso problema. Se a gente disser que é particular (...) faz o agendamento para a enfermeira e a enfermeira atende e se for o caso encaminha para a médica”* (usuário). *“O povo que trabalha no balcão precisa tratar melhor a gente. Eles têm que ter mais educação para tratar melhor a gente”* (usuário).

A decisão de ser atendido pelo médico ser de responsabilidade de outro profissional foi queixa consensual no grupo. A fala seguinte é ilustrativa: *“Eu acho errado alguém decidir por nós. Uma enfermeira não pode dizer se eu devo ou não ser atendido. Ninguém procura uma unidade se não tiver precisando”* (usuário).

Para os profissionais, o acolhimento aparece como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, mas exige muito esforço e dedicação profissional. A pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, a exemplo do auxiliar ou enfermeiro, antes de chegar ao médico, refletem-se na equipe como estresse, cansaço e busca por solução. Muitas falas corroboraram o mesmo sentimento manifesto no grupo de usuários quanto às dificuldades de acolhida e de agendamento. *“É importante uma porta de entrada para orientação, resolve algumas coisas, mas é muito cansativo”* (profissional). *“Na verdade, o acolhimento não é só saber o que ele veio fazer, mas saber porquê; então a gente escuta; é um momento de orientação”* (profissional).

O acolhimento, para os profissionais, mesmo de difícil execução, tem ajudado a organização do processo de trabalho e da demanda. Produziu, na equipe, uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde dos usuários que vão além da identificação nosológica dos agravos e das carências correlacionadas, muitas vezes imperceptíveis numa abordagem fria restrita a sinais e sintomas. Esses, passíveis de serem aliviados, momentaneamente, por gestos de atenção e respeito, exigem ações para além das possibilidades dos serviços de saúde.

Na discussão com profissionais e usuários, na unidade de saúde da família do município B,

o acolhimento é de responsabilização quase que exclusiva da atuação do agente comunitário de saúde e dos profissionais do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. No entanto, a equipe reconheceu sua importância na relação com o usuário e afirmou desenvolver atenção e trato diferenciados a partir das necessidades de saúde.

Os usuários reconheceram que os profissionais *“dão um jeito”* de incluí-los no atendimento. Houve ainda uma diversidade de entendimentos sobre o que é acolhimento, referindo desde atividades de coleta de exames, provavelmente locais que se sentem mais acolhidos, até opiniões sobre o tempo de espera na unidade, a organização de filas e convocação para atendimentos.

“O acolhimento que conheço, o que ela fala é a sala do peso, onde pesa, mede a pressão. Depois vai para o sistema do computador e a fila vai chamando” (usuário).

No município C, a proposta de acolhimento ainda é uma prática em construção. Os profissionais reconheceram sua importância, mas o conceberam como um momento de escuta restrito à recepção do usuário para triagem. Declararam a existência de condições desfavoráveis para sua realização, como a grande demanda e a sobrecarga de trabalho.

“Acho que o acolhimento ainda não está bom, a comunidade não se sente acolhida, não resolvemos todos os problemas” (profissional). *“No acolhimento, temos dificuldade, todo usuário vem buscar alguma coisa, até eles entenderem é difícil”* (profissional).

Os usuários compartilharam tais opiniões, relacionando-as com dificuldades de acesso às consultas, em particular as odontológicas. Relataram diferenças no modo como são tratados na unidade pelos diferentes profissionais e reivindicaram um bom atendimento como direito. *“Uns atendem bem outros não. Tem uns que entra e nem olha para a cara do povo, não dão nem bom dia. É obrigação tratar bem as pessoas com carinho e educação”* (usuário). *“Eu acho errado alguém decidir por nós!”* (usuário).

• **Na unidade básica de saúde**

Na unidade básica de saúde do município B, o tema acolhimento esteve ausente nas falas dos profissionais e usuários, revelando que o mesmo não faz parte do cotidiano desses serviços. Ficaram evidenciadas dificuldades desde a chegada ao primeiro acesso na unidade.

“Eu estou doente (...) não arranjei consulta e marquei (...) pra outubro. Como é que eu posso passar a minha vida aleijada até outubro? (...) Um posto tem que ter um atendimento diário (...) pra olhar os que estão pior, os que estão melho-

res” (usuário). “Primeiro, quando o usuário chega, tem um alto-falante, antes de entrar na fila, já são avisados se o médico vem ou não vem e quantas fichas existem” (profissional).

Quanto à unidade básica de saúde do município C, o acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios burocráticos, sem priorização de riscos. Acolhimento também não faz parte da agenda. As limitações para o acesso evidenciaram filas e insatisfações, em que parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades. Da mesma forma, expõem os usuários a riscos comuns em grandes metrópoles, ocasionando sentimentos de medo e de constrangimento: “É muito perigoso vir para o posto tirar ficha de madrugada. O vigilante fica trancado dentro do posto, e não vê o que acontece fora na fila. Tem gente que vende ficha. Sair de casa às 2 horas da madrugada é difícil. Porque nós pelo SUS temos que passar por esta humilhação?” (usuário). “Os funcionários prejudicam o atendimento, chegam de mau humor e maltratam as pessoas” (usuário). “Chegada: tem um livro com o nome do profissional e toma o livro para ser atendido a partir de 7 horas da manhã. As pessoas chegam de madrugada” (profissional).

- **Na unidade de saúde da família ampliada**

Na unidade de saúde da família ampliada, o grupo de usuários revelou descontentamento em passar pelo enfermeiro antes de ser atendido pelo médico: “Aqui acho errado para ir ao médico ter que passar primeiro pelo enfermeiro. O enfermeiro vai olhar primeiro se você vai se consultar com ele ou para o médico, que marca para depois de 10 dias. Só se for urgente é que vai ao médico se não for marca para outro dia” (usuário).

A relação profissional-usuário foi percebida como as formas de atender as pessoas, com opiniões distintas, que variaram de uma boa acolhida até situações vivenciadas de mau trato. “Tem gente aqui se pudesse não olhava pra gente. Lá no posto, já sou manjado. Ah, o enjoado já vem aí ...” (usuário). “Já eu, sou muito bem atendida. A médica é muito atenciosa e atende bem! Fora de série!” (usuário).

A equipe da unidade de saúde da família ampliada expressou necessidade de adequar a teoria do acolhimento à prática cotidiana. Verificou-se, nas falas de alguns profissionais, especialmente agente comunitário de saúde e enfermeiro, adesão à proposta e também a busca por melhor definição do que seria essa prática.

“... a gente aprende que toda pessoa da Unidade pode fazer acolhimento; a principal peça do acolhimento é escutar; (...) esse horário de 7 às 9

é ridículo; a pessoa chega às 11 com urgência é atendido – existe acolhimento toda hora” (profissional). “O acolhimento é também na rua; no caminho da Unidade; e se ele chegou aqui alguém o acolheu; alguém o acolheu, só não resolveu o problema dele” (profissional).

Alguns conceitos foram enfocados: escuta qualificada, boa comunicação, atenção permanente e respeito às necessidades do usuário. Ficaram evidentes conflitos internos à equipe e baixa adesão de alguns profissionais, médico e dentista.

Discussão

Na análise dos municípios, foram identificadas variações quanto às dificuldades de acesso, apresentando situações mais problemáticas naqueles com características de metrópoles (municípios B e C) onde a expansão de cobertura da estratégia ainda é restrita e com áreas contíguas descobertas, convivendo dois tipos de unidades na atenção básica, sem diretriz organizacional comum.

Nesses municípios, ainda que pese uma incorporação inicial de atenção integral com práticas de promoção e prevenção aliadas à assistência, nas unidades de saúde da família, ainda prevalece o trabalho em saúde com moldes tradicionais, centrados na consulta médica, por meio da distribuição de fichas para demanda aberta. Durante a pesquisa, ainda não se havia conseguido eliminar filas, apesar de tê-las diminuído em tempo e tamanho. Muitos usuários ainda deixavam a unidade de saúde da família sem resolver seu problema. Entretanto, foram identificadas tentativas de atenuar esse problema a partir de propostas locais de reorganização que buscam reverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro para aquele que mais precisa.

Salienta-se que a valorização dessas experiências foi descrita em outros estudos^{8,21} e significam avanços na construção do cuidado integral. Por outro lado, muitas vezes, a priorização dos casos passa a ser motivo de conflito de interesses entre o individual e o coletivo e entre gerações, já que idosos e crianças têm lugar prioritário no cuidado. O conflito se acentua quando há demanda reprimida, tendendo a crescer com a maior acessibilidade aos serviços de saúde proporcionada pela Estratégia Saúde da Família e pelos centros de saúde tradicionais sem a descrição de clientela. Os dois tipos de unidades concentram parte das suas ações sem estruturação e suporte assistencial adequados. Verificou-se a valorização de iniciativas para equacionar demanda organizada e espontânea e reduzir as idas às unidades co-

mo, por exemplo, a marcação realizada por agentes de saúde. Nesse sentido, observou-se maior avanço nas unidades de saúde da família.

No município de médio porte com estruturação da atenção básica nucleada em saúde da família (equipes tradicionais e ampliadas), observou-se melhoria em relação ao primeiro acesso à unidade. Contudo, entre os usuários, ainda persistia resistência à forma de organização do trabalho, particularmente, ao agendamento para grupos prioritários e triagem para a consulta médica. A fila de primeiro acesso às unidades deixou de ser o problema central, mas outras filas constituíram-se à medida que novas demandas têm se acumulado na atenção básica, devido ao aumento da oferta de serviços no sistema e aumento da demanda, associada à formação de um usuário mais exigente e participativo. As novas formas de organização do trabalho com a introdução da informatização no agendamento trouxeram “as filas virtuais” que foram referidas como motivos de conflito da relação serviço-usuário. Contudo, o problema de base reside nas dificuldades reais de se oferecer respostas numa rede de cuidado que articule os diversos serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Nas unidades de saúde da família desse município, o diferencial apareceu na natureza das filas, que, quando existem, são momentâneas. Nesse caso, ocorrem em dias de agendamento ou de forma virtual, no sistema informatizado. Ainda foram ressaltados, pelos usuários, um certo “privilégio” dos grupos prioritários, em especial diabéticos e hipertensos. Isso demonstrou certa dificuldade em compreender critérios de seleção prioritária de atendimento na organização do trabalho e, ao mesmo tempo, expressou desejo de uma situação ideal em que “aquele privilégio” fosse extensivo para qualquer cidadão.

O acolhimento como diretriz operacional do trabalho em saúde ainda é um processo em construção nas unidades de saúde da família estudadas, de um modo geral, variando sua concepção, nível de inserção e estratégias de reorganização cotidianas. No município A, também foi identificado diferencial em relação aos demais, dado o fato desse dispositivo fazer parte das estratégias de reorganização do modelo de atenção.

Nas unidades básicas de saúde, o dispositivo acolhimento é desconhecido, estando ausente no vocabulário e nas práticas dos profissionais. Essa ausência se traduz num modelo tradicional de organizar a recepção, de forma burocrática, de entrega de fichas e marcação no balcão, não escapando qualquer usuário do destino das filas. Essas são agravadas pelo convencional “dormir na fila” em madrugadas, nas

quais, a disputa de vagas é compartilhada pelo frio da noite e pelo medo da violência muito presente nas metrópoles. Além de parecer destino, as filas continuam motivo de reclamações e insatisfação para usuários das unidades básicas de saúde.

A impessoalidade destacada nas unidades básicas de saúde no trato de profissionais com usuários adquiriu, nas unidades de saúde da família, a qualificação de descontentamento com a forma que usuários são (des)acolhidos por alguns profissionais, ressaltando o “saber tratar bem as pessoas” como necessário à formação profissional, em especial, de quem trabalha na recepção. E também destacaram satisfação com a acolhida de alguns profissionais, reconhecendo que é um ato de atenção e respeito. Nos aspectos relacionais, no cotidiano, ficou evidente que a organização do trabalho, nas unidades de saúde da família, vem construindo uma relação mais humanizada, com valorização da escuta, embora ainda precise ser aprofundada. Atitudes de respeito, atenção, gentileza foram valorizadas pelos usuários. A descrição do trabalho de Ramos & Lima³ também aponta essa direção.

Outro aspecto importante destacado pelos usuários das unidades de saúde da família foi quanto à dificuldade em aceitar que a decisão de acesso à consulta médica seja de outro profissional, numa manifestação clara de questionamento ao processo de triagem e agendamento, revelando percepção do cuidado centrada no médico em vez da equipe de saúde.

Apesar de o acolhimento ser, ainda, processo em construção nas unidades de saúde da família, os profissionais reconheceram que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários. Contudo, a pressão da demanda se reflete em sobrecarga de trabalho, comprometendo agendas de atividades grupais intra-equipe e com os usuários. Gera estresse e cansaço, ficando evidente que os profissionais carecem também de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador).

No desenvolvimento da pesquisa, identificou-se ainda que o espaço dos grupos propicia interação entre os sujeitos – pesquisador e pesquisados. Ao mesmo tempo, indicou pistas para o processo de institucionalização da pesquisa avaliativa de serviços de saúde, que, além da finalidade de produção do conhecimento, pode ser utilizada como instrumento de gestão. Em todos os grupos, sobretudo de usuários, houve solicitação manifesta dessa atividade do grupo focal ser realizada na rotina dos serviços.

Considerações finais

Apesar de a ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, evidenciou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Isso gera descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos, tanto nas unidades de saúde da família como nas unidades básicas de saúde. Desse modo, só é possível compreender as diferenças nos modos de operar entre os diferentes tipos de serviços básicos de saúde a partir da forma de inserção desses no sistema de saúde, em especial, da articulação da atenção básica com as demais

redes assistenciais. Apesar de a sistematização dos resultados ter priorizado o tipo de serviço, ficaram evidentes características singulares dos sistemas municipais de saúde, relativas à organização do processo de trabalho, oferta e cobertura de serviços de atenção básica, à retaguarda especializada e à regulação dos fluxos assistenciais que repercutem diretamente no modo de operar de cada unidade de saúde.

Por fim, acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

Resumo

Este artigo é parte da pesquisa avaliativa do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte entre março e dezembro de 2005. Trata-se de avaliação de acesso e acolhimento na atenção básica, a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, em três capitais do Nordeste brasileiro. Foi utilizada técnica de grupo focal com análise temática. Nos resultados, identificou-se ampliação do acesso, com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência. O acolhimento como tecnologia operacional é um processo em construção, variando nas unidades de saúde da família em níveis de concepção e estratégias de reorganização cotidiana do trabalho, e inexistente nas unidades básicas de saúde. A partir da realização deste estudo, recomenda-se incluir análises qualitativas em avaliação em saúde, por possibilitar maior valor explicativo aos aspectos subjetivos dos atores envolvidos.

Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento

Colaboradores

E. C. F. Souza, R. L. A. Vilar, N. S. P. D. Rocha e A. C. Uchoa contribuíram na concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, e na redação do artigo para submissão à publicação. E. C. F. Souza realizou também a revisão e normalização do texto para submeter à publicação. P. M. Rocha contribuiu na concepção e desenho do estudo, e na redação final do artigo.

Agradecimentos

Este artigo é resultado de parte de pesquisa financiada pelo Acordo de Empréstimo nº 7105-BR, entre o Governo Brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, e o Banco Mundial, realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC), Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Agradecemos às instituições que viabilizaram sua operacionalização e também a Leni Trad (Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia), pela consultoria no desenho do estudo; aos usuários e profissionais que participaram dos grupos focais; aos gestores municipais e coordenadores da atenção básica dos municípios estudados pelo apoio durante a pesquisa de campo; a Sônia e Costa pelo apoio administrativo; e aos demais colegas pesquisadores do NESC que compartilharam outros estudos da pesquisa.

Referências

1. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.
2. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.
3. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
4. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário no Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:581-9.
5. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1487-94.
6. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1998. p. 229-66.
7. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
8. Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
9. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.
10. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.
11. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde Debate* 2000; 24:21-34.
12. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
13. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1665-75.
14. Pereira EG, Ayres JRCM. Acolhimento: tendências conceituais e análise crítica. In: *Anais do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública [CD-ROM]*. Ribeirão Preto: Associação Paulista de Saúde Pública; 2003.
15. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
16. Fagundes S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.
17. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.
18. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10 Suppl:303-12.
19. Barbour R, Kitzinger J. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage Publications; 1999.
20. Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005. p. 31-40.
21. Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: perspectivas de organização da assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1999; (52):161-8.

Recebido em 22/Fev/2007

Versão final reapresentada em 27/Jul/2007

Aprovado em 06/Ago/2007