

O “ACOLHER CHAPECÓ” E A MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)¹.

Túlio Batista Franco²
Mirvaine Panizzi³
Marlene Foschiera⁴

Introdução:

Durante muitos anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SC) fez um esforço no sentido de construir a rede de atenção à saúde e organizar a sua gestão. Como parte deste esforço, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em importante base territorial do município. Embora o PSF tenha proporcionado um trabalho junto a micro-áreas e domicílios, no que diz respeito à vigilância à saúde, persistiam em nível do atendimento na Unidade de Saúde, as filas noturnas e longas esperas para o atendimento. Este é um problema que aflige a grande parte dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), e é objeto de insatisfação dos usuários. Pergunta-se então, porque haveria tamanha demanda reprimida, isto é, qual a causa da restrição do acesso, sendo que já havia sido realizado um grande investimento na rede assistencial com a implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF)? A partir deste problema colocado, observou-se que em grande parte da rede, o processo e trabalho estava centrado na pessoa e no saber médico, reproduzindo a organização tradicional da assistência, com opressão da capacidade que outros profissionais apresentam na resolução dos problemas de saúde. Com o fluxo assistencial direcionado apenas para a consulta médica, a capacidade de atendimento e por conseqüência o acesso das pessoas estaria sempre restrita. Verificou-se ainda que a Unidade de saúde só se legitimaria junto à população, se fosse capaz de atender-la no momento em que ela mais necessitasse, isto é, quando estivesse instalado um processo mórbido qualquer, momento em que a doença demanda um cuidado imediato.

Percebeu-se que o modo como estava organizado o processo de trabalho, reduzia em muito a capacidade de respostas da equipe de saúde, sub utilizava a capacidade de trabalho dos

¹ Referência deste texto: Franco, T.B., Panizzi, M., Foschiera, M.; O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde in Divulgação em Saúde para Debate, N. 30, Rio de Janeiro, Março, 2004.

² Assessor da Secretaria Municipal de Saúde. Doutor em Saúde Coletiva.

³ Diretora Geral da Secretaria de Saúde de Chapecó. Especialista em Odontologia e Saúde Coletiva.

⁴ Secretária Municipal de Saúde de Chapecó. Especialista em Saúde Pública.

profissionais de saúde, sobrecarregando o médico com problemas, os quais, outros poderiam resolver. Diante disto, optou-se por reorganizar o processo de trabalho, procurando trabalhar com a idéia de inclusão social, humanização do atendimento, acolhendo todas as pessoas e dando uma resposta positiva ao seu problema de saúde.

Assim nasceu a idéia do “Acolher Chapecó” que se organiza com base nas diretrizes do modelo assistencial, já provadas na sua eficácia, que são; Acolhimento, Vínculo, Resolutividade, Autonomização e Vigilância à Saúde. (Campos, 1994; Merhy, 1994, 1997; Franco et al, 1999, 2003; Silva Jr., 1998). Através do “Acolher Chapecó”, pretende-se organizar a assistência na Unidade de Saúde e no PSF, de forma a absorver todos que procuram a Unidade, acolhendo-os através de um fluxo voltado à equipe multiprofissional e ao mesmo tempo, fortalecer o vínculo com a equipe, procurando trabalhar projetos terapêuticos cuidadores, que busquem acompanhar o usuário no seu processo terapêutico.

O Acolhimento no Programa Saúde da Família – PSF.

O Programa Saúde da Família tem se estruturado centralmente com base no saber da vigilância à saúde, instrumentalizado pela epidemiologia. Esta é uma grande vantagem que o PSF realiza, o trabalho no território e domicílio. Junto a este, o PSF trouxe para a discussão do modelo assistencial, a idéia de vínculo dos usuários à equipe. A clínica como parte do conhecimento aplicado à assistência, se coloca marginal ao objetivo reformador ao qual o PSF se propõe e neste sentido, na maioria dos casos, esta permanece operando na forma do modelo tradicional, com base na queixa-conduta e no ato prescritivo, sem uma real interação entre os sujeitos trabalhador e usuário. Permanece ainda, na organização da oferta dos serviços, o problema do atendimento à demanda espontânea, que é fundamental para qualificar a acessibilidade da população, especialmente a que tem uma necessidade imediata instalada..

A estratégia de reorganização do PSF envolveu principalmente duas diretrizes operacionais. A primeira, do Acolhimento. Sua implantação envolveu um grande debate junto aos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família, procurando identificar através da discussão do processo de trabalho, o quanto este ainda era burocrático, impessoal, e ao mesmo tempo, verificou-se as possibilidades de aproveitamento das potencialidades existentes em todos

trabalhadores, para assistir aos usuários e trabalhar com a idéia de estar produzindo o cuidado nas suas práticas cotidianas.

As medidas adotadas de reorganização do processo de trabalho, mudaram em primeiro lugar o fluxo do usuário. Este era encaminhado anteriormente, da recepção da Unidade para o médico. Com o Acolhimento, o usuário é encaminhado para um dos profissionais da equipe que deverá fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, podendo ali mesmo resolver ou encaminhar para outro profissional. Esta alteração do fluxo e do processo de trabalho muda um pouco o papel da recepção, no sentido que esta deixa de ser um lugar de “poder”, ou seja, capaz de decidir sobre o acesso ou não do usuário, e passa a operar um trabalho de orientação ao fluxo dos usuários. O lugar de decisão passa a ser o Acolhimento, após a escuta do usuário e feita por pessoas ligadas à função assistencial. Isto significa que todos os usuários têm garantido o acesso e a Unidade passa a não trabalhar mais na lógica da “ficha” ou “senha” para obter atendimento. Para garantir a assistência ao usuário, que busca a Unidade ou a Equipe de Saúde da Família (ESF), em “demanda espontânea”, a agenda médica foi aberta para ofertar esta retaguarda ao Acolhimento, ficando previamente agendados apenas os retornos de consultas anteriores.

Com este reordenamento no processo de trabalho, foram observados os seguintes resultados nas Unidades de Saúde e ESF observadas: Os profissionais se viram mais envolvidos na assistência clínica aos usuários e perceberam que neste processo, há também uma valorização do seu trabalho e da sua função no serviço de saúde, sendo isto motivo de maior satisfação por parte dos trabalhadores. A escuta realizada no Acolhimento, aguçou a percepção dos problemas da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, envolvendo aí aqueles de origem sanitária e social. Em relação à acessibilidade dos usuários, estes tiveram o acesso ao serviço facilitado e atendimentos mais ágeis. Com todos os profissionais envolvidos no Acolhimento, isto é, na assistência direta ao usuário, há um aumento da oferta de serviços e por consequência, eliminou-se a fila noturna para atendimento. Dados demonstram que a equipe de Acolhimento tem resolvido em média 30% dos problemas de saúde, com recursos utilizados pela própria equipe, ou seja, sem nenhum tipo de encaminhamento. Enfim, este processo possibilitou maior aproveitamento da capacidade instalada.

Outras evidências de reorganização do processo de trabalho puderam ser verificadas, principalmente através da enfermagem, que está mais presente no processo decisório clínico e na assistência ao usuário. Para obter estes resultados, foi importante um relacionamento da equipe

durante o trabalho, baseado na interação, com trocas permanentes de saberes e fazeres. Isto é fundamental, pois os trabalhadores conformam uma dada “rede de petição e compromissos” durante o processo de trabalho, isto é, há uma interdependência entre cada um no exercício da sua função assistencial o que requer um ótimo relacionamento, com trocas de conversas durante o trabalho, o que leva ao aumento da resolutividade (Franco & Merhy, 2003). Observou-se maior sensibilidade dos profissionais para o cuidado aos usuários. Todo este processo aumentou a sensibilidade da equipe na percepção da sua clientela, tendo inclusive induzido à reavaliação do critério de risco para os usuários, procurando trabalhar uma idéia de múltipla determinação do mesmo, o que envolve por consequência, projetos terapêuticos que contemplem a multiplicidade de fatores determinantes do processo saúde-doença.

A segunda diretriz de reorganização do processo de trabalho foi o Vínculo. A idéia de vinculação de clientela à Equipe de Saúde da Família (ESF) já está bem enraizada entre todos os trabalhadores e usuários, por ser a principal diretriz do PSF. No entanto, o vínculo pressupõe a responsabilização da equipe, o que significa a garantia de acompanhamento dos projetos terapêuticos, o cuidado para que os usuários fortaleçam seu vínculo com a ESF.

Na grande parte dos serviços de saúde, os projetos terapêuticos se resumem a consultas, exames e retornos, com medicamentação excessiva dos usuários. Nestes casos, demonstra um processo de trabalho centrado no saber médico, e o cuidado ao usuário é realizado com base no ato prescritivo. Isto caracteriza um modelo assistencial centrado na produção de procedimentos e não na produção do cuidado. No entanto, se houver uma inversão das tecnologias de cuidado, buscando inserir nos projetos terapêuticos ações que transferem conhecimento ao usuário, elevem sua auto-estima, consigam incorporar toda sua vivência no processo terapêutico, fazendo-o também sujeito do seu estado de saúde, haverá a possibilidade de trabalhar a saúde com base em tecnologias leves, um processo mais relacional do que instrumental. Em muitos casos, isto significa elaborar projetos terapêuticos mais completos e cuidadores, centrado nas necessidades dos usuários e tendo-o como protagonista do seu processo de saúde. O objetivo com este processo é de que o usuário vá ganhando maiores graus de autonomia para viver a vida (Campos, 1997).

No momento, o “Acolher Chapecó” inicia um grande passo na sua continuidade, o de trabalhar a integralidade da atenção à saúde. Pretende-se estruturar as “linhas de cuidado” (Merhy & Cecílio, 2003; Franco & Magalhães, 2003) que se referem à construção de fluxos

seguros e facilitados de acesso e percurso dos usuários ao todos os serviços da rede de atenção à saúde. A construção das linhas de cuidado são estruturadas a partir dos projetos terapêuticos definidos de forma singular a cada usuário, tendo como estruturantes dos mesmos as suas necessidades. A gestão da linha do cuidado deverá se realizar pela Equipe de Saúde da Família ou Unidade de Saúde à qual o usuário está vinculado. Esta fará o seu acompanhamento, naquilo que foi estabelecido pelo projeto terapêutico, definindo assim um certo fluxo de acesso aos outros níveis de atenção à saúde. Da mesma forma, a equipe à qual o usuário formou seu vínculo, deverá monitorar a assistência que este está tendo e principalmente, acompanhar o retorno do mesmo, para que ela possa dar seqüência ao seu cuidado, pois o vínculo permanece sempre na equipe básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CAMPOS, G.W.W.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
- CECÍLIO, L.C.O.; *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*; Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.
- CECÍLIO, L.C.Ol (org) et all; “Inventando a Mudança na Saúde”; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
- FRANCO, T. B. & Merhy, E. E. ; O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP, in MERHY et al; *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; HUCITEC, São Paulo, 2003.
- FRANCO, T.B. E MAGALHÃES, JR.; *Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado* in Merhy et al “*O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*”; São Paulo, HUCITEC, 2003.
- FRANCO, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. *O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG)*; Cadernos de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.
- MERHY, E. E.; *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde, um desafio para o público*; HUCITEC, São Paulo, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; Programa de Saúde da Família - PSF; Brasília (DF) 1998.
- SILVA JR. A.G.; *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva*; Hucitec, São Paulo, 1998.

