
BRUNO FEITAL BARBOSA MOTTA

O ACOLHIMENTO INTEGRADO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
SECUNDÁRIA AO DIABÉTICO

Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Tavares Filgueiras

Juiz de Fora

2014

BRUNO FEITAL BARBOSA MOTTA

O ACOLHIMENTO INTEGRADO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
SECUNDÁRIA AO DIABÉTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia por Bruno Feital Barbosa Motta

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Stella Tavares Filgueiras

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Feital Barbosa Motta, Bruno.

O Acolhimento Integrado em um serviço de Atenção Secundária ao Diabético / Bruno Feital Barbosa Motta. -- 2014.
125 f. : il.

Orientador: Maria Stella Tavares Filgueiras
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

1. Saúde Coletiva. 2. Psicologia. 3. Humanização. 4. Integralidade em Saúde. I. Stella Tavares Filgueiras, Maria, orient. II. Título.

Bruno Feital Barbosa Motta

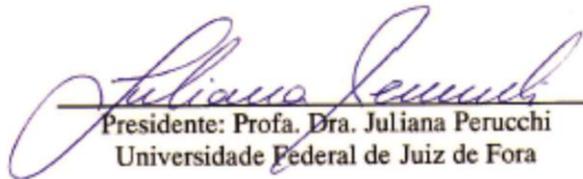
**O ACOLHIMENTO INTEGRADO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AO
DIABÉTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Bruno Feital Barbosa Motta

Dissertação defendida e aprovada em 21 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:



Orientador: Profa. Dra. Maria Stella Favares Filgueiras
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Profa. Dra. Juliana Perucchi
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Luciana Kind do Nascimento
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Agradeço a atenção da professora Dra. Stella, amiga e orientadora.

À professora Dra. Juliana Perucchi, quem sempre me inspirou e motivou a realização de um trabalho sério e destemido.

À professora Dra. Luciana Kind, por aceitar fazer parte de minha banca e me instigar ao questionamento das ideias fáceis de aceitar.

À professora Dra. Mônica Barros, que contribuiu para minha formação acadêmica, profissional e ética.

A todos os professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Também agradeço àqueles que aceitaram participar da pesquisa.

Aos amigos e à minha esposa, que tanto me apoiaram durante a execução desse trabalho e a todos os meus familiares: minha mãe Edna, meu pai Liércio, meus irmãos Liércio Jr. e Edlaine, e em especial, em memória, a minha vó Lourdes, que me ensinou o valor de cada segundo da vida.

A todos vocês, muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo investigar, a partir da visão dos trabalhadores e usuários, as possíveis modificações ocorridas nos processos de produção de saúde após a implantação do Acolhimento Integrado (AI), no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para tal, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, a qual realizou entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio e transcritas para avaliação através da Análise do Discurso, com os usuários, os trabalhadores de saúde e a chefia do Ambulatório de Diabetes. As entrevistas possibilitaram a identificação de práticas de Educação em Saúde no AI como o ponto de originalidade da ferramenta. Após sua execução foi verificada alterações nas relações entre usuários e equipe de saúde, gerando maior empoderamento dos atendidos, no que tange à elaboração de seu projeto terapêutico, devido ao espaço de trocas possibilitado pelo acolhimento. Minimizando a centralização dos processos de produção de saúde da figura do médico, verificou-se a reorganização do serviço com a alteração do fluxo de atendimento, aumento das trocas de informações e ampliação do acesso às áreas não médicas, gerando maior aproveitamento desses profissionais e a resolutividade das demandas dos atendidos. Pode-se considerar que a prática do acolhimento é válida e pode ser replicada em outros serviços de saúde, desde que conte com a participação ampla dos atores envolvidos nos cuidados em saúde e respeite as particularidades do local onde será executado. Todavia, essa ferramenta não pode ser entendida como algo capaz de solucionar todos os problemas dos usuários ou do serviço de forma isolada, uma vez que ela é uma prática em saúde, a qual deve se integrar as demais ações e diretrizes do SUS, visando à superação dos desafios da saúde pública brasileira. Entre os desafios que o AI precisa superar estão a ampliação e formalização das trocas de informações, rotatividade dos trabalhadores e o preparo da equipe para atuar no Ambulatório com a lógica de atendimento do Acolhimento Integrado.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Psicologia. Humanização. Acolhimento. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

This research has a purpose of investigate, from the workers and users vision, the possible changes occurred on production methods of health after the establishment of integrated user embracement on Diabetes Clinic of The University Hospital of Juiz de Fora. For this a qualitative review was developed which conducted semi structured interviews with users, health workers and headship of Department of Diabetes, recorded on audio and transcribed for evaluation by Discourse Analysis. The interviews allowed the identification of practices of Health Education in integrated user embracement as the point of originality of the implement. After his execution, changes in the relationships between users and health workers were verified, creating a great patient empowerment, regarding the development of his/her treatment plan, due to space exchanges made possible by user embracement. Minimizing the centralization of production processes of health on the doctor, there was a reorganization of the service to change the flow of care, increase the exchange of information and increased access to non-medical areas, creating greater utilization of these workers and solving the demands of patients. It Can be considered that the practice of user embracement is valid and it can be replicated in other health services, but it must rely on the broad participation of those involved in health care and respect the particularities of where the work will be done. However, this tool can't be understood as something capable of solving all the problems of users or the service in isolation, and it is a practice in health, which must integrate with the other actions and policies of single health system (SUS, aiming at overcoming the challenges of Brazilian public health). Among the challenges that the integrated user embracement needs to overcome are the expansion and formalization of information exchange, instability of workers in their positions and the preparation of the group to work at the Clinic with the logic of the integrated user embracement.

Keywords: Public Health. Psychology. Humanization. User Embracement. Integrality in Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos artigos por ano relacionados ao tema <i>Acolhimento</i> encontrados na base de dados Lilacs, no período de 2001 a 2011	21
Tabela 2. Distribuição dos artigos incluídos após a busca realizada na base de dados Lilacs, utilizando o descritor <i>Acolhimento</i> , segundo o nível de atenção à saúde	22
Tabela 3. Distribuição dos temas mais recorrentes associados ao <i>Acolhimento</i> encontrados na base de dados Lilacs	23
Tabela 4. Distribuição dos artigos incluídos após a busca realizada na base de dados Lilacs, utilizando o descritor <i>Acolhimento</i> , segundo o método de pesquisa utilizado	23
Tabela 5. Distribuição dos artigos, segundo os atores entrevistados para produção da pesquisa qualitativa, incluídos após a busca realizada a base de dados Lilacs, utilizando-se o descritor <i>Acolhimento</i>	24
Tabela 6. Distribuição da escolaridade dos usuários participantes da pesquisa.....	89
Tabela 7. Distribuição dos usuários entrevistados por ocupação	90
Tabela 8. Distribuição das áreas acessadas pelos usuários entrevistados até o dia da entrevista.....	90

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
Apêndice 2 – Entrevistas Semiestruturadas	118

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 –	Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	121
Anexo 2 –	Formulário para o Acolhimento Inicial.....	123
Anexo 3 –	Formulário para o Acolhimento de Retorno	125

LISTA DE ABREVIATURAS

AD	Análise do Discurso
AI	Acolhimento Integrado do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF
ADA	American Diabetes Association
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAS	Centro de Atenção à Saúde
CTH	Câmara Técnica de Humanização
DM	Diabetes mellitus
DM1	Diabetes mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes mellitus Tipo 2
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MS	Ministério da Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
ProDia	Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCCM	Society of Critical Care Medicine
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônica Por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

Resumo	iv
Abstract	v
Lista de Tabelas	vi
Lista de Apêndices	vii
Lista de Anexos	viii
Lista de Abreviaturas	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. VERIFICANDO ALGUNS IMPORTANTES ELEMENTOS EM HUMANIZAÇÃO E SAÚDE COLETIVA	7
2.1 Humanização em debate	7
2.2 Observando a humanização da Política Nacional de Humanização um pouco mais de perto	9
2.3 Integralidade: um princípio que não deve ser esquecido	12
2.4 O acolhimento: a tecnologia leve e a diretriz da Política Nacional de Humanização	15
3 O ACOLHIMENTO NOS ÚLTIMOS ANOS - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DO TEMA	19
3.1 Resultado da busca	20
3.2 Discussão da revisão sistemática	24
3.3 Alguns apontamentos após a revisão bibliográfica	27
4 MÉTODO	30
4.1 Objetivos	30
4.2 Descrição do tipo de pesquisa	31
4.3 Produção de dados	31
4.3.1 Análise documental/bibliográfica	31
4.3.1.1. <i>Procedimento documental do estudo</i>	32
4.3.2 Entrevistas	33
4.3.2.1 <i>Análise das entrevistas</i>	34
4.3.2.2 <i>Participantes</i>	40
4.3.2.3 <i>Procedimentos para realização das entrevistas</i>	41
4.4. Aspectos éticos	43
4.5. Desafios do método empregado	43

5 A PESQUISA SOBRE O ACOLHIMENTO INTEGRADO NO AMBULATÓRIO DE DIABETES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	45
5.1 Breve contextualização histórica do Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	45
5.2 O Processo de construção do acolhimento integrado no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	48
5.3 Dados produzidos nas entrevistas	50
5.3.1 Dados produzidos com a chefe do ambulatório	50
5.3.1.1 <i>Perfil da chefe do ambulatório</i>	51
5.3.1.2 <i>Apresentação dos recortes das falas e análise do discurso da chefe do ambulatório</i>	51
5.3.1.2.1 A montagem do serviço de atenção ao diabético	52
5.3.1.2.2 O embasamento teórico e prático do serviço	53
5.3.1.2.3 A influência política da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre o ambulatório	54
5.3.1.2.4 O desafio da distância entre os saberes	55
5.3.1.2.5 A divisão das responsabilidades nos cuidados em saúde	56
5.3.1.2.6 As disputas pelo espaço físico	57
5.3.1.2.7 A construção do acolhimento integrado e a descentralização da gestão do serviço	59
5.3.1.2.8 A escuta nos processos de produção de saúde do ambulatório	60
5.3.1.2.9 O desafio do acolhimento integrado no auxílio à consolidação das trocas entre a equipe	62
5.3.1.2.10 A rotatividade dos integrantes do ambulatório	64
5.3.2 Dados produzidos com trabalhadores de saúde do ambulatório	65
5.3.2.1 <i>Perfil dos trabalhadores de saúde do ambulatório entrevistados</i>	65
5.3.2.2 <i>Apresentação dos recortes das falas e análise do discurso dos trabalhadores de saúde</i>	66
5.3.2.2.1 A primeira impressão dos trabalhadores ao chegarem ao ambulatório	67
5.3.2.2.2 A estrutura física e os processos de produção de saúde	68
5.3.2.2.3 As principais atividades de cuidado em saúde desenvolvidas antes do acolhimento integrado	69
5.3.2.2.4 O aproveitamento dos trabalhadores de saúde anteriormente ao acolhimento integrado	70
5.3.2.2.5 A realização de consultas sem a certeza da demanda	71
5.3.2.2.6 Os intercâmbios de encaminhamentos antes do acolhimento integrado	73
5.3.2.2.7 A repetição de procedimentos	74
5.3.2.2.8 A construção do acolhimento integrado	74
5.3.2.2.9 As trocas entre a equipe após o acolhimento integrado	75
5.3.2.2.10 O fluxo de atendimentos após o acolhimento integrado	77
5.3.2.2.11 O aproveitamento das especialidades do projeto após o acolhimento integrado	78
5.3.2.2.12 A responsabilização sobre as demandas apresentadas pelos usuários	79
5.3.2.2.13 O Acolhimento e as práticas de educação em saúde	79
5.3.2.2.14 A alteração do modelo de saúde centrado na figura do médico	80

5.3.2.2.15	A necessidade de melhoria nas trocas entre os integrantes da equipe	82
5.3.2.2.16	A identificação de falhas na resolutividade das demandas dos usuários	83
5.3.2.2.17	O tempo na realização das consultas	84
5.3.2.2.18	A rotatividade dos integrantes do ambulatório	84
5.3.2.2.19	Os desafios da formação em saúde	85
5.3.2.2.20	A humanização no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	86
5.3.2.2.21	A satisfação dos trabalhadores de saúde na atuação no ProDia	87
5.3.3	<i>Dados produzidos com usuários do ambulatório</i>	88
5.3.3.1	<i>Perfil dos usuários entrevistados</i>	89
5.3.3.2	<i>Apresentação dos recortes das falas e análise do discurso dos usuários</i>	91
5.3.3.2.1	A rotina de atendimento antes da execução do acolhimento integrado	91
5.3.3.2.2	Os intercâmbios de encaminhamentos antes do acolhimento integrado	93
5.3.3.2.3	O acolhimento Integrado como espaço de recepção e trocas	93
5.3.3.2.4	O acolhimento e a possibilidade de identificação de demandas	94
5.3.3.2.5	As alterações no tratamento após a implementação do acolhimento integrado	96
5.3.3.2.6	O desejo de ser atendido somente pelo médico	97
5.3.3.2.7	As críticas ao tempo de espera no projeto	97
5.3.3.2.8	As críticas ao espaço de tempo no retorno das consultas	98
5.3.3.2.9	As críticas feitas ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	99
6	DISCUSSÃO	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	115
	ANEXOS	120

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de algumas décadas é possível identificar o desafio da saúde pública brasileira na busca da qualificação dos serviços ofertados. A Constituição de 1988, que ficou conhecida como *constituição cidadã*, prevê, em seu artigo 196, que a saúde seja um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2013, p. 58). Contudo, oferecer esse modelo de saúde nos dias atuais é um desafio para o Estado. Segundo Macedo e Dimenstein (2009), a qualidade de atenção em saúde toca não apenas uma dimensão técnica, mas também ético-política, impactando desde a organização da equipe até a produção de subjetividade desses trabalhadores.

O Ministério da Saúde ([MS], 2008) reconhece que, apesar dos avanços na saúde pública, como a descentralização, a regionalização da atenção e a gestão em saúde, é necessário superar desafios para melhorar a qualidade do serviço público. Entre os desafios estão: a fragmentação das práticas de produção de saúde; a dificuldade de acesso; o despreparo dos profissionais para lidar com as dimensões sociais e subjetivas nos cuidados em saúde; e o fraco vínculo entre trabalhador de saúde e usuários (MS, 2008).

Na luta pela qualificação do serviço de saúde, Teixeira (2003) destaca a importância da qualificação da porta de entrada dos serviços de saúde. Nesse sentido, o acolhimento ganha papel fundamental na medida em que possibilita a formação do vínculo, a responsabilização e a mudança nas relações de poder entre usuários e trabalhadores de saúde.

Na busca pela qualificação do serviço oferecido no Ambulatório de Diabetes [ProDia] do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), foi implantado, em setembro de 2009, o Acolhimento Integrado. Sua base teórica vai ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização [PNH], dos princípios do SUS e da concepção de “trabalho vivo em ato” (Merhy & Onocko, 1997, p. 12).

O Acolhimento, nesse Serviço, não se restringe a uma área de saúde específica, podendo ser realizado por qualquer trabalhador do Ambulatório, independente de sua especialidade. No momento do Acolhimento, o trabalho do profissional de saúde parte da escuta interessada, que vai além de sua especialidade, voltando sua atenção para as necessidades do usuário de forma integral. O trabalhador de saúde passa a se colocar ao lado do usuário e da equipe interdisciplinar, tendo como principal orientação, para o atendimento, a comunicação (fala, gestualidade, sintomas, olhares, etc) daquele que procura o serviço de saúde. O profissional envolvido no Acolhimento deve se ater à demanda do usuário, visando a resolutividade do problema apresentado. Com o atendimento usuário-centrado proposto pelo Acolhimento, busca-se o fim da polarização da responsabilidade do tratamento na figura do profissional de saúde, para propor a corresponsabilização entre equipe de saúde e usuário (Pasche, 2010).

A preocupação com a interdisciplinaridade e a integralidade do atendimento ao diabético faz-se fundamental dadas as peculiaridades dessa enfermidade. O *diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica que requer cuidados contínuos, como monitoramento da glicemia e mudanças no estilo de vida, visando à prevenção de riscos à saúde decorrentes da doença. De acordo com Juliano e Costa (2011), o DM “deve ser visto como um grupo de transtornos metabólicos de etiologia diversa, conseqüentes a deficiência absoluta ou relativa de insulina, cujo resultado final é o aumento da glicemia” (Juliano & Costa, 2011, p. 49).

A *American Diabetes Association* ([ADA], 2012) classifica o diabetes mellitus em quatro classes clínicas: o diabetes tipo 1; o diabetes tipo 2; o diabetes gestacional; e os outros tipos específicos de diabetes. O diabetes tipo 1 (DM1) corresponde a cerca de 5% a 10% dos casos da doença. Ele ocorre em consequência da “destruição autoimune ou idiopática das células beta das ilhotas pancreáticas, geralmente levando a absoluta deficiência de insulina” (ADA, 2012, p. 11, tradução nossa). Embora tenha maior incidência em sujeitos magros e com idade igual ou inferior a 30 anos, pode ter início em qualquer fase da vida, acometendo também sujeitos obesos. Nesse tipo de diabetes, é evidenciada a necessidade da insulinoterapia desde o seu diagnóstico. Ainda que exista a suspeita de relação com fatores genéticos, tipo de amamentação e outros, não é possível estabelecer uma conclusão sobre quais mecanismos, precisamente, levam ao desencadeamento desse tipo de diabetes (ADA, 2012; Juliano & Costa, 2011; Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2009).

O diabetes tipo 2 (DM2), correspondente a cerca de 90 % dos casos de diabetes. Deriva de um progressivo defeito na ação e na secreção de insulina, resultando na resistência dos tecidos à ação deste hormônio. Esse tipo de DM pode estar associado, ou não, à queda da

produção de insulina. Além dos fatores genéticos, o diabetes tipo 2 apresenta estreita relação com estilo de vida sedentário, má alimentação e, conseqüentemente, com a obesidade. Assim, como o diabetes tipo 1, o DM2 pode ocorrer em qualquer fase da vida. Entretanto, a doença aparece com maior frequência após os 40 anos em pessoas com obesidade ou sobrepeso. (ADA, 2012; Juliano & Costa, 2011; SBD, 2009). Já o diabetes gestacional é entendida como qualquer grau de intolerância à glicose diagnosticada durante a gravidez. É importante ressaltar que nesse tipo de diabetes não são incluídos os casos desenvolvidos antes da gravidez. Ele ocorre em 1% a 14% de todas as gestações. Na maioria dos casos, existe a reversão do quadro após a gestação. Todavia, mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional possuem maior risco de desenvolver a DM2 futuramente (ADA, 2012; Juliano & Costa, 2011; SBD, 2009).

Os outros tipos específicos de diabetes dizem respeito a formas menos comuns da doença. Em geral, são resultantes de outras causas, como por exemplo, em decorrência do uso de medicamentos hiperglicemiantes, endocrinopatias, defeitos genéticos das células pancreáticas, entre outros (Juliano & Costa, 2011; SBD, 2009).

Aproximadamente dois terços dos portadores de diabetes mellitus vivem nos países em desenvolvimento, o que gera um problema socioeconômico, uma vez que os gastos com a saúde dos sujeitos diabéticos são de duas a três vezes maiores do que os dispensados com aqueles que não possuem a doença. As despesas com internações, uso contínuo de medicação e demora no controle da enfermidade após sua descoberta são fatores que influenciam no custo elevado do tratamento do *diabetes mellitus* (Castro, Souza, & Costa, 2011; Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004).

No Brasil, a taxa percentual de diabéticos adultos também é crescente. Cerca de 7,6% da população brasileira era diabética em 1980. Os estudos mais recentes indicam o crescimento dessa fatia da população em cerca de 12% a 13,5% (SBD, 2009). Já a pesquisa do Ministério da Saúde (2012), realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (Vigitel) nas 26 capitais do Brasil mais o Distrito Federal, apontou que o “diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 5,6%, sendo de 5,2% entre homens e 6,0% entre mulheres” (MS, 2012, p.105). O estudo também apontou a relação positiva entre baixa escolaridade e o diagnóstico de diabetes. A maior frequência da doença foi encontrada em sujeitos com máximo de oito anos de escolaridade.

Entretanto, os números apresentados por pesquisas relacionadas ao quantitativo de sujeitos diabéticos oferecem, em geral, valores subestimados. Isso acontece porque o diabetes pode se desenvolver silenciosamente, ou seja, de forma assintomática. Com isso, o sujeito

corre o risco de ser diabético, não sentir os sintomas, e, conseqüentemente, não relatar a doença nas entrevistas de sondagem epidemiológica, pois ainda não teve a enfermidade diagnosticada. Esse problema implica em desafios para saúde pública em relação ao planejamento de estratégias de prevenção da doença. Por isso, a realização de exames periódicos torna-se importante no cuidado ao diabetes.

Certamente, pensar no cuidado de uma doença como o diabetes, na qual o sujeito apresenta descontrole dos níveis glicêmicos, seja por fatores genéticos na produção de insulina e/ou a absorção de glicose, por hábitos físicos sedentários ou alimentação incorreta, nos leva, forçosamente, a pensar em um tratamento que não seja voltado apenas para os fatores biológicos da doença.

Além do uso de medicações, o tratamento do diabetes envolve modificações na rotina do sujeito. A redução no consumo de alimentos que podem levar à hiperglicemia e a cobrança pela prática de exercícios físicos são elementos que atingem não apenas o organismo, mas as relações sociais do diabético. Para lidar com isso, é necessário incorporar as dimensões psíquicas e sociais ao tratamento.

Desde seu diagnóstico, o diabético pode vivenciar sentimentos diversos como “regressão, perda da autoestima, insegurança, ansiedade, negação da situação apresentada e depressão” (Graça, Burd, & Melo-Filho, 2007, p. 205). Para Graça et. al. (2007), a forma como cada sujeito vai responder à nova condição de saúde dependerá de sua estrutura psíquica. Nesse momento, não apenas a contribuição do profissional de psicologia será importante, mas também a de outros atores sociais que convivem com o diabético, entre eles, os familiares, os amigos, professores, etc.

O tratamento do diabetes implica na produção de subjetividade no sentido de impulsionar o usuário ao papel de protagonista em seus cuidados em saúde. Nessa direção, ganha ênfase o trabalho de Educação em Saúde de forma interdisciplinar, munindo aqueles que estão em tratamento de informações sobre o Diabetes e sobre a importância da atenção à saúde de modo plural. Dessa forma, busca-se não apenas o controle da enfermidade mas a melhora da qualidade de vida desses sujeitos (Castro, Novo-Jr, & Costa, 2011). Todavia, oferecer um serviço voltado para os aspectos biopsicossociais, pautado na Educação em Saúde, exige uma mudança de paradigmas reducionistas e fragmentários, visando a ampliação da qualidade do atendimento. Por isso, práticas de atenção e cuidado, pautados em ações como o acolhimento, vem ganhando espaço e relevância nas discussões sobre saúde pública.

Face a este cenário, a presente investigação propõem um debate sobre saúde coletiva e humanização realizando uma revisão bibliográfica sobre o tema e uma pesquisa qualitativa

que explora o Acolhimento Integrado ao diabético no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. A pesquisa teve como objetivo geral investigar, a partir da visão dos trabalhadores e usuários, as possíveis modificações ocorridas no processo de produção de saúde do diabético após a implantação do Acolhimento Integrado no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Como objetivos específicos, busca-se: estudar possíveis alterações quanto ao nível de satisfação e produtividade dos trabalhadores de saúde após a operacionalização do Acolhimento Integrado; investigar se houve ampliação do acesso do usuário a intervenções com as especialidades participantes do Ambulatório; conhecer as possíveis contribuições do Acolhimento Integrado na dinâmica interdisciplinar do Serviço; e, finalmente, ponderar a importância do Acolhimento Integrado no tratamento do diabético e na resolutividade de suas demandas.

Para dar conta desses objetivos a disposição dos temas deu-se na seguinte ordem: o primeiro capítulo apresenta o problema de pesquisa, questões sobre a saúde coletiva e o acolhimento, ligados ao tratamento do diabetes. Já o segundo capítulo propõe um debate sobre humanização, integralidade e as tecnologias em saúde. Para essa discussão foram utilizados textos oficiais do Ministério da Saúde, livros e artigos ligados ao assunto estudado. O terceiro capítulo dá destaque à revisão sistemática de artigos feita com o descritor “acolhimento” na base de dados Lilacs. Esse capítulo trata das publicações de artigos científicos relacionados aos temas acolhimento e PNH nos últimos anos. O quarto capítulo discorre sobre o método empregado para a realização da pesquisa com trabalhadores de saúde e usuários do Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Em seguida, o quinto capítulo apresenta os dados produzidos em “campo” através da investigação sobre o histórico do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF e as entrevistas realizadas com trabalhadores e usuários do Serviço. A discussão sobre os dados da investigação vem desenvolvida no sexto capítulo. Por fim, são apresentadas as considerações finais do trabalho, compondo o sétimo capítulo da dissertação.

Entende-se que essa pesquisa apresenta relevância social uma vez que visa estimar o valor de uma ferramenta que busca melhorias para o serviço de saúde pública, escutando aqueles que estão na ponta dos processos de produção de saúde. Entrevistando trabalhadores e usuários, a investigação pretendeu capturar a visão daqueles que estão no cotidiano dos cuidados do Serviço, com vistas a servir de referência para novas experiências de qualificação no atendimento em saúde, bem como um possível modelo para outros estudos e intervenções.

O valor acadêmico e científico da pesquisa consiste na divulgação dos achados em simpósios, congressos e periódicos científicos, buscando ampliar o conhecimento sobre o assunto.

2. VERIFICANDO ALGUNS IMPORTANTES ELEMENTOS EM HUMANIZAÇÃO E SAÚDE COLETIVA

Para a melhor compreensão de alguns conceitos que nortearam o presente estudo, esse tópico realiza uma exposição pontual de temas da saúde coletiva, a humanização e os processos de produção em saúde. Nesse sentido, foram levantados aspectos relevantes sobre o histórico da humanização, bem como a reflexão sobre outros temas ligados a ela como a integralidade e os conceitos de tecnologia em saúde.

2.1 Humanização em debate

Com objetivo de “qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde” (Pasche & Passos, 2010, p. 6), a Política Nacional de Humanização foi criada no ano de 2003. Entretanto, é inegável o fato de que, tanto o debate sobre o tema humanização, quanto as tentativas de implantação de ‘práticas humanizadas em saúde’ já estavam em curso antes dessa data.

M. C. Oliveira e Macedo (2008), em uma breve contextualização histórica dos conceitos e considerações sobre a humanização, destacam que, desde 1940, a sociologia médica norte-americana já contribuía para o debate do tema, enfatizando questões como a formação médica e as relações entre médicos e os doentes. Pontos que, mais tarde, seriam agregadas ao debate sobre atenção humanizada em saúde.

Seguindo em seu sobrevoo histórico, as autoras chamam atenção para o caráter de ‘boa ação’ associado ao tema entre os anos de 1950 até 1980. Nesse período, aquele que recorria aos serviços de saúde era visto como um sujeito passivo, frágil e vulnerável, que contava com a caridade do médico.

De forma mais pontual, pode ser destacado ainda o simpósio *Humanizing Health Care* realizado em São Francisco, nos Estados Unidos, no ano de 1972. No evento, foram discutidos aspectos como a formação médica e a relação desses profissionais com seus pacientes; os fatores subjetivos envolvidos no tratamento; as relações de poder na tomada de decisões; e a produção do cuidado (Oliveira, M. C. & Macedo, 2008).

Já nos anos 90, merece destaque a elaboração das diretrizes para implantação de programas de humanização, realizada pela *Society of Critical Care Medicine* (SCCM). As direções, elaboradas a partir da colaboração de diversos profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), apresentavam-se como uma resposta à preocupação com o atendimento humanizado dos pacientes nesse setor. Entre suas premissas, pode-se destacar: a preocupação com a individualidade de cada atendido; a preocupação com a relação entre humanização e segurança do paciente; preservação da autonomia do usuário e sua família; e o respeito à privacidade de familiares e pacientes (Knobel, Novaes, & Bork, 1998).

No Brasil, o tema já era pautado pelo movimento feminista, desde os anos 60, com a luta pela humanização do parto e o direito reprodutivo das mulheres (Benevides & Passos, 2005b; Deslandes, 2004). De acordo com Benevides e Passos (2005b), o movimento do qual a ideia de humanização adveio “se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980” (Benevides & Passos, 2005b, p. 390).

Ainda anteriormente a PNH, é possível observar a proposição de ações e programas do Ministério da Saúde relacionados à humanização, como por exemplo: a Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, (desenvolvida entre 2000 e 2002); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999); o Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); a Norma de Atenção Humanizada de Recém Nascido de Baixo Peso (2000), dentre outros (Benevides & Passos, 2005b). Todavia, esses programas desenvolviam-se de forma fragmentada, evidenciando o modo vertical e pouco horizontal dessas ações dentro do Ministério da Saúde e do SUS, contribuindo para a banalização do tema e das propostas de humanização (Benevides & Passos, 2005a).

Entre os programas e ações ministeriais acima referidos, merece destaque a Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). Lançada em 2000, ela se destaca pelo fato de buscar a promoção de uma “nova cultura no atendimento a saúde” (Deslandes, 2004, p. 8), objetivando melhor relação entre trabalhadores de saúde e usuários. É válido ressaltar que muitas das definições e apontamentos da PNHAH foram incorporadas à PNH. Entre elas, a qualificação da comunicação entre usuário, profissional de saúde e familiares,

visando também à construção da comunicação institucional no serviço de saúde e a melhora das condições de trabalho do cuidador (Martins & Macedo, 2008; Oliveira, M. C. & Macedo, 2008).

2.2 Observando a humanização da Política Nacional de Humanização um pouco mais de perto

Diferentemente da PNHAH, a PNH amplia a prática da humanização para além do ambiente hospitalar, atingindo toda a rede SUS. Antes mesmo de ser um *programa* que deve ser aplicado nos diversos serviços de saúde, ela deve ser entendida como uma política transversal. Segundo o próprio Ministério da Saúde (2004), entende-se como política transversal “um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (Ministério da Saúde, 2004, p. 7).

Outro ponto de diferenciação entre a PNH e a PNHAH é a extensão da responsabilidade de ações humanizadas às “práticas de gestão”. É válido destacar que a realização de práticas de gestão não envolvem apenas os gestores, mas também os profissionais de saúde na cogestão do serviço, buscando a resolução de problemas e a melhora na qualidade do atendimento.

Para Campos (2005), a humanização no SUS depende “do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada” (Campos, 2005, p. 399) e de sua réplica no cotidiano, em cada encontro do trabalhador de saúde e usuário. A reunião entre os atores envolvidos no processo de produção de saúde, permeado pela comunicação, visa à ampliação do poder do usuário. Com isso, o sujeito, nas práticas de produção de saúde, não será reduzido a um objeto a ser manipulado por técnicas especializadas ou pela saúde pública.

Ainda em Campos (2005), destaca-se que a humanização encontra-se ligada, de forma estreita, a outros dois conceitos: o de *defesa pela vida* e o de *Paideia*. A defesa pela vida por ser uma meta para qualquer programa ou política de saúde. Já Paideia, pelo fato de direcionar o pensamento para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam trabalhadores de saúde, doentes ou cidadãos. Nessa forma de pensamento, “o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade de vida para sujeitos concretos” (Campos, 2005, pp. 399-400).

Todavia, mudanças como essas dependem de transformações pessoais de valores, desalienação e formação (Campos, 2005; Deslandes, 2005). Nesse sentido, humanizar deixa de ser apenas a bondade, a filantropia, para se tornar um conjunto de práticas de organização do serviço e alterações nas relações de poder em saúde, preocupado também com a produção de subjetividade.

Através da leitura dos documentos oficiais da PNH (MS, 2004; MS, 2008; MS, 2010), é possível notar que a humanização, dentro da política, não se coloca como um conceito, mas sim, como um conjunto de ações amplas. Dentre elas, podem ser destacados: a oferta de atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com a melhoria de ambientes e a condição de trabalho; a preocupação com a dimensão subjetiva e social nas práticas de saúde; o estabelecimento de vínculos solidários; a valorização dos diferentes sujeitos no processo de gestão e produção de saúde; e a busca pela ampliação da corresponsabilização entre os atores envolvidos no cuidado em saúde (Ministério da Saúde, 2004).

A não conceituação de humanização permite que as práticas em saúde não sejam cristalizadas ou engessadas. Essa liberdade possibilita, por exemplo, que o trabalho de humanização, desenvolvido em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma cidade do interior de Minas Gerais, leve em consideração peculiaridades da comunidade na qual o serviço está inserido, embasando-se no saber técnico dos diversos profissionais de saúde e nos desejos e demandas dos usuários daquela região. Entretanto, o sucesso dessas UAPS não força, necessariamente, que outras UAPS do interior de Minas sigam passos exatamente iguais aos da Unidade que obteve êxito nas práticas humanizadoras. Vale lembrar que a própria concepção de sucesso pode variar dependendo dos objetivos da gestão. Dessa forma, a humanização torna-se um norteador para a qualificação do serviço, não uma regra rígida.

No entanto, existem também aspectos negativos decorrentes da imprecisão do conceito de humanização. Deslandes (2005) destaca que a opção semiótica e política da humanização traz consequências que, no mínimo, apresentam-se como desafios para a humanização desejada pelo Ministério da Saúde. O não fechamento do conceito impossibilita a formação de uma *imagem objetivo*, fazendo com que seja possível não só sua associação a ideais que, no passado, se relacionavam à humanização, como por exemplo, o voluntarismo, o assistencialismo ou o tecnicismo, como também a confusão do conceito de humanização com outros princípios do SUS, entre eles, a integralidade (Benevides & Passos, 2005b; Deslandes, 2005).

Rebatendo as críticas feitas por Benevides e Passos (2005b) sobre a possível dificuldade de distinção entre a humanização e a Integralidade, embora reconhecendo a ambiguidade que permeia esses conceitos, Campos (2005) afirma que a “integralidade nos remete para o mundo dos sistemas de saúde, integração entre saberes e técnicas” (Campos, 2005, p. 399), já a humanização fala-nos diretamente sobre os seres humanos.

O desafio conceitual da humanização na PNH acaba refletindo em outro impasse, o metodológico. Para Benevides e Passos (2005b), sintonizar *o que fazer* com o *como fazer* é um gargalo para efetivação da política. Os autores questionam como seria possível fazer a inversão proposta pela política de humanização. A inversão do *modus operandi* fragmentado e fragmentador é marcado pela lógica da especialização, de forma que a prática da humanização não se torne ampla e genérica ou rígida e utópica.

Apesar das críticas relacionadas ao desafio metodológico da PNH, em 2008, o Ministério da Saúde, no capítulo sobre o método, do Documento Base para Gestores e trabalhadores do SUS, discorre sobre as formas teóricas e práticas do “como fazer” a implementação da política. O documento enfatiza que o HumanizaSUS “caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos” (MS, 2008, p. 24). Nele, a PNH segue o “método da tríplice inclusão” (MS, 2008, p. 24), que diz respeito a: inclusão de diversos sujeitos, sejam ele usuários, trabalhadores de saúde ou gestores, na tarefa da autonomia e corresponsabilização; inclusão dos analisadores sociais, os fenômenos que “desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança” (MS, 2008, p. 25); e a “inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular e sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal” (MS, 2008, p. 25). Para a operacionalização do “método da tríplice inclusão”, a PNH aponta as rodas de conversas, as análises coletivas dos conflitos e o fomento das redes. Nesse sentido, as “pressões e exigências oriundas da gerência, de outras unidades de produção ou mesmo de usuários podem funcionar como poderoso antídoto contra o corporativismo, a burocratização ou o fechamento em departamentos” (Campos, 2000, p.119).

Além do método, a PNH se estrutura a partir de princípios, diretrizes e dispositivos. Os princípios, descritos pelo Ministério da Saúde como “causa força ou ação que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas” (MS, 2008, p. 23), sustentam-se nos seguintes tópicos: a transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos nas diretrizes (MS, 2008).

As diretrizes, entendidas como orientações gerais da política, apontam para: clínica ampliada; cogestão; valorização do trabalho; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador da saúde; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; e construção da memória do “SUS que dá certo” através de mostras de práticas exitosas na rede pública de saúde entre outras práticas (MS, 2008).

Por fim, os dispositivos, compreendidos como “a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho” (MS, 2008, p. 26), buscam o envolvimento de coletivos na promoção de mudanças no modelo atenção e gestão. A PNH assinala os seguintes dispositivos: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); colegiado gestor; contrato de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.; visita aberta e direito à acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial; projetos cogерidos de ambiência; acolhimento com classificação de riscos; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; e projeto memória do SUS que dá certo.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera: reduzir as filas, ampliar acesso e aumentar a resolutividade dos casos; estreitar a relação entre usuários e trabalhadores de saúde; garantir os direitos dos usuários do SUS; ampliar a participação de rede sociofamiliar dos usuários; expandir as práticas de cogestão, incentivando a maior participação dos trabalhadores de saúde no trabalho de gestão e o controle social com a participação dos usuários; ampliar as atividades de valorização do cuidador; e obter subsídios para avaliar o serviço de saúde.

Todavia, embora ampla, a PNH sozinha não é capaz de resolver todos os problemas da saúde pública. Por isso, se faz necessário sua articulação com outros conceitos em saúde e com as diretrizes do SUS.

2.3 Integralidade: um princípio que não deve ser esquecido

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde de 1990, está a integralidade. Ela vem sendo debatido desde a sua implementação por vários autores, levando a uma gama de conceituações do termo. Por isso, a integralidade se

apresenta hoje como um princípio polissêmico, ou seja, com muitos sentidos, e seus vários conceitos e sentidos influenciam na criação de uma nova construção de integralidade.

É justamente pela faculdade polissêmica e polifônica da integralidade que muitos autores, entre eles Rubem Araújo de Mattos, destacam a importância de tratá-la como uma bandeira de luta, uma “imagem objetivo” (Mattos, 2009, p. 45). Pode-se entender imagem objetivo como “certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável.” (Mattos, 2009, p. 45). Ela tem o propósito de diferenciar o que se espera do que se têm. Nesse sentido, a integralidade é um conjunto de “valores pelos quais vale a pena lutar, uma vez que se ligam ao ideal de uma formação social mais justa e solidária” (Mattos, 2009, p. 45). Ela constitui também como importante ferramenta no combate à injustiça, resultante da formação social brasileira. Camargo-Jr. (2009) aponta para o curioso fato da integralidade ser uma palavra que não pode ser chamada de conceito, e que deve, no máximo, ser considerada como uma rubrica conveniente para agrupar tendências cognitivas e políticas com alguma sobreposição e, ao mesmo tempo, sem articulação completa.

Para Mattos (2009), a integralidade pode ser dividida em três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro, em um campo *micro*, que se liga a atributos da boa prática do profissional de saúde; o segundo diz respeito à organização de serviços de saúde; e o terceiro prende-se às respostas do governo quanto aos problemas específicos de saúde. Segundo o autor, independente do conjunto de significados que a integralidade tenha, ela sempre converge para um ponto comum: o da abertura para o diálogo e a recusa ao reducionismo e à objetivação. Ao enfatizar que a prática não se pautar no reducionismo, Mattos debruça-se sobre a ideia de que as necessidades de serviços assistenciais não devem se limitar ao atendimento oportuno de sofrimentos, às necessidades de informações ou sejam passíveis de resolução por uma única disciplina. Desse modo, a resposta a qualquer queixa, seja ela feita ao profissional, ao serviço de saúde ou ao Estado, sempre deve abranger as mais diversas dimensões do problema.

Mattos (2009, p. 52) ainda destaca que, independente do plano que o profissional de saúde atue, seja ele na relação pessoal com o usuário, na organização do serviço e suas especialidades ou no planejamento de políticas públicas de saúde, ele deve reconhecer que o paciente é “mais do que aparelho ou sistema biológico com lesões e disfunções” a ser silenciado com dispositivos e técnicas disponíveis. Assim, a integralidade deixa de ser um princípio a ser pensado apenas de forma teórica, para ganhar força e importância na prática do trabalho em saúde. As modificações sugeridas pelo trabalho pautado na integralidade, voltado

contra os reducionismos, podem ser vistas como primeiro passo para a concretização do trabalho interdisciplinar. Dessa maneira, desloca-se a atenção de um foco especializado, *uno disciplinar*, para o interdisciplinar.

A integralidade, em conjunto com a universalidade e a equidade, constitui aquilo que Cecílio (2009) designa como signo capaz de expressar e traduzir o ideal da Reforma Sanitária Brasileira. O autor ainda destaca que esse conjunto leva a enxergar a imbricação entre *micropolíticas* e *macropolíticas*. Segundo o estudioso, compreender essa sobreposição acarreta “importantes implicações na organização de nossas práticas” (Cecílio, 2009, p. 117).

De forma *micro*, em um primeiro momento, a integralidade deve ser resultado do trabalho conjunto e junção de vários saberes em um espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Esse movimento de “integralidade focalizada” (Cecílio, 2009, p. 120) permite que o serviço de saúde possa considerar aspectos singulares e necessidades da comunidade em que o serviço esteja instaurado. Contudo, por melhor que seja a relação, os atores envolvidos no processo de produção de saúde, não há integralidade plena em um serviço de saúde singular. Essa incompletude nos remete à “integralidade ampliada” (Cecílio, 2009, p. 123) que diz de um trabalho “macro”, preocupado com a articulação entre os serviços de saúde. A integralidade ampliada está na articulação da rede e das integralidades focalizadas, ampliando as trocas e a organização dos serviços de saúde.

A integralidade, pensada nessa relação *micro* e *macro* em constante troca, leva a repensar na disposição dos serviços de saúde em forma de “pirâmide”, para algo mais aberto. Desse modo, a rede se dispõe com múltiplos fluxos e entradas, em que as construções e representações individuais são mais importantes (Cecílio, 2009).

Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade se traduz no atendimento interdisciplinar, com a discussão e resolutividade dos casos, a capacitação da equipe e a reorganização do serviço de saúde. E mais, dá atenção à saúde como um “novo modo de ‘andar na vida’, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história” (Gomes & Pinheiro, 2005, p. 298).

Como apontado por Deslandes (2005), Benevides e Passos (2005b), há de se atentar para o cuidado de não confundir o conceito de integralidade com a ideia de humanização desenvolvida pela PNH, uma vez que ambas tratam de *conceitos* polissêmicos. Contudo, não é o caso de isolá-las, como se fossem excludentes, em que um não pode ocorrer no mesmo local que o outro. Pelo contrário, a união entre humanização e integralidade torna-se uma consequência inevitável quando o objetivo é qualificar o trabalho, a rede e as relações no serviço de saúde. Apesar da relevância da humanização e da integralidade, o serviço de saúde

pública, para se dispor de forma constitucional, deve possibilitar a prática dos outros princípios do SUS, a equidade, a universalidade e a participação social.

2.4 O acolhimento: a tecnologia leve e a diretriz da Política Nacional de Humanização

Dentro da lógica da PNH, o acolhimento ganha destaque, uma vez que se direciona ao fazer nas ações de atenção e gestão da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é entendido como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS (MS, 2010). Ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estética, quando propõe a dignificação da vida e do viver; e política, pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolver-se na atitude de inclusão do usuário.

Mais do que ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados, o acolhimento deve ser atravessado por processos de responsabilização e produção de vínculo. Ao discorrer sobre o acolhimento nas práticas de produção de saúde, a PNH apresenta-se preocupada com as relações intersubjetivas (MS, 2010).

A operacionalização dessa diretriz demanda uma rede de diálogo permanente entre usuários, trabalhadores e serviços de saúde. Para o Ministério da Saúde, essa rede de troca é capaz de produzir “práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando a indissociabilidade entre produção de saúde e subjetividade” (MS, 2010, p. 12).

Na proposta do HumanizaSUS, o acolher ganha o sentido de incluir no serviço o sujeito com seus problemas e questionamentos. Essa inclusão faz referência a perturbações e tensões trazidas pelo usuário que “permitem a produção de mudanças, mudanças nos novos modos de gerir, mudanças nos novos modos de cuidar” (Pasche, 2010, p. 67). Elas são, na verdade, as dúvidas e insatisfações do usuário em relação ao serviço oferecido. Acolher essa *perturbação* é abrir espaço para escutar do usuário o que, para ele, é importante que se mude.

Para Pasche (2010), o acolhimento marca o local do contrato entre os sujeitos que são cuidados e os cuidadores. Assim, a relação entre trabalhador e usuário não se polariza entre direitos e deveres, mas na *corresponsabilização* entre os atores, repensando suas

práticas e enfatizando a responsabilização de ambas as partes. O acolhimento, desse modo, rediscute a forma de escutar o usuário, focando não na doença e sim no sujeito. Essa transformação auxilia na mudança do paradigma regulado por práticas centradas no saber médico, curativistas e *hospitalocêntricas*, para práticas pautadas no conceito ampliado de saúde que pleiteiam a universalidade, a integralidade e o controle social.

Mais que uma recepção administrativa em um ambiente físico confortável, ou simples triagem para serviços especializados, o acolhimento chama atenção para a forma como se dá a relação entre usuário e trabalhador. Nesse sentido, Merhy e Onocko (1997) apontam para a criação de uma nova lógica que pense a implementação de um espaço intercessor entre trabalhador de saúde e usuário. Essa reunião deve se abrir para um processo de escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes, em torno das necessidades dos usuários. O processo de acolhimento, dentro dessa lógica, tem como base a ideia de encontro, de contato e troca. Ele se transforma no espaço intercessor, orientado pela construção conjunta entre trabalhador de saúde e usuário.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), os espaços de intercessão criados pelo acolhimento visam à produção de relações de escuta e responsabilização, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. O espaço intercessor pode ser entendido como algo que “se produz nas relações entre ‘sujeitos’ no espaço das suas interseções, que é produto que existe para os dois” (Merhy, 2007, p. 51).

Entretanto, Merhy (1998) aponta para a distinção entre *intersecção objetal* e *intersecção partilhada*. Segundo o autor, na intersecção objetal, predominante nos modelos tecno-assistenciais em saúde no Brasil, o usuário se apresenta como externo ao processo de produção de saúde. Dessa forma, os espaços de encontro entre os atores em saúde acabam marcados pela fala do profissional de saúde e a mudez do usuário. Já na *intersecção compartilhada*, há o encontro entre trabalhador de saúde e usuário sendo que, nesse espaço, o segundo também é agente ativo, contribuindo com suas representações e conhecimentos. Essa intersecção “busca a realização de uma finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidirem” (Merhy, 1998, p. 135).

A participação operacional do usuário em seu processo de produção de saúde, propiciado pelo acolhimento, repercute diretamente no rumo de seu tratamento. De acordo com Teixeira (2003), a operacionalização do acolhimento retira o paciente do lugar passivo e o torna agente de seu processo de produção de saúde. Com isso, serviço e tratamento passam a se organizar em torno de sua subjetividade e demanda, tornando-se usuário-centrados. Desse

modo, as decisões não são unilaterais e impostas, mas, compartilhadas com aquele que, de imediato, sabe qual é sua necessidade. Nesse contexto, o trabalhador de saúde se torna um facilitador, escutando e identificando a demanda, para junto com o usuário construir o cuidado em saúde, visando acessibilidade e acompanhamento de seu tratamento. A postura do trabalhador de saúde como facilitador implica a aceitação da fala do paciente, e mais, de sua subjetividade e o reconhecimento de suas necessidades.

A ideia do acolhimento, que implica o usuário como ativo nas decisões de seu tratamento e tem o trabalhador de saúde como facilitador no processo de produção de saúde, apresenta-se como uma tecnologia do trabalho em saúde baseada no “trabalho vivo em ato” (Merhy & Onocko, 1997, p. 12). O trabalho vivo, em oposição ao Trabalho morto, pode ser compreendido como aquele que está em ação, ou seja, se por um lado o trabalho morto é a ferramenta, a matéria prima e todos os produtos e meios envolvidos na tarefa resultante de uma atividade anterior, por outro, o trabalho vivo se consolida pela ação e a criação. Este último busca a “construção de processos produtivos, descentralizando o trabalho em saúde até mesmo dos equipamentos e dos especialistas” (Merhy, 2007, p. 31), gerindo novos arranjos tecnológicos e rumos nos atos de produção de saúde.

Para melhor entendimento do que vem a ser o trabalho vivo, é fundamental ressaltar a concepção de tecnologia utilizada por Merhy, que vai além da ideia comum de tecnologia, reduzida a aparelhos e máquinas. Para o autor, tecnologia engloba saberes constituídos para fabricar produtos singulares e organizar “ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana” (Merhy, 2007, p. 45). Por essa razão, Merhy lança mão das noções de *tecnologias duras*, *leve-duras* e *leves*. Essas diferentes formas de tecnologia são apresentadas, de forma detalhada, em seu trabalho *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, da seguinte forma:

[...] leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (Merhy, 2007, p. 49).

Como descrito por Merhy (2007), o acolhimento deve ser compreendido como a efetivação de um trabalho vivo em ato através de tecnologias leves. Dessa maneira, a prática

de acolher ganha o caráter de criação e constante transformação pautada no agir e não no acomodar.

Ademais, pode-se destacar também o acolhimento como ferramenta de avaliação do serviço. Segundo o Ministério da Saúde (2007), a avaliação do desempenho do sistema de saúde tem grande relevância para minimizar os erros e potencializar os acertos. No caso do acolhimento, ele deve ser usado com essa finalidade, avaliando a qualidade do trabalho oferecido, direcionando sua prática a uma melhora constante e colocando em xeque as práticas repetitivas e sem resolutividade. Acolher ganha maior peso na avaliação do serviço na medida em que sua prática é documentada e serve como parâmetro comparativo, tanto para as intervenções passadas, quanto para o delineamentos futuros.

Apesar de ter início na porta de entrada do serviço, ele é uma tecnologia que se estende por todo o processo de produção de saúde, sendo possível sua operacionalização em todos os níveis de atenção à saúde. Contudo, para que funcione, é preciso transpor os princípios das políticas dos textos para a prática da atenção e da gestão, levando em consideração as peculiaridades do cotidiano de cada serviço de saúde, ou seja, guiando-se pelas necessidades do usuário, da comunidade e pelas características do serviço.

3 O ACOLHIMENTO NOS ÚLTIMOS ANOS - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DO TEMA

A relevância do acolhimento e das práticas humanizadas ganharam destaque no cenário nacional, sendo tema de inúmeras publicações de teses, artigos e livros vinculados à saúde pública brasileira. Além do foco nas produções acadêmicas, o acolhimento também ganhou destaque no ano de 2011, tornando-se tema da Conferência Nacional de Saúde.

Dessa forma, a realização de uma investigação bibliográfica sistemática para identificar as produções acadêmicas acerca do acolhimento no SUS, verificando o impacto dessa prática no serviço de saúde, torna-se uma relevante contribuição para a construção de novos conhecimentos sobre os serviços públicos de atenção à saúde. Compreendendo essa importância e tendo em vista o grande debate em torno do acolhimento nas práticas de produção de saúde nos últimos anos, realizou-se uma revisão sistemática de artigos científicos ligados ao tema. Esse empenho também serviu ao propósito de ajudar no embasamento do debate sobre o Acolhimento Integrado do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF.

Para a produção do arquivo de fontes bibliográficas, foi realizado um trabalho de revisão sistemática de artigos, na base de dados Lilacs, durante o período de 19 de setembro a 1 de novembro de 2011, com o descritor *acolhimento*. Essa busca alcançou 560 resultados. A partir daí, foi realizada a leitura e o exame de todos os resumos encontrados, para se definir quais seriam incluídos e quais seriam excluídos na pesquisa.

Foram adotados como critério de inclusão para revisão bibliográfica: artigos nacionais publicados entre janeiro de 2001 a novembro 2011, que tratassem o acolhimento no âmbito da saúde como “tecnologia leve” (Merhy, 2007, p. 49) ou como diretriz da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde. Foram excluídos das fontes analisadas: teses, dissertações, livros e documentos de vídeo e/ou áudio; artigos publicados em língua estrangeira; experiências internacionais de acolhimento; artigos que não tratavam o acolhimento como *tecnologia leve* ou prática da Política Nacional de Humanização do

Sistema Único de Saúde; e artigos que não dispunham de cópias *online* gratuitas, uma vez que o projeto não tinha recursos financeiros próprios para compra da cópia dos artigos.

Para a segunda fase da análise, foram identificados, dentre os artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão, o local onde a pesquisa foi realizada; o tipo de pesquisa; o nível de atenção em saúde no qual se dá a discussão do trabalho; os temas recorrentes associados ao acolhimento; seu(s) autor(es); e ano e revistas que publicaram os artigos incluídos. Esses dados discriminados tornaram-se “unidades de análise”. Em seguida, foi realizada a tabulação dos artigos, em planilha de Excel 2007[®], que foi subdividida em quatro planilhas principais. A primeira traz informações sobre o nível de atenção a saúde em que o artigo trata o acolhimento; a segunda mostra o método de pesquisa empregado pelo artigo; a terceira, o ano de publicação dos artigos; e por fim, a quarta planilha apresenta os temas recorrentes associados ao acolhimento. A partir dessas quatro planilhas principais, foi possível fazer uma análise dos elementos referentes às modalidades metodológicas adotadas nos relatos de pesquisa investigados, bem como as dimensões teóricas e práticas e os níveis de atenção à saúde em que o acolhimento tem sido operacionalizado nos últimos dez anos de produção de artigos científicos.

Os resultados da revisão sistemática foram analisados à luz da Análise de Conteúdo. Seu uso para exame do material coletado fundamenta-se na ideia de Millward (2010), que identifica nesse método tanto um componente mecânico quanto um interpretativo. O primeiro envolve a organização e divisão dos dados em categorias. Já o segundo compreende as categorias significativas em termos das perguntas propostas. Essas características da Análise de Conteúdo estão intimamente ligadas ao processo de arquitetura e desenvolvimento de esquemas, codificação e interpretação dos dados (Millward, 2010). Com essa análise, o pesquisador busca uma compreensão significativa dos dados, gerando categorias e códigos no curso de sua análise (Henwood & Pidgeon, 2010).

3.1 Resultado da busca

A busca com o descritor *Acolhimento*, na base de dados Lilacs, gerou 560 resultados, os quais todos os textos com cópia *online* gratuita foram arquivados. Dos 560 artigos, 175 se encaixaram nos critérios de inclusão e foram avaliados pelo método de análise de conteúdo.

Entre os resultados encontrados, chama atenção a distribuição dos artigos por ano. Foi encontrada apenas uma publicação em 2001, representando 0,57% do total dos artigos publicados entre 2001 e 2011. O ápice de publicações por ano se deu em 2010, com 44 trabalhos, assim como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos por ano relacionados ao tema *Acolhimento* encontrados na base de dados Lilacs, no período de 2001 a 2011

Ano de publicação	n	%*
2001	1	0,57
2002	1	0,57
2003	1	0,57
2004	12	60,85
2005	15	8,57
2006	11	60,28
2007	18	10,28
2008	25	14,28
2009	31	17,71
2010	44	25,14
2011	16	9,14

Nota: *Número percentual relativo aos 175 artigos incluídos

Fonte: O autor

No detalhamento da análise da distribuição dos artigos publicados por ano, é indispensável ressaltar que os efeitos do lançamento da PNH só foram sentidos, no que diz respeito à publicação dos artigos incluídos na pesquisa, no ano de 2005, com o trabalho de Ferreira (2005). Nele, o autor busca fazer uma análise de como a PNH demanda dos trabalhadores de saúde uma capacidade de conversão da dimensão técnica para a dimensão relacional em seu trabalho. Antes disso, os artigos versavam sobre o *Acolhimento* como tecnologia leve e humanização. Contudo, a humanização tratada não é ainda a proposta pela PNH, embora já apresentassem ligações com a qualificação e organização dos serviços de saúde. Vale lembrar que a humanização, como Política do SUS, foi criada apenas no ano de 2003, sendo impossível que ela fosse citada por qualquer artigo antes dessa data. O único trabalho produzido em 2003, de Ramos e Lima (2003), ainda tinha como base teórica autores com Merhy, Franco, Bueno e outros, visando o *Acolhimento* como tecnologia de trabalho em saúde.

Ainda na Tabela 1 é possível notar que no ano de 2004, um considerável aumento no número de produções e debates sobre a humanização e as relações humanizadas nos processos de produção de saúde, como exposto nos artigos de Deslandes (2004), Franco, Panizzi e Foschiera (2004), Trentini e Beltrame (2004), Silveira, Felix, Araújo e Silva (2004) e Marques e Lima (2004). Entretanto, nenhum deles citou a Política Nacional de Humanização em seu debate sobre o *Acolhimento*.

Em contrapartida, nos últimos anos envolvidos pela pesquisa, é possível notar forte presença da PNH nas referências bibliográficas dos artigos. Nesse sentido, merece destaque o ano de 2010, o qual 25 dos 44 artigos incluídos nesse ano citam o HumanizaSUS em suas publicações.

No que se refere ao número de artigos incluídos e sua distribuição por região, o Sudeste desponta como o detentor do maior número de publicações: 56 no total. Em seguida, a região Nordeste, com 47 pesquisas, e Sul, com 42 artigos. Entre os estados com maior número de artigos incluídos, está São Paulo, com 27 artigos, Ceará, com 21 e Rio Grande do Sul, com 20.

A distribuição do nível de atenção à saúde, nos artigos incluídos para análise, está na Tabela 2. É importante ressaltar que nem todos os artigos encontrados falam do *Acolhimento* em um nível específico de atenção à saúde. Dessa forma, existem trabalhos que falam do *Acolhimento* em mais de um nível de atenção simultaneamente, bem como aqueles que não identificam qual o nível envolvido, e trabalham o tema de forma genérica. Nesse caso, os artigos integram a unidade de análise *Nível de atenção à saúde não definido*.

Tabela 2. Distribuição dos artigos incluídos após a busca realizada na base de dados Lilacs, utilizando o descritor *Acolhimento*, segundo o nível de atenção à saúde

Níveis de Atenção à saúde	n	%*
Primário	83	47,43
Secundário	33	18,86
Terciário	34	19,43
Nível de atenção à saúde não definido	25	14,28

Nota: *Número porcentual relativo aos 175 artigos incluídos

Fonte: O autor

Os resultados da Tabela 3 apresentam os temas mais recorrentes associados ao *Acolhimento*. No total, 47 artigos incluídos na pesquisa apresentavam correlação com outro

tema em saúde. Entre eles, merece destaque os trabalhos relacionados à Saúde Mental, representando 13,14% do total da amostra. Em seguida, está a interdisciplinaridade como o segundo tema mais associado ao debate do *Acolhimento*, com 10 artigos incluídos.

Tabela 3. Distribuição dos temas mais recorrentes associados ao *Acolhimento* encontrados na base de dados Lilacs

Tema do artigo	n	%*
Acolhimento e Maternidade	8	4,57
Acolhimento como Classificação de Risco em Serviços de Urgência	6	3,43
Acolhimento e Interdisciplinaridade	10	5,71
Acolhimento e Saúde Mental	23	13,14

Nota: *Número percentual relativo aos 175 artigos incluídos

Fonte: O autor

A Tabela 4 dispõe sobre o método de pesquisa utilizado pelos artigos incluídos. Vale ressaltar que foram encontrados artigos que utilizam os métodos qualitativo e quantitativo na mesma pesquisa. Como por exemplo, o trabalho multicêntrico de Trad e Esperidião (2010), que realizou um múltiplo estudo de caso, visando à análise dos processos de humanização no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, em municípios de médio porte na Bahia, Sergipe e Ceará. Dessa forma, as unidades de análise expostas na Tabela 4 não são mutuamente excludentes, sendo o valor total de *n* maior que 175. Nesse quadro, os relatos de experiência foram separados dos demais tipos de pesquisas qualitativas, dado o volume de utilização desse método de produção encontrados na busca. Eles compreenderam 22,3% do total de artigos incluídos na pesquisa.

Tabela 4. Distribuição dos artigos incluídos após a busca realizada na base de dados Lilacs, utilizando o descritor *Acolhimento*, segundo o método de pesquisa utilizado

Método de pesquisa*	n	%**
Qualitativa	97	55,4
Relato de experiência	39	22,3
Quantitativa	17	9,7
Revisão Bibliográfica	30	17,1

Notas: * As categorias não são mutuamente excludentes. A soma do *n* é maior que 175

**Número percentual relativo aos 175 artigos incluídos

Fonte: O autor

O número de pesquisas qualitativas apresentadas na Tabela 4 também é alto, mesmo que separado dos relatos de experiências. Mais da metade, 55,4% dos artigos incluídos na pesquisa foram realizados utilizando essa metodologia. Esse número é maior quando incluídos os relatos de experiência nas pesquisas qualitativas, totalizando 77,7% da amostra.

Já a Tabela 5 apresenta, de forma detalhada, os atores entrevistados para a produção das pesquisas qualitativas. Nesses resultados, destaca-se o volume de pesquisas que utilizam entrevistas com usuários do serviço de saúde. Se somadas chegam ao total de 60 artigos. Já as pesquisas que utilizam entrevistas com trabalhadores de saúde, ocorreram em 53 dos 97 artigos de metodologia qualitativa.

Tabela 5. Distribuição dos artigos, segundo os atores entrevistados para produção da pesquisa qualitativa, incluídos após a busca realizada a base de dados Lilacs, utilizando-se o descritor

Acolhimento

Atores entrevistados	n	%*
Apenas usuários	37	38,1
Apenas trabalhadores de saúde	31	32,0
Apenas familiares dos usuários	3	3,1
Apenas Gestores de saúde	1	1,0
Usuários e trabalhadores de saúde	16	16,5
Usuários e familiares	3	3,1
Familiares de usuários e trabalhadores de saúde	1	1,0
Gestores e Trabalhadores de saúde	1	1,0
Usuários, trabalhadores de saúde e familiares de usuários	3	3,1
Usuários, trabalhadores e gestores de saúde	1	1,0

Nota: *Número percentual relativo aos 97 artigos incluídos que empregam o método qualitativo

Fonte: O autor

3.2 Discussão da revisão sistemática

O aumento anual do número de artigos publicados sobre o tema *Acolhimento* mostra como o assunto vem se tornando recorrente nos debates acadêmicos e nas práticas dos serviços de saúde. Chama atenção o volume de produções sobre o *Acolhimento* publicadas no ano de 2010, ano anterior a 14ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como eixo *Acesso e Acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS*. Ainda sobre o número de publicações por ano, é interessante lembrar que a Política Nacional de Humanização foi lançada em

2003, sendo assim, justificável o baixo número de artigos incluídos na pesquisa entre os anos de 2001 e 2003.

Entretanto, isso não significa que esses trabalhos não versem sobre a humanização. Entre os três artigos incluídos no período de 2001 e 2003, todos empregaram a ideia do *Acolhimento* como tecnologia, somada ao debate da humanização em saúde. Tanto a pesquisa de Brêda e Augusto (2001), quanto a de Mângia, Souza, Mattos e Hidalgo (2002) chamam atenção para a importância do aprofundamento das discussões sobre o *Acolhimento* nos processos de cuidar e gerir em saúde. Mângia et al. (2002), um ano antes do lançamento da PNH, já destacavam a importância do *Acolhimento* como forma de organização dos serviços de saúde, distinguindo, de forma clara, o *Acolhimento* da triagem. Os pesquisadores apontam, em seus estudos, que o *Acolhimento*, como uma tecnologia leve, é capaz de possibilitar a melhor recepção de demandas e a desburocratização do acesso nos serviços de saúde mental.

A entrada da PNH nas referências dos artigos incluídos ocorre em 2005. Antes disso, a maioria dos trabalhos pautava-se na ideia de tecnologia leve, associada ao debate sobre humanização. Embora sem usar a PNH para dizer da humanização, alguns autores recorrem a documentos oficiais do governo federal, como os textos do Programa de Saúde da Família, da Política Nacional de Humanização, da Assistência Hospitalar e, até mesmo, a documentos municipais, como por exemplo, da Política de Humanização da Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. O início tardio da citação da PNH, nos textos incluídos, pode ser justificado pelo longo espaço de tempo decorrido entre a submissão e a publicação do artigo em um periódico científico.

Na análise dos artigos por região, ganha relevo o fato do estado de São Paulo, detentor do maior número de publicações na distribuição por estado, possuir pesquisas em 11 municípios diferentes. Apesar da diversidade, a capital de São Paulo possui 13 das 27 publicações do estado, sendo elas ligadas a um centro de educação superior e contando com, no mínimo, um pesquisador da Universidade de São Paulo (USP).

De forma geral, a maioria das publicações concentram-se nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul do país, respectivamente. Esse resultado pode ser associado ao fato das publicações estarem, em sua maioria, atreladas a centros de ensino superior, concentrados predominantemente nessas regiões. De acordo com o Censo de Educação Superior realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em 2010, 48,7% das matrículas em ensino superior no Brasil localiza-se na região Sudeste do país, seguido por 19,3% no Nordeste e 16,4% no Sul (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2012, p. 39).

Ao fazer a análise dos artigos incluídos, em relação ao nível de atenção à saúde tratada, é possível verificar como o *Acolhimento* vem sendo relatado e pesquisado com maior ênfase na atenção primária à saúde, com destaque aos programas e estratégias de saúde da família. Isso mostra o quanto a prática do *Acolhimento* continua vinculada à atenção primária, embora o Ministério da Saúde recomende a implantação do *Acolhimento* nos demais níveis de atenção à saúde, como por exemplo, em serviços de Unidades de Urgência como Classificação de Risco, nas Unidades de Atenção Especializadas e nas Centrais de Regulação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (MS, 2010).

O tema mais recorrente associado ao *Acolhimento* foi a saúde mental. Foram encontrados 23 artigos nessa área. Entre eles, pode ser destacado o trabalho de Brêda e Augusto (2001), que apontam a importância da utilização de abordagens baseadas no vínculo, escuta e *Acolhimento*, visando quebrar a lógica da atenção centrada no modelo biomédico. Ainda sobre a temática de saúde mental, chama a atenção a pesquisa realizada por M. S. B. Jorge et al. (2011) que, em sua conclusão, aponta o *Acolhimento* com uma ferramenta hábil para a transversalização da prática psicossocial, sendo capaz de construir o encontro entre usuários e trabalhadores de saúde na busca pela resolutividade nos cuidados em saúde.

Entre os artigos incluídos, 28 não tomam o *Acolhimento* como tema principal do trabalho, porém apostam no uso dessa tecnologia como forma de resolução dos problemas dos serviços de saúde. Esse número, que representa 16,6% do total de artigos incluídos, merece destaque pelo modo como o *Acolhimento* é visto, em alguns casos, como uma salvação, ou como a ferramenta capaz de equacionar os problemas dos serviços de saúde. Essa percepção tem se acentuado ao longo do tempo, sendo que, dos 28 artigos que versam sobre o emprego do *Acolhimento* para a qualificação dos serviços de saúde, seis foram publicados no ano de 2009 e dez publicados no ano de 2010. Esse crescimento pode ser visto como reflexo de um maior conhecimento e intensificação da divulgação da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que nos anos de 2009 e 2010 há um maior número de artigos incluídos na pesquisa.

Outro ponto relevante dos dados coletados está no número de pesquisas com desenho metodológico qualitativo superior às pesquisas com desenho quantitativo. Isso pode ser atribuído aos objetivos propostos pelo *Acolhimento*. A qualificação dos serviços de saúde, ampliação do vínculo, corresponsabilização entre usuário trabalhadores de saúde e gestão e a preocupação com a produção de subjetividade dizem respeito às unidades de análise que podem ser exploradas, de forma mais ampla, com o uso de métodos qualitativos, uma vez que essas são características qualitativas do trabalho em saúde. Além disso, chama atenção a

ênfase dada à entrevista com usuários e trabalhadores do serviço de saúde. A produção de pesquisa com esses atores torna-se fundamental para se pensar a avaliação de uma diretriz que propõe a mudança do paradigma de atendimento centrado na figura do médico para o atendimento centrado no usuário.

A realização de pesquisas com usuários e trabalhadores do serviço de saúde ganha mais relevância quando o *Acolhimento* é pensado como uma micropolítica que deve ser construída levando-se em conta as particularidades de cada serviço de saúde. Dessa forma, entrevistar aquele que está na “ponta” do serviço, ou seja, em contato direto com o usuário, é primordial para possibilitar a reflexão da práxis desenvolvida e vislumbrar melhorias.

3.3 Alguns apontamentos após a revisão bibliográfica

Com o passar dos anos, o *Acolhimento*, como diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS, vem ganhando força em sua prática e conhecimento por parte dos profissionais e gestores em saúde. Porém, há muito a ser discutido sobre a operacionalização dessa ferramenta para atingir a desejada ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde pública. Apesar do número expressivo de publicações sobre o tema, é necessário ampliar ainda mais o debate. Levar a discussão e problematização do *Acolhimento* para regiões como o Norte e o Centro-Oeste do Brasil, incentivando, não apenas a produção acadêmica relacionada aos centros de ensino superior, mas também o relato do cotidiano dos trabalhadores, usuários e gestores. Esse movimento é de suma importância para a existência de uma reflexão sobre a prática dos processos de atenção em saúde.

Também é preciso estender a prática e a discussão sobre o *Acolhimento* nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Desse modo, o debate ganhará força na medida em que for capaz de auxiliar na discussão sobre as questões ligadas à melhoria da entrada do usuário no sistema de saúde, independentemente do nível de atenção do serviço. A ampliação do debate sobre a prática do *Acolhimento* nos demais níveis de atenção coloca em pauta temas importantes da qualificação da saúde pública, como, por exemplo, a criação do vínculo, a responsabilização e a resolutividade. A não utilização do *Acolhimento* nos níveis secundário e terciário pode dificultar a quebra do modelo curativista, médico centrado, levando ao olhar fragmentado e reducionista sobre o sujeito que busca o serviço de saúde. O usuário corre, assim, o risco de ser visto como um aparelho ou sistema biológico, com disfunções e lesões a

serem silenciadas (Mattos, 2009). Além disso, o *Acolhimento* nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde torna-se uma das possíveis engrenagens para a produção da interdisciplinaridade, da integralidade e da intersetorialidade nos diversos serviços de saúde.

Além da ampliação do debate sobre o *Acolhimento* nos serviços secundário e terciário de atenção à saúde, deve ser frisado o baixo número de pesquisas realizadas com os gestores de saúde e com familiares de usuários. A falta de publicações com gestores dos serviços de saúde impossibilita a avaliação de como tem se dado a relação entre os objetivos dos gestores e as práticas vividas no cotidiano dos trabalhadores de saúde que estão em contato direto com o usuário. Por outro lado, o incentivo à produção de pesquisas com familiares torna-se relevante, tendo em vista que, em muitos casos, é ele quem acompanha o usuário ao serviço de saúde e quem dará suporte na continuidade do tratamento fora da instituição de atendimento. E mais, é importante lembrar que o familiar também é usuário do serviço e possui demandas a serem acolhidas. Não realizar pesquisas que os incluam é deixar de escutar aqueles que podem não estar doentes, mas estão igualmente submetidos à lógica do sistema de saúde.

É necessário que a discussão sobre o *Acolhimento* não se interrompa. Ela deve continuar de forma mais contundente nas academias, durante a formação dos novos profissionais de saúde, nos encontros científicos e, principalmente, dentro dos serviços de saúde. Por não se tratar de uma prática cristalizada, o *Acolhimento* e a PNH devem ser debatidos constantemente pelos trabalhadores de saúde, usuários, gestores, familiares, pesquisadores, acadêmicos e pela comunidade de forma geral. Esse debate não deve perder de vista a relevância do fortalecimento dos vínculos e a relação de corresponsabilidade entre os atores envolvidos, lembrando que os processos de produção de saúde começam na entrada do serviço.

Continuar a pesquisar sobre o que as publicações sobre o *Acolhimento* trazem é fundamental. É sabido que esse trabalho possui limitações e não pretende esgotar o assunto. Para maior compreensão dos dados apresentados, ainda serão necessários outros estudos voltados para os aspectos sócio-históricos e econômicos, que compreendem o período estudado pelo presente artigo, bem como, a inclusão de monografias, teses, dissertações, arquivos de vídeo/áudio e documentos oficiais sobre o tema, visando uma análise mais ampla do *Acolhimento*.

Por fim, é necessário reconhecer que o *Acolhimento* não deve ser visto como a ferramenta salvadora do serviço saúde. Não é possível resolver todos os problemas de acesso e qualificação do Sistema Único de Saúde apenas com a implementação do *Acolhimento*. Não

há nenhuma tecnologia ou política que seja capaz de dar conta desse problema de forma isolada. Para a esperada melhoria dos serviços de saúde será preciso que haja uma articulação com as outras diretrizes e princípios do SUS, como a integralidade, a universalidade, a equidade e o controle social, além do constante investimento financeiro em pesquisa e projetos de extensão em saúde, visando a qualificação dos trabalhadores em saúde e maior conhecimento do tema para (re)formulação de políticas públicas de saúde.

4 MÉTODO

Com o intuito de realizar a investigação do *acolhimento* em um serviço secundário de atenção ao diabético, optamos pelo modelo de pesquisa qualitativo. É importante lembrar que um dos pontos principais de uma pesquisa diz respeito ao método empregado em sua investigação. Por isso, sua escolha e seu planejamento são pilares fundamentais para boa execução da pesquisa (Baptista, Morais, & Campos, 2007).

No trabalho em questão, a justificativa para a escolha do método qualitativo pode se fundamentar no dito de Minayo e Sanches (1993), que alegam ser “no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa” (Minayo & Sanches, 1993, p. 244). Com o uso do método qualitativo, a pesquisa pretende superar categorias e conceitos prontos para realizar maior aproximação entre sujeito estudado e objeto de estudo. De tal modo, permite a investigação mais apurada sobre os processos, os significados e a “natureza socialmente construída da realidade” (Norman & Yvonna, 2007, p. 23), que, neste caso, terá como foco os trabalhadores de saúde e usuários em relação aos processos de produção de saúde no Ambulatório de Diabetes.

4.1 Objetivos

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar, a partir da visão dos trabalhadores e usuários, as possíveis modificações ocorridas no processo de produção de saúde do diabético após a implantação do Acolhimento Integrado no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Como objetivos específicos, busca-se: estudar possíveis alterações quanto ao nível de satisfação e produtividade dos trabalhadores de saúde, após a operacionalização do Acolhimento

Integrado; investigar se houve ampliação do acesso do usuário às áreas não médicas de saúde; conhecer as possíveis contribuições do Acolhimento Integrado na dinâmica interdisciplinar do Serviço; e ponderar a importância do Acolhimento Integrado no tratamento do diabético e na resolutividade de suas demandas.

4.2 Descrição do tipo de pesquisa

Trata-se, então, de uma pesquisa qualitativa, de finalidade aplicada. Sua denominação, neste sentido, se dá pela busca de produção de conhecimentos científicos voltados para resolução de problemas concretos (Fontelles, M. J., Simões, Farias, & Fontelles, R. G. S., 2009). No caso, à melhoria da saúde pública, no que diz respeito ao acesso, à integralidade, à interdisciplinaridade e às relações de poder nos processos de produção de saúde.

4.3 Produção de dados

Assim como a escolha do método, a decisão dos instrumentos utilizados para a produção dos dados foi fundamental para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa. Visando a adequação entre objetivos da pesquisa e instrumentos de coleta, o presente trabalho optou, no que diz respeito aos procedimentos técnicos, pela avaliação documental/bibliográfica e entrevistas semiestruturadas.

4.3.1 Análise documental/bibliográfica

De forma clara e sucinta, I. A. S. Merlin e M. S. Merlin (2007) definem as investigações documentais e bibliográficas como aquelas que “procuram utilizar o conhecimento disponível em material publicado nos diferentes meios e registros” (Merlin, I. A. S. & Merlin, M. S., 2007, p. 41). Para os autores, a diferença entre as técnicas pode ser

evidenciada pelo fato da pesquisa documental limitar-se ao uso de fontes primárias, como, por exemplo, documentos, contratos e censos. Já a bibliográfica utiliza fontes secundárias como artigos, livros e relatórios de pesquisa.

Nesse estudo, são utilizados os dois tipos de fontes. O uso das documentais se justifica tanto no período de revisão de literatura sobre o tema, quanto em relação à prática de *campo* da pesquisa. Para tal, foram utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, prontuários e fichas dos usuários do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF. Os documentos do Ministério da Saúde possibilitaram maior entendimento sobre a PNH e entender como o acolhimento é visto dentro dessa política. Já as informações obtidas nos prontuários e nas fichas dos sujeitos atendidos no Serviço viabilizam o conhecimento sobre o tempo que o usuário é acompanhado no Ambulatório e em quais áreas de saúde já foi atendido.

A investigação com uso de fontes bibliográficas apresenta-se como outro importante pilar dessa pesquisa. De acordo com I. A. S. Merlin e M. S. Merlin (2007), sua utilização possibilita a melhor compreensão do que já foi escrito sobre o tema e extração de novas ideias sobre o problema de pesquisa estudado. Nessa pesquisa foram utilizados como fontes bibliográficas textos, artigos e livros ligados aos assuntos de Saúde Coletiva, Psicologia, Acolhimento e Integralidade.

4.3.1.1. Procedimento documental do estudo

O acesso às fontes documentais referentes a textos, cartilhas e documentos oficiais do Ministério da Saúde foi feito através do site do próprio Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). Todos os registros foram impressos e salvos em *pen drive* para consulta a qualquer momento da pesquisa.

As informações sobre os usuários com o intuito de confirmar dados, como o tempo de acompanhamento no Ambulatório de Diabetes e as especialidades oferecidas aos usuários, foram retiradas dos prontuários eletrônicos, em consulta dentro do Hospital Universitário da UFJF. Não foram realizadas cópias de dados dos prontuários consultados.

4.3.2 Entrevistas

Para a produção de dados em *campo*, voltados para o tema do *Acolhimento Integrado* e os processos de produção de saúde, foi utilizada a entrevista semiestruturada (Apêndice 1). O uso dessa ferramenta de investigação se justifica tendo em vista os objetivos da pesquisa, as características do objeto estudado e o escopo teórico envolvido no assunto. Considerando o assunto proposto pela pesquisa, que aborda questões como a qualificação do serviço, a produção de subjetividade em saúde através do relato de usuários e trabalhadores do Ambulatório de Diabetes, a utilização desse procedimento de pesquisa torna-se propícia para a realização desse estudo. É importante abrir um parêntese para ressaltar a perspectiva de “espaço-tema” (Spink, 2003, p. 25), que embasa a imersão dessa pesquisa. Nesse sentido, a ideia de campo utilizada no estudo não se reduz à entrada em um espaço físico, no caso o Ambulatório de Diabetes. Pelo contrário, ele é “um espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que busca se inserir nas suas teias de ação” (Spink, 2003, p. 28). Dessa forma, a entrada no espaço físico marca apenas parte da territorialidade do campo-tema, uma vez que o mesmo local pode conter uma gama enorme de campos-temas (Spink, 2003).

Manzini (2004) diferencia a entrevista semiestruturada das entrevistas estruturadas e não estruturadas, como aquela que, focalizada em um assunto, “confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista” (Manzini, 2004, p. 2). Com advento da entrevista semiestruturada, é possível a imersão nos dados de modo mais livre, tendo nas respostas o não condicionamento a um padrão de possibilidades.

Manzini (2004) ainda destaca que, além de servir como um modo de alcançar os objetivos da pesquisa, a entrevista semiestruturada é um instrumento capaz de organizar a interação entre pesquisador e entrevistado. Para que ela funcione com esses propósitos, é necessário que três aspectos estejam bem definidos. O primeiro diz respeito ao tipo de linguagem usada; em seguida, a atenção quanto à forma como as perguntas são elaboradas; e, por fim, a ordem com que as indagações são feitas ao entrevistado.

4.3.2.1 Análise das entrevistas

Continuando o trabalho de articulação entre o objetivo da pesquisa e os instrumentos metodológicos, foi utilizada, para apreciação das entrevistas, a Análise do Discurso (AD), tomando como base os estudos de Foucault, Maingueneau e Guirado. A escolha cuidadosa dos autores e obras literárias, que serviram de suporte para a Análise do Discurso empreendida nesse trabalho, sustenta-se na identificação de um panorama, que apresenta em seu horizonte, uma vasta gama de *modos* de Análise do Discurso. Nesse sentido, Guirado e Maingueneau destacam-se pela clareza e seriedade com que tratam o tema, além da possibilidade de abertura para interlocução com a Psicanálise.

Para prosseguir na justificativa do uso da AD, primeiramente, é preciso esclarecer alguns pontos acerca do conceito de discurso. Nesse sentido, Maingueneau (1997) alerta para os riscos de sua redução como mero instrumento de troca de informações. O autor, claramente influenciado pelo pensamento de Foucault, toma o discurso como cena enunciativa e aponta sua relação com o sujeito. Essa relação ocorre de tal forma que “um não se define sem o outro” (Guirado, 1995, p. 27), isso quando se diferenciam. Por isso, Maingueneau afirma que, na AD, “não é possível definir nenhuma exterioridade entre os sujeitos e seus discursos” (Maingueneau, 1997, p. 33).

A concepção de discurso adotada minimiza a operação da criação de expressões para transmitir um desejo, um pensamento ou um retrato, o exercício racional acionado em um código inferencial ou a aptidão do sujeito na construção de frases gramaticais. Segundo Foucault, o discurso, que será trabalhado a partir da noção de “prática discursiva” (Foucault, 2008, p. 133), colocando-se em um patamar mais amplo, pode ser identificado como: “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa.” (Foucault, 2008, p. 133).

Assim como exposto acima, o discurso toma contornos de dispositivo, ato instituição que define regras de enunciação para determinado período histórico e região geográfica. (Guirado, 2009a). Nesse sentido, ganha força o entendimento do discurso como dispositivos-atos “(por)que supõem, para seu exercício, uma posição, um lugar, que é um lugar na enunciação; isto é, um lugar preche de palavras para ouvir e para falar; com os efeitos que isso pode ter sobre a ação de um e outro em relação, num determinado contexto” (Guirado, 2009a, p. 38).

De acordo com Maingueneau (1997), a Análise do Discurso, desde seu início, prefere a formulação de “instâncias de enunciação em termos de ‘lugares’” (Maingueneau, 1997, p. 32), o que leva à possibilidade de leitura e identificação de uma topografia social sobre os falantes que aí se inscrevem. Esses lugares sociais só podem existir por meio de uma rede de locais discursivos (Guirado, 1995; Maingueneau, 1997). Um *lugar*, embora tenha características determinadas, não é exclusividade de um único indivíduo. Pelo contrário, ele pode ser ocupado e modificado por outros. Esse ‘lugar’ deve ser pensado pelo prisma do preceito de formação discursiva de Foucault, que “determina qual é a posição que pode e deve ocupar o indivíduo para ser seu sujeito” (Foucault, 2008, p. 108). De tal modo, o sujeito “se ‘reconhece’ a partir de seu lugar na ordem discursiva” (Guirado, 1995, p. 30).

A relevância das formações discursivas e as posições ocupadas pelo sujeito no discurso se tornam ainda mais claras na obra de Foucault, intitulada *A ordem do Discurso* de 1970, em que, ao realizar a aula inaugural do Collège de France, o autor diz de uma voz sem nome que o precedia há muito tempo. De forma magistral, Foucault chama atenção para o fato de não ser ele o ponto de partida de seu discurso. Ao contrário, ele é o sujeito alocado no discurso de tal forma que, quando se põe a falar, ingressa em uma ordem posterior. A partir de então, são apresentadas condições para produções discursivas que envolvem procedimentos internos, externos e de utilização do discurso.

Seguindo o estudo sobre a Análise do Discurso, foram encontrados, em Guirado (1995) e Maingueneau (1997), elementos que se diferenciam dos apontamentos de Foucault, não como excludentes, mas como complementares. Nesse caminho, a Análise do Discurso entra no terreno dos sentidos e significações do discurso.

Assim como Foucault, Maingueneau entendia o discurso como formação discursiva. Cunhado por Foucault, a expressão *formação discursiva* é debatida pelo autor no livro *A arqueologia do Saber* (2008), onde busca com o conceito “contornar unidades tradicionais como ‘teoria’, ‘ideologia’, ‘ciência’, para designar conjuntos de enunciados que podem ser associados a um mesmo sistema de regras historicamente determinadas” (Charaudeau & Maingueneau, 2012, p. 24). De tal modo, Foucault designa como *discurso* “um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva” (Foucault, 2011, p. 132).

Ao tempo que Foucault apoia seu pensamento nos procedimentos de classificações, ordenações, distribuições, exclusões, utilizações, sociedade de discurso, autoria, disciplina, doutrina, rituais e outros, Maingueneau sustenta sua obra na preocupação sobre as relações de interioridade e sentidos do discurso, capazes de apontar posicionamentos dos sujeitos

(Foucault, 2011; Guirado, 1995; Maingueneau, 1997). A partir desse entendimento, o conceito de heterogeneidade do discurso ganha força no pensamento de Maingueneau, tendo nele a polissemia como sua característica nuclear.

Ao tratar da polissemia, Maingueneau retoma à significação como operador analítico no discurso. Com a entrada da polifonia na Análise do Discurso, Maingueneau retoma à leitura de Ducrot (1897) para afirmar que “há polifonia quando é possível distinguir dois tipos de personagens, os **enunciadores** e os **locutores**” (Maingueneau, 1997, p. 76, grifos do autor). O locutor é aquele que se coloca como *fiador* pelo que é dito, mesmo que ele não seja o *inventor* da frase. É identificado como o *EU* que passa a existir no enunciado, apresentando-se como responsável do dito (Guirado, 1995; Maingueneau, 1997). Já o enunciador é aquele que põe em cena posições diversas dentro de seu próprio enunciado. Os enunciadores têm suas vozes presentes na enunciação, sem que a eles seja atribuída a exatidão das palavras. Esses personagens “não falam, mas a enunciação permite expressar seu ponto de vista” (Maingueneau, 1997, p. 52).

Ainda trabalhando com a polifonia, Maingueneau (1997) assinala a *ironia*, como algo capaz de nos fazer ouvir uma voz diferente da voz do locutor ou do enunciador. Nela, o locutor apreende e apresenta a palavra de um ponto de vista distinto ao que ela representa. “O interesse estratégico da ironia reside no fato de que ela permite ao locutor escapar às normas da coerência que toda argumentação impõe” (Guirado, 1995, p. 54). A *ironia* retoma, na Análise do Discurso, as rachaduras que uma fala suporta, ou seja, os múltiplos e opostos sentidos de um discurso.

A partir do debate sobre polissemia, Maingueneau se desloca para outras marcas da heterogeneidade, algumas capazes de apresentar a dispersão, descontinuidade e a diversidade das formações discursivas. Entre elas o *discurso relatado* (Maingueneau, 1997, p. 75), que pode ser tomado como aquele em que o locutor insere no enunciado a referência à fala de outro autor. Guirado, (1995) realiza uma leitura do discurso relatado como aquele que é capaz tanto de uma dramatização, no *discurso direto* (Maingueneau, 1997, p. 75), reproduzindo literalmente uma citação, quanto, no *discurso indireto* (Maingueneau, 1997, p. 75), realizando o mesmo movimento, todavia, sem que a citação seja literal. Na Análise do Discurso, o *discurso relatado* é capaz de apresentar “o distanciamento muito variável que o discurso, ao citar, introduz com relação ao discurso citado” (Maingueneau, 1997, p. 85).

Bem como o discurso relatado, a *imitação* (Maingueneau, 1997, p. 102) ocupa um lugar de destaque entre os fenômenos da heterogeneidade. Nela, quando o falante “se apagar por trás do ‘locutor’ de um gênero determinado, e mostrar que o faz, poderá beneficiar-se da

autoridade ligada a este tipo de enunciação ou arruiná-la” (Guirado, 1995, p. 57). Nesse sentido, é possível destacar dois valores opostos na imitação: a captação e a subversão. A primeira incide sobre a exploração da estrutura, visando à relação com a autoridade da enunciação. Já a segunda busca a subversão e desqualificação no movimento de imitação. (Guirado, 1995; Maingueneau, 1997).

Segundo Guirado, (1995) a heterogeneidade do discurso é o que coloca a AD no âmbito de uma multiplicidade de sentidos em consonância com a formação discursiva e a ordem do discurso Foucaultiano. Estão aí posições que se abrem e podem expedir significações. Será a partir delas que o sujeito, em sua rede discursiva, condensa, desloca, reconstrói e assim segue.

A possibilidade de uma Análise do Discurso que dialogue com o saber da Psicanálise toma como base as ideias de Foucault e avança para um estudo que se faz “costurando nos limites do sujeito¹” (Guirado, 1995, p. 65). Essa costura teria como objetivo amarrar as *pontas* deixadas pelo método de AD utilizando os “sentidos construídos pelo (ou no) sujeito (Guirado, 1995, p. 75). Para Guirado, a Psicanálise vem contribuir com a AD, aparando arestas da “relação entre natureza do texto, sua análise e o sujeito que, a partir dela, desenhasse” (Guirado, 1995, p. 67). Para fundamentar a possibilidade de utilização da Psicanálise na AD, a autora utiliza o argumento de que os conhecimentos cunhados por Freud, ainda que sob apreciação, considerações e debates científicos e intelectuais, ainda movem o pensar contemporâneo.

Buscando elementos para articulação entre Psicanálise e AD, o estudo avança até a obra de Lacan. Reorganizando o pensamento freudiano, Lacan sugere uma psicanálise com destaque ao sujeito, à linguagem e ao inconsciente, sem que exista a sobreposição de um desses conceitos sobre o outro. Ao mesmo tempo, não se admite em sua obra a determinação de um desses conceitos sem a presença dos outros (Guirado, 1995; Oliveira, J. B., 2012).

Lacan, na construção de seu pensamento, dispensa a categorização de sujeito como conjunto de qualidades internas ou conteúdo para classificá-lo como posição. Para o autor, é através da *linguagem* que se torna possível a manifestação dos significantes capazes de denunciar a posição do sujeito (Guirado, 1995; Roudinesco & Plon, 1998). Sendo assim, o sujeito é sempre alguém em uma posição, em uma estrutura, que o determina e o marca como dividido. Segundo Guirado (1995), “a posição em que o sujeito é colocado pelo seu discurso revela mais do que o conteúdo efetivo daquilo que o paciente diz sobre si mesmo” (Guirado,

¹ “*Costurando nos limites do sujeito*” é o nome do 5º capítulo do livro “*Psicanálise e Análise do Discurso*” no qual Guirado apresenta pontos que autorizam uma AD com contribuições Psicanalíticas.

1995, p. 72). De acordo com a autora, a posição do sujeito será designada a partir da forma como cada um lida com os seus significantes.

Central no sistema de pensamento lacaniano, o significante surge como “elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 708). Seguindo a leitura sobre as obras de Lacan, Guirado afirma que “a estrutura que determina e marca sujeitos-posição é a ocasião de um sujeito dividido entre consciência e inconsciência” (Guirado, 1995, p. 72). Contudo, é necessário lembrar que essa alegação não visa aproximar ordem e racionalidade à consciência e irracionalidade à inconsciência. O fato de ser da ordem do inconsciente não faz o discurso menos estruturado que aqueles que emergem do *cogito* (Guirado, 1995).

Nessa trilha, a Análise do Discurso, que lança mão das contribuições psicanalíticas, investiga as posições que se desdobram do discurso e a forma como remetem às significações. (Guirado, 1995). Nela, o sujeito é entendido como aquele que não pode ser reduzido a categorias de classificação, uma vez que ele surge entre os significantes de forma única (Tfouni & Laureano, 2005).

Ademais, Guirado elucida a possibilidade de contribuições psicanalíticas à AD, com o argumento no qual o sujeito atravessado pelo inconsciente não tem seus sentidos mediados apenas na transferência analítica. Ao contrário, esse sujeito, quando fala, “o faz por mediação de lugares e exercícios numa estrutura simbólica” (Guirado, 1995, p. 73). Para a autora, AD e Psicanálise não são idênticas, mas se tocam em certos pontos.

A escolha pela Análise do Discurso com enfoque psicanalítico nessa pesquisa sustenta-se no entendimento da singularidade do objeto estudado; na preocupação com a posição discursiva; e no aprofundamento nos significantes expressos pelos sujeitos no processo de produção de saúde em uma instituição.

A análise das entrevistas, utilizando a AD com contribuições psicanalíticas, seguiu as etapas abaixo, sem perder de vista os objetivos propostos pela pesquisa:

(a) Foram elencados indicadores de análise relacionados a conceitos implicados com o objeto de estudo, com intuito de nortear e delimitar os temas explorados nos discursos dos entrevistados. Os indicadores, tomados para auxiliar a Análise do Discurso dos entrevistados, encontram-se destacados ao longo da análise dos dados em *itálico*. São eles: *médico-centrado*; *usuário-centrado*; *interdisciplinaridade*; *multidisciplinaridade*; *integralidade*; *acesso*; *cogestão*; *Educação em Saúde*; *formação*; *resolutividade*; *espaços de intercessão*; *humanização*. Faz-se necessário ressaltar que alguns indicadores aparecem entrelaçados,

gerando o surgimento de mais de um indicador na exploração do mesmo tema e/ou da mesma fala. Durante a análise dos dados, chamou atenção o número de combinações entre os indicadores de análise;

(b) Foram realizados o recorte e o agrupamento dos fragmentos de fala dos entrevistados em temas, levando em conta os processos de produção de saúde ligados ao Acolhimento Integrado. Entre os temas elencados, alguns já haviam sido determinados previamente, em decorrência do roteiro de entrevista e outros surgiram a partir da realização das entrevistas, destacando-se as repetições e as contradições nos discursos dos entrevistados. Os temas definidos foram sublinhados ao longo dos tópicos de apresentação dos dados produzidos, a fim de facilitar sua identificação por parte dos leitores;

(c) Foi feita a retirada pontual de significantes e trechos dos fragmentos de falas dos entrevistados presentes nos temas para o auxílio da Análise do Discurso;

(d) Foi destacada a marcação das posições ocupadas pelos usuários e trabalhadores no enredo de suas histórias em relação aos cuidados em saúde.

Em concordância com os objetivos da pesquisa, foram tomadas questões norteadoras para a análise das entrevistas com os trabalhadores, usuários e chefe do Ambulatório de Diabetes:

- As relações de poder entre trabalhador de saúde e usuário, desenvolvidas nos atendimentos;
- A possibilidade de (re)organização dos processos de atenção em saúde;
- A possibilidade de alteração na produtividade e o acesso quanto aos atendimentos das especialidades ofertadas no Ambulatório;
- A resolução das demandas dos usuários do Serviço.

As análises das entrevistas foram realizadas em blocos, levando em consideração a posição dos sujeitos no processo de produção de saúde. Dessa forma, foram criados três blocos. O primeiro, constituído pela chefia/coordenação do Ambulatório de Diabetes, o segundo pelos trabalhadores do Serviço e o terceiro por seus usuários.

A análise da entrevista com a chefia do Serviço, em separado dos demais membros da equipe de saúde, justifica-se por sua posição na equipe do ProDia. Embora não seja a gestora do HU-UFJF, essa trabalhadora gerencia o Ambulatório de Diabetes. Ademais, o fato de ser a profissional com maior tempo de atividade no Serviço e tendo vivenciado vários estágios do trabalho no Ambulatório, coloca sua entrevista em lugar privilegiado, favorecendo a coleta de dados históricos do ProDia. Por esse motivo foi criado um roteiro com questões diferenciadas para a coordenadora em relação aos demais integrantes da equipe entrevistados.

A Análise do Discurso deu-se de acordo com os temas elencados em cada entrevista, logo após a apresentação do perfil da amostra. Com isso, buscou-se ampliar os elementos capazes de descrever os sujeitos escutados na pesquisa e delinear os pontos mais relevantes para AD.

Por fim, vale retomar às falas de Guirado (1995) e Foucault (2008), que trazem à tona as exigências do método para a realização da Análise do Discurso em suas condições, seu jogo e seus efeitos. Essas cobranças relativas ao método apontam para o rebaixamento e questionamento da vontade de verdade, de universalização e para a restituição do discurso a seu caráter de acontecimento (Foucault, 2008; Guirado 1995).

4.3.2.2 Participantes

Foram realizadas 23 entrevistas, sete com trabalhadores (entre eles a coordenadora do Serviço) e 15 com usuários do Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). A escolha desses atores deu-se devido à problematização do modelo técnico assistencial em saúde da presente pesquisa. Abarcando usuários que procuram o Serviço de saúde com demandas que vão além de disfunções biológicas e profissionais de saúde que, via de regra, são “responsáveis” pela condução do atendimento, pretendeu-se alcançar aqueles que estão na ponta dos processos de produção de saúde. Vale destacar que a coordenadora/chefe do Ambulatório, que se enquadra nos critérios de inclusão dos trabalhadores de saúde, também foi entrevistada. Com isso, a pesquisa envolveu três tipos de atores fundamentais no serviço de saúde.

Para seleção dos entrevistados, foi realizada a randomização entre aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. De acordo com Davis e Bremner (2010), a utilização dessa técnica é considerada um processo relativamente fácil. Contudo, o uso desse método não elimina as diferenças individuais dos participantes, mas evita a alocação tendenciosa dos membros na pesquisa.

Para inclusão dos trabalhadores de saúde, foram considerados o seguinte critério: ter participado do ProDia como profissional, acadêmico ou residente, durante o período de março de 2009 a março de 2010. Para esse grupo, não foi fixado limite de idade, grau de formação, tipo de especialidade ou gênero. Com isso, a pesquisa buscou agregar diferentes olhares, de distintos tipos de formação, sobre o mesmo objeto de estudo. Ademais, em um trabalho que

busca discutir pontos como a integralidade e a interdisciplinaridade nos processos de produção de saúde, englobando diferentes saberes, limitar a participação dos trabalhadores a uma especialidade ou mesmo a um nível de formação, seria um erro.

O parâmetro de inclusão, baseado na participação integral dos trabalhadores de saúde durante o período março de 2009 a março de 2010, justifica-se pelo fato do Acolhimento Integrado ter sido implementado no Ambulatório de Diabetes em setembro de 2009. Dessa forma, os trabalhadores que atuaram neste período vivenciaram três momentos importantes investigados pela pesquisa, no que diz respeito ao Acolhimento Integrado. O primeiro, quando ele não existia no Ambulatório; o segundo referente a seu planejamento; e por fim, o terceiro momento relacionado à operacionalização do Acolhimento no Serviço.

Para a inclusão de usuários na pesquisa, foram tomados os seguintes critérios: idade superior a 18 anos; ser diabético e usuário do Serviço desde, no mínimo, oito meses antes da implantação do Acolhimento Integrado, ou seja, desde janeiro de 2009. Os critérios de exclusão adotados foram: ter idade inferior a 18 anos; e qualquer outra situação ou intercorrência que, na opinião do investigador, pudesse interferir no objetivo do estudo.

O critério de ser usuário do Serviço desde, no mínimo, oito meses antes da implantação do Acolhimento Integrado, justifica-se no fato do participante incluído ter passado pelo atendimento no Ambulatório, no primeiro momento, sem acolhimento, e, depois, na vigência do acolhimento. De tal modo, os entrevistados tiveram possibilidade de avaliar o Serviço antes e após a implantação do Acolhimento Integrado.

4.3.2.3 Procedimentos para realização das entrevistas

Para a realização das entrevistas, foi adotado o seguinte cuidado: para o sorteio dos trabalhadores de saúde respondentes, foi feita uma lista em que cada profissional, acadêmico e residente, que se enquadrassem nos critérios de inclusão para participação da pesquisa, recebesse um número. Desta lista foram sorteados, na forma de *bingo*, seis números. No mesmo dia, foram conscritos mais três números com o intuito de formar o banco de reserva de entrevistados, caso existisse a impossibilidade ou o desejo de não participação na pesquisa por parte de algum trabalhador de saúde. Após a seleção dos respondentes, o convite para participação foi realizado por e-mail e contato telefônico. O sétimo entrevistado, entre os

trabalhadores de saúde, foi a coordenadora do Ambulatório. Como existe apenas uma Chefia de Serviço, a mesma não entrou no sorteio.

Já os usuários foram recrutados tanto no momento do Acolhimento Integrado, quanto por busca ativa. Nesse segundo caso, a procura foi realizada através dos prontuários eletrônicos e das fichas de Acolhimento dos usuários cadastrados no Ambulatório de Diabetes.

O recrutamento, no momento do Acolhimento Integrado, foi tomado como principal método para convidá-los para participação na pesquisa. Essa estratégia possibilitou a randomização desses atores na medida em que os trabalhadores de saúde do Ambulatório de Diabetes só têm acesso à lista com o nome dos usuários marcados para a consulta, na mesma semana, com um dia de antecedência à realização do atendimento. Assim, não era possível saber quais sujeitos estavam com consultas agendadas para o período de realização da pesquisa. Essa forma de recrutamento mostrou-se conveniente, uma vez que todos os usuários agendados para atendimento no Ambulatório de Diabetes passaram pelo Acolhimento Integrado antes da consulta, seja qual for a especialidade para qual o sujeito esteja referenciado.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), foram realizadas as entrevistas semiestruturadas (Apêndice 1), de forma individual, com trabalhadores de saúde e usuários, para a produção de dados. As interlocuções com os usuários ocorreram no Ambulatório de Diabetes, às sextas feiras, na sala de atendimento da Psicologia. Todas elas foram gravadas em áudio e transcritas para posterior análise. Tanto o arquivo em áudio da entrevista, quanto às transcrições em arquivo de texto, foram salvas em *pen drive*. Com isso, era possível recorrer ao material a qualquer momento do trabalho que o pesquisador achasse conveniente. Os dados coletados foram avaliados através do método de Análise do Discurso, como informado anteriormente.

Entre os procedimentos da pesquisa, foram realizadas entrevistas-piloto com um trabalhador de saúde e um usuário, para ajustes no roteiro de perguntas. Essas foram incluídas no material analisado. O piloto objetivou minimizar as chances de se descobrir pontos importantes que não estavam inseridos na entrevista ou perguntas mal formuladas e de difícil compreensão para os entrevistados (Breakwell, 2010).

4.4. Aspectos éticos

Tento em vista o caráter institucional da pesquisa, nenhum dos participantes foi exposto a riscos, bem como nenhuma das entrevistas visou à exploração de assuntos constrangedores ou traumáticos para os voluntários. Ainda assim, o trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado conforme parecer n. 161.353 (Anexo 1). A qualquer momento, o participante podia pedir sua exclusão da pesquisa, mesmo após a assinatura do TCLE. A não participação não implicou em prejuízos ao convidado. Da mesma forma, a cooperação dos trabalhadores de saúde e usuários não lhes garantiu nenhum tipo de benefício.

A finalidade do estudo do Serviço de Saúde não se pretendeu aqui apontar nomes ou situações constrangedoras a terceiros. Por isso, os participantes foram identificados por nomes fictícios na realização da pesquisa. Informações que não se adequavam às metas do trabalho não foram divulgadas.

4.5. Desafios do método empregado

Infelizmente, não existe desenho metodológico perfeito, tão pouco pesquisa perfeita. Mesmo com todo o cuidado na escolha do método empregado, não existem garantias de que o trabalho não tenha pontos fracos.

No presente trabalho, pode-se destacar o primeiro desafio relacionado ao número de sujeitos entrevistados. No desenho planejado para essa pesquisa, a escolha da quantidade de entrevistados foi atrelada a aspectos como o tempo disponível para realização da pesquisa e a dificuldade de encontrar sujeitos que se enquadrem nos critérios de inclusão. O fato de se tratar de uma pesquisa com prazo limite de dois anos para ser concluída restringe a ampliação do número de entrevistas. A esse fato deve ser somada a periodicidade semanal de funcionamento do Ambulatório de Diabetes, realizando atendimentos apenas na sexta feira, no período de 7 às 12 horas. Caso o mesmo funcionasse em outros dias da semana, o número de entrevistas com usuários poderia ser maior.

A entrevista com os trabalhadores de saúde também teve pontos de dificuldade. O fato do Ambulatório em questão pertencer a um hospital de ensino, formado, em grande parte,

por acadêmicos e residentes, gera grande rotatividade dos participantes no Serviço. De tal modo, alguns trabalhadores de saúde, que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa, atualmente não fazem mais parte da equipe do Ambulatório, dificultando a realização das entrevistas. Caso o encontro com os trabalhadores que se incluem no projeto de pesquisa fosse mais fácil, seria bem vinda a inclusão de, no mínimo, um trabalhador de saúde de cada área. É importante lembrar que o estudo não conta com nenhum tipo de financiamento, dificultando a execução de tal proposta.

Outro desafio do método de pesquisa foi ligado ao recorte temporal do estudo. Por buscar avaliar, no momento atual, um evento iniciado no passado, a investigação sofreu o risco do afastamento de alguns participantes, como explicitado acima, ficando dependente da memória deles, pelo fato de já terem se passado quatro anos da implantação do Acolhimento Integrado (Silva & Formigli, 1994).

Entre os desafios, ainda pode ser incluído o fato do pesquisador se posicionar no lugar de *participante como observador*. Segundo Dallos (2010), o participante como observador é caracterizado pelo fato do pesquisador assumir, ou já possuir previamente, um papel significativo dentro do grupo estudado. No caso específico dessa pesquisa, o fato do coordenador do estudo já ter atuado como psicólogo no Ambulatório de Diabetes pode ter influenciado a resposta dos entrevistados, uma vez que já os conhecia antes.

Também, o fato da pesquisa ter sido realizada por um psicólogo, dentro de uma instituição, se apresenta como outro desafio, ou mesmo provocação, que nos remete a condições diferentes ao modelo de trabalhos realizado da clínica psicológica. Nesse sentido, vale recorrer aos ensinamentos de Guirado (2009b), os quais nos atenta que o psicólogo dentro da instituição atua para além das formas cristalizadas, sendo convocado a “abraçar desafios ainda muito tensos e informes” (Guirado, 2009b, p. 324) e atuando na interface com outras formas de conhecimento. A realização de uma pesquisa por um psicólogo, dentro de um ambulatório, em um hospital universitário, junto a outras áreas de saber, apresentou-se, sem dúvida, como um desafio que convoca a realização de um fazer que extrapola a prática clínica da Psicologia e alargue seus horizontes de atuação (Guirado, 2009b).

5 A PESQUISA SOBRE O ACOLHIMENTO INTEGRADO NO AMBULATÓRIO DE DIABETES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Passado cinco anos da operacionalização do Acolhimento Integrado nos cuidados aos usuários do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF, faz-se necessário um estudo sobre essa ferramenta. Todavia, para tal, é preciso, primeiro, olhar para pontos do Serviço que antecederam sua execução.

5.1 Breve contextualização histórica do Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Esse capítulo busca contextualizar o modo de produção de saúde do Ambulatório de Diabetes antes da operacionalização do Acolhimento Integrado. Para tal, o estudo contou com o auxílio dos detalhamentos das reuniões de equipe, dos prontuários dos sujeitos atendidos no Ambulatório, bem como das entrevistas realizadas com usuários e trabalhadores de saúde do Projeto.

Oriundo do Ambulatório de Endocrinologia, o Ambulatório de Diabetes foi criado em 1999. Anteriormente, os diabéticos atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora tinham suas consultas no serviço de Endocrinologia do Hospital, que contava, apenas, com profissionais e acadêmicos de Medicina. Em decorrência da separação dos ambulatórios, houve a elaboração do Projeto de Extensão *Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes Mellitus* (ProDia), também no ano de 1999, tornando as designações Ambulatório de Diabetes e ProDia indissociáveis. Nessa mesma ocasião, a chefe do Serviço

de atenção a diabetes convidou o corpo de enfermagem do hospital para atuar, de forma conjunta, com a equipe de Medicina. Todavia, os médicos ainda eram maioria no Serviço.

A equipe de Medicina do ProDia era composta pela professora e coordenadora do Projeto, acadêmicos, profissionais voluntários e alunos recém formados. Já a enfermagem, contava com um enfermeiro do quadro do HU-UFJF.

No ano de 2001, foi incorporado ao Ambulatório o trabalho do Serviço Social. A especialidade disponibilizou, inicialmente, um residente para realizar atendimentos no ProDia e, posteriormente, uma profissional contratada pelo hospital para atuar como referência no Projeto. Com essa composição, o Ambulatório passou a dar seus primeiros passos em busca da concretização da interdisciplinaridade.

No ano de 2002, o Serviço contou com a ampliação do corpo de Enfermagem no Ambulatório de Diabetes. Na ocasião, a Pró-Reitoria de Extensão da UFJF identificou a existência do trabalho desenvolvido por uma professora da Faculdade de Enfermagem, que tinha como objetivo o atendimento de diabéticos e hipertensos e propôs a associação desse projeto com o ProDia. Com essa união, o Ambulatório cresceu e passou a admitir acadêmicos de Enfermagem no atendimento dos diabéticos. Ainda em 2002, o Projeto obteve o apoio do Serviço de Educação Física nos cuidados em saúde ao diabético.

Com o crescimento do número de especialidades atuantes no ProDia, em 2003, a Psicologia passou a integrar a equipe do Ambulatório. A formação do Projeto, com a participação das equipes de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, se mantém até 2006.

A incorporação de outros saberes no Serviço ocorreu no ano de 2007, com a entrada das equipes de Odontologia e de Nutrição. Antes, as atividades do Ambulatório de Diabetes eram realizadas na unidade do Hospital Universitário, localizada no bairro Santa Catarina. Segundo informações do próprio sitio eletrônico do HU-UFJF, o local apresentava condições inadequadas de estrutura física para seu funcionamento. Por isso, a construção de uma nova sede era um anseio dos envolvidos e atendidos no hospital. Acatando esse desejo, em 28 de março de 2007, todos os ambulatórios do HU-UFJF foram transferidos para a nova unidade do Hospital, construída no bairro Dom Bosco. Com maior espaço físico e contando com moderna aparelhagem, a nova unidade hospitalar buscou sanar a necessidade de melhoria nos cuidados em saúde, bem como alcançar um nível de excelência no atendimento à população (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora [HU-UFJF], c2009-2013). Vale destacar que, no momento da transferência de unidade, participavam do ProDia as

equipes de Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Em 2009, o Projeto recebeu um novo impulso com a entrada da Farmácia no Ambulatório de Diabetes. Entre as especialidades atuantes no Serviço, não existia um fluxo pré-estabelecido para os atendimentos individuais, ou seja, o usuário agendado para consulta médica poderia ser chamado por qualquer trabalhador de qualquer especialidade. Com isso, a equipe tinha como objetivo atender todos os usuários do Ambulatório em todas as áreas do Projeto.

Na época, o modelo de atendimento pretendia buscar o máximo de elementos para a realização de uma leitura ampla do sujeito atendido. Os projetos terapêuticos desenvolvidos pela equipe apresentavam esforços e preocupações com a inclusão dos diferentes aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos sujeitos atendidos.

Mesmo tendo como meta a passagem do usuário por todas as especialidades, a ordem dos encaminhamentos para as diferentes áreas atrelava-se àquilo que o trabalhador de saúde detectava como demanda em sua consulta. Não existia nenhuma ferramenta que orientasse a identificação de demandas para realizar os encaminhamentos para as demais áreas do Projeto. Como não existia uma sistematização do fluxo de atendimento, qualquer profissional podia chamar o usuário para atendimento, independente da existência de demanda para sua especialidade.

Tanto nas salas de esperas, quanto nos grupos de educação em saúde, eram ofertados os atendimentos pelas diferentes especialidades participantes do Projeto. As atividades de sala de espera, com duração média com 15 minutos, ocorriam semanalmente e tinham como um de seus objetivos informar sobre os benefícios e a importância do cuidado em diabetes para além do biomédico. Já os grupos de educação em saúde, esses com cerca de uma hora de duração, ocorriam mensalmente e eram realizados interdisciplinarmente por, no mínimo, duas especialidade diferentes. Neles, era possível aprofundar questões sobre o cuidado em diabetes, incentivando a busca das especialidades não médicas por parte dos usuários.

O intercâmbio de encaminhamentos e informações entre profissionais e usuários funcionava como uma “força motriz” na busca da interdisciplinaridade e da integralidade no atendimento, visando à qualificação do serviço de saúde. Entretanto, essa prática não era isenta de falhas. E foi a partir da identificação destas que os trabalhadores do Ambulatório de Diabetes organizaram-se para a criação do Acolhimento Integrado.

5.2 O Processo de construção do acolhimento integrado no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Para a implementação do Acolhimento Integrado no Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF, primeiramente, foi criado, em junho de 2009, um grupo interdisciplinar de estudo, formado por acadêmicos, residentes e profissionais de saúde, que visava abordar as temáticas *acolhimento, integralidade e Saúde Pública*. Após o período de levantamento bibliográfico, estudos e debate, os membros da equipe elaboraram o Projeto de Implantação do Acolhimento Integrado. A proposta foi apresentada e debatida por toda a equipe e sua operacionalização foi testada durante o mês de agosto do mesmo ano. Nesse período, foram feitas as últimas modificações necessárias no Projeto de Implementação do Acolhimento. Depois de testada, a ferramenta foi colocada em prática, no mês de setembro de 2009, tornando-se a porta de entrada do Serviço. Vale ressaltar que a criação e a implantação do AI no Ambulatório de Diabetes se deram de forma distinta da concepção de Acolhimento do HU-UFJF. Esta concepção geral era até então desconhecida dos trabalhadores de saúde do Serviço. A Proposta do Acolhimento Integrado no Ambulatório de Diabetes foi planejada em concordância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (MS, 2008), os princípios do SUS, com destaque a integralidade (Mattos, 2009) e a concepção de “trabalho vivo em ato” de Merhy (2007, p. 31). Ele se concretiza como um comprometimento com o cuidado, a recuperação, a promoção e a prática de produção de saúde.

O objetivo principal do Acolhimento Integrado ao diabético é intervir sobre o modelo técnico assistencial do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF, através da reorganização do trabalho da equipe interdisciplinar e, com isso, melhorar a qualidade do atendimento ao diabético. Como objetivos específicos, pode-se citar: a supressão de ações repetitivas por parte dos membros da equipe; o acompanhamento e registro da evolução dos casos de forma mais clara; a busca de realização de um melhor atendimento à demanda dos usuários; o aprimoramento das práticas interdisciplinares; e a possibilidade de criação de ferramentas para avaliar a qualidade do serviço oferecido.

O Acolhimento Integrado foi dividido em Acolhimento Inicial e Acolhimento Retorno. O Acolhimento Inicial compreende a primeira consulta no Ambulatório. Sua maior diferença em relação ao Acolhimento Retorno está na ficha de identificação que inclui a data de nascimento do usuário, endereço, telefone, composição familiar e unidade primária de referência (Anexo 2). Em um primeiro plano, o Acolhimento Inicial no Ambulatório de

Diabetes diz respeito à oferta das diferentes áreas de atendimento. Muitos usuários que estão, pela primeira vez, em consulta no Serviço, não fazem ideia da diversidade de atendimentos possíveis. Nesse momento, a investigação norteia-se pelas perguntas elaboradas por cada uma das disciplinas atuantes no Projeto, buscando a identificação das necessidades de cuidado do usuário.

O Acolhimento Retorno (Anexo 3) busca avaliar o que mudou da última consulta até o presente momento e indagar como está o tratamento. Esta ficha possui um número menor de perguntas. Nessa modalidade de acolhimento, a equipe parte do princípio que aquele que demanda o Serviço já tenha conhecimento sobre as possibilidades de atendimento, embora ele sempre seja lembrado das áreas disponíveis no Ambulatório. Esse procedimento visa tanto indagar ao usuário por qual especialidade ele quer passar, quanto entender a razão de sua demanda.

Com a implantação do Acolhimento Integrado, houve alterações no fluxograma de atendimento aos usuários. A partir de sua operacionalização, todos os usuários que chegam ao Serviço para o tratamento do diabetes, seja para primeira consulta ou retorno médico, passam pelo Acolhimento Integrado antes do encontro com qualquer uma das especialidades.

Como foi pensado interdisciplinarmente, sua operacionalização também é interdisciplinar. O acolhimento pode ser feito por qualquer trabalhador da equipe de saúde, não se restringindo a nenhuma área em particular. Sua prática é pautada na *escuta interessada* dos integrantes da equipe, a fim de detectar a demanda de cada usuário e *ressignificar* a queixa do sujeito. Essa ressignificação da queixa pode ser entendida como o movimento de reconstrução da demanda, em que o profissional de saúde ajuda no direcionamento do tratamento tendo como norte o desejo do usuário. Esse movimento pode ser percebido quando, por exemplo, o usuário retorna ao Ambulatório pedindo atendimento médico por causa de dores e feridas no pé que não cicatrizam. Nesse caso específico, o atendimento não precisa ser necessariamente médico, sua demanda pode ser ressignificada e o atendimento encaminhado para o Serviço de Enfermagem do Ambulatório.

Em sua concepção, o projeto do Acolhimento Integrado buscou orientar a escuta do profissional de saúde para que ele se torne capaz de identificar o discurso do usuário “não como manifestação patológica que exige correção ou resposta imediata, mas como possibilidade de fazer aparecer outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda.” (Figueiredo, 1997, p. 43). A preocupação do trabalhador de saúde deve se inclinar para o motivo do encaminhamento e retornar para sua responsabilização com o sujeito e sua queixa, interrogando a demanda e procurando compreender o sujeito para além dos sintomas

relatados. O trabalho, dessa maneira, se volta para a implicação do profissional de saúde com o caso, através da coleta de informações relevantes, com o objetivo de avaliação do caso e encaminhamento aos demais membros da equipe, de acordo com a necessidade de tratamento do usuário. Assim, o especialista que acolhe o usuário passa a se responsabilizar por sua escuta e pela busca de solução para o problema do sujeito acolhido.

5.3 Dados produzidos nas entrevistas

A presente pesquisa teve o cuidado de incluir os diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde. Com isso, o estudo buscou a pluralidade de olhares sobre o Acolhimento Integrado do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF, escutando usuários e trabalhadores de saúde. Entre os trabalhadores, foi destacada a fala da Chefia do Serviço, que ocupa o lugar de gestão no ProDia.

Antes de iniciar a apresentação dos dados produzidos em *campo*, vale lembrar que o Serviço de atenção ao diabético teve o início de suas atividades na unidade Santa Catarina do HU-UFJF. Por vezes, essa unidade foi referida na fala dos entrevistados como “lá em baixo”, tendo em vista a localização geográfica do hospital na parte baixa da cidade. Já a referência à unidade Centro de Atenção à Saúde [CAS] do HU-UFJF é feita como *em cima*, seguindo o mesmo raciocínio de localização geográfica do hospital na parte alta da cidade, no bairro Dom Bosco.

5.3.1 Dados produzidos com a chefe do ambulatório

Entre os dados coletados, a entrevista com a chefe/coordenadora do Ambulatório de Diabetes, identificada nessa pesquisa com o pseudônimo de Magali, ganhou relevo, entre outros motivos, pela enriquecedora contribuição no que diz respeito ao histórico do Serviço. Entre os entrevistados, a chefe do Ambulatório é a trabalhadora com maior tempo de atuação na atenção aos diabéticos. Formada em Medicina, atua no HU-UFJF desde 1993.

A partir da análise de sua entrevista, foi possível retomar, de forma mais aprofundada, as transformações ocorridas no Serviço de saúde, em que o Acolhimento

Integrado foi operacionalizado. A partir de então, tornou-se viável a verificação de como essas modificações desdobraram-se na possibilidade de um campo de atuação que culminou na criação do AI no ano de 2009. Por isso, a análise dos dados teve início na ocasião de sua entrada no HU-UFJF e na montagem do Ambulatório de Diabetes. Em um segundo momento, o estudo voltou-se para a visão da entrevistada em relação ao planejamento e execução do Acolhimento Integrado.

5.3.1.1 Perfil da chefe do ambulatório

Após sua graduação em Medicina, pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Magali abordou o tema do diabetes em sua Residência Médica em Endocrinologia, bem como na realização de seu mestrado e doutorado, ambos em Medicina. Integrante do quadro de educadores da UFJF desde 1993, atualmente Magali é professora associada da instituição, ocupando também o cargo de chefia/coordenação do ProDia.

Além do trabalho desenvolvido na coordenação do Ambulatório de Diabetes, a professora realiza distintas funções no HU-UFJF como, por exemplo, a chefia do Ambulatório de Endocrinologia; a orientação/supervisão dos alunos no treinamento profissional da Faculdade de Medicina; a supervisão da Residência em Endocrinologia da UFJF; a preceptoria da Residência em Clínica Médica, entre outros.

5.3.1.2 Apresentação dos recortes das falas e análise do discurso da chefe do ambulatório

Na entrevista realizada com a coordenadora do ProDia, foram sublinhados os seguintes temas: a montagem do Serviço de atenção ao diabético; o embasamento teórico e prático do Serviço; a influência da UFJF sobre o Ambulatório; o desafio da distância entre os saberes; a divisão das responsabilidades nos cuidados em saúde; as disputas pelo espaço físico; a construção do AI e a descentralização da gestão do Serviço; a escuta nos processos de produção de saúde do Ambulatório; o desafio do AI no auxílio à consolidação das trocas entre a equipe; a rotatividade dos integrantes do Ambulatório.

5.3.1.2.1 A montagem do serviço de atenção ao diabético

O primeiro tema destacado na fala de Magali remonta a sua chegada e a montagem de um serviço coordenado por ela. No Fragmento de fala abaixo, a chefe do Serviço frisa a forma como cada coordenador do Ambulatório de Endocrinologia guiava os processos de produção de saúde.

[...] quando eu entrei em 93, existiam dois ambulatórios, dos outros professores. Ai, eu entrei e criei um, mas nesse mesmo molde. Três Ambulatórios de endocrinologia geral, cada um dava sua “cara”, digamos assim, para o Ambulatório. (Fragmento 1)

Chama atenção, no recorte da fala da entrevistada, o uso do significante “cara”, para dizer sobre a forma como os processos de produção de saúde estruturavam-se no momento de sua chegada. No dito da entrevistada, o significante “cara” nos remete àquilo que há de pessoal de cada coordenador de serviço e aponta para as diferenças na forma de pensar e fazer o trabalho de atenção ao usuário. É interessante notar como a “cara” dada por Magali, levará o Ambulatório a práticas voltadas à possibilidade de um trabalho *interdisciplinar* guiado para *Educação em Saúde*, e mais à frente, a práticas de *cogestão*, por parte dos membros da equipe.

Contudo, o início de seu trabalho no Hospital é marcado por semelhanças entre o Ambulatório, fundado por ela, e os outros dois já existentes. Essa paridade pode ser verificada quando a médica diz que, ao chegar, criou um serviço no mesmo “molde” do realizado pelos colegas. O uso do significante “molde” indica a existência de uma forma, um contorno já esperado e replicado na produção de saúde vigente no momento de sua entrada. Assim, o ponto de partida da coordenadora foi o mesmo de seus colegas, porém, foi o caminhar na estruturação de um serviço com a sua *cara* que a habilitou a imprimir uma lógica diferente dos demais, no atendimento ao diabético no HU-UFJF.

A diferença entre os ambulatórios que seguiam um “molde” e o trabalho realizado com a “cara” dada por Magali passou a ser mais evidente com a entrada das especialidades não médicas no Serviço coordenado pela entrevistada. Com a inserção delas, a prática de produção de saúde, que seguia o *molde* exclusivamente *médico-centrado*, passou a executar

outra forma de atendimento, em que o médico não é mais o único detentor do saber, mas distribui papéis e institui *novas*² regras no cuidar.

5.3.1.2.2 O embasamento teórico e prático do serviço

No movimento de construção do Ambulatório coordenado por Magali, merece destaque o embasamento teórico/prático recorrido pela médica. Ele pode ser notado nos recortes de fala expostos abaixo.

Em qualquer tratado que você leia de cuidados com o diabetes, eles colocam que o tratamento é dieta, atividade física, medicação e educação. Então fica parecendo um jargão, que se você perguntar para qualquer aluno de primeiro grau o que é o tratamento do diabetes? Ele vai te citar essas quatro coisas. E o que a gente vê e que as pessoas falavam muito, e falam muito ainda sobre educação, mas na prática as pessoas não fazem. Então era uma coisa que eu sempre quis fazer. (Fragmento 2)

Desde a residência que eu me interessava por essas pesquisas do diabetes. Ai eu fui pro mestrado e trabalhei com diabetes. Eu fui pro doutorado e trabalhei com diabetes. Então, era uma coisa que eu sempre me interessei. E a parte de educação em diabetes era uma coisa que também me interessava muito. Por eu acreditar em uma coisa que está escrita nos livros. (Fragmento 3)

É uma escuta médica. Quando você escuta o que o doente tem pra te falar e você devolve e a sua palavra é a ultima. Isso tem mudado, muito, principalmente com essa questão da Medicina baseada em evidência. [...] O que eu tenho que fazer, nos grandes estudos populacionais, e se aquilo serve para grandes populações, então eu posso dizer que aquilo é uma verdade, do ponto de vista científico, ou do ponto de vista médico. (Fragmento 4)

Entre os recortes apresentados, é possível notar, no Fragmento 2, que a entrada de outros saberes, na atenção ao diabético, funda-se em uma posição que rompe a lógica do curativismo. É com a ideia do cuidado, pautado na *Educação em Saúde*, que a coordenadora se embasa para realizar o convite a outras especialidades, buscando consolidar uma lógica de tratamento tão debatida e poucas vezes colocada em prática.

Embora, realizando um trabalho diferenciado do “*molde*” desenvolvido por seus colegas médicos, Magali não abre mão da legitimação de seu discurso no saber acadêmico

² Nesse momento de análise é interessante retomar Guirado (1995), quando a autora diz que no discurso, “não são as condições empíricas institucionais que originam o ato de fala e, sim, este ato efetuado é indicador de tais condições reunidas” (Guirado, 1995, p. 27). Em analogia, é possível dizer que Magali não inventou uma nova prática no tratamento em saúde, mas aproveitou as condições do hospital, capaz de acolher diferentes saberes em um só local, para agregar outras especialidades no cuidado em saúde. Algo, até então, incomum em outros Ambulatórios de Endocrinologia.

sobre o tratamento do diabetes. Com isso, a coordenadora atribuiu à sua ação o valor de verdade, permitindo a possibilidade de novas proposições dentro da disciplina que discursa (Foucault, 2011). A preocupação em não distanciar-se dos conhecimentos científicos no fundamento de suas ações pode ser notada nos Fragmentos 3 e 4. Neles, a médica evoca os tratados de cuidado em diabetes, o embasamento em estudos epidemiológicos e a sua trajetória acadêmica de *formação*, em que tomou o diabetes como objeto de sua pesquisa em sua residência, seu mestrado e seu doutorado, para legitimar a estruturação feita no Ambulatório.

5.3.1.2.3 A influência política da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre o ambulatório

Além do embasamento teórico, a política de extensão da UFJF influenciou na estruturação do Ambulatório, de acordo com os recortes a seguir.

Era um Projeto de Extensão, de início, com os médicos do Ambulatório. No caso de professor, só tinha eu. E tinham esses voluntários, que ao longo desses anos, vários médicos voluntários, alunos recém formados passaram pelo Ambulatório. E a gente convidou o corpo de Enfermagem da Universidade, um enfermeiro aqui do hospital universitário. Ele era o técnico, ele é ainda técnico administrativo. E aí isso continuou durante um tempo. De 99, eu não me lembro muito bem, mas acho que até uns 2002, 2003, funcionava dessa forma. Até que a Pró-Reitoria de Extensão identificou que existia um Projeto de uma professora de Enfermagem que mexia com hipertensão e diabetes. E aí eles propuseram que a gente associasse os dois Projetos de extensão. Com isso formalmente a UFJF entrou com a parte da Enfermagem. Então tinha um professor da Enfermagem, um professor da Medicina e eram admitidos acadêmicos da Enfermagem e acadêmicos de Medicina, possivelmente a partir de 2002. (Fragmento 5)

Naquela ocasião, a política da extensão da Universidade, era: se existiam Projetos semelhantes, porque não uni-los e se trabalharem em áreas semelhantes com o mesmo objetivo? A política depois mudou. Quanto mais Projetos de Extensão tinha, melhor era. Mesmo que você faça um Projeto muito parecido com o meu. Eu, particularmente, acho muito mais interessante a política anterior, para que você abra mais o leque. Em vez de fechar, você abrir. E aí, eu acho que também a educação é um campo pra isso, no sentido de que você integra vários saberes em torno da mesma doença. (Fragmento 6)

A primeira especialidade não médica convidada para integrar o Serviço coordenado por Magali foi a Enfermagem, através da participação do enfermeiro do HU-UFJF. Mais tarde, sob a influência, não apenas do desejo da coordenadora, mas também da política de extensão da UFJF, o Serviço dá mais um passo para sua estruturação *multidisciplinar*, abrindo as portas para a professora e acadêmicos da Enfermagem, como apontado no fragmento 5.

Nesse momento da análise, chama atenção a influência institucional do Hospital sobre o Serviço. Com um discurso que se encadeia ao tomado por Magali nos processos de produção de saúde, o Ambulatório sofreu influências externas da Pró-Reitoria de Extensão da UFJF. Essas influências, flutuantes e passíveis de modificações de acordo com as alterações políticas da reitoria da Universidade Federal de Juiz de Fora, em certos momentos, podem contribuir para a *integralidade* entre as áreas, em outro, para a fragmentação e o reducionismo no atendimento, como destacado no fragmento 6.

5.3.1.2.4 O desafio da distância entre os saberes

Outro recorte possível na entrevista com a coordenadora remete ao trabalho realizado de forma cindida dentro do HU-UFJF, o qual teve na *Educação em Saúde*, com a inclusão de diferentes saberes, um norte para a integração do Serviço.

Até então se trabalhava em ilhas. Então, se tinha um paciente com uma demanda do Serviço Social, ele ia para o Ambulatório do Serviço Social que já existe na instituição. (Fragmento 7)

O Ambulatório, ele era estruturado em tratamento do diabetes e aí a gente percebia que faltava essa coisa, faltava a questão da educação. E aí começamos esse Ambulatório, ainda de uma forma muito embrionária visando essa questão da educação em diabetes. (Fragmento 8)

Com os passar dos anos, o ProDia incluiu novos saberes, superando a lógica de tratamento *médico-centrado* e pautado apenas na medicalização dos casos. O convite a outras especialidades marca a possibilidade de redução da distancia existente entre as áreas de saúde atuantes dentro do mesmo hospital, bem como a agilidade no *acesso* e *resolutividade* das demandas. Nesse sentido, chama atenção o significativo utilizado pela coordenadora, no Fragmento 7, ao realizar uma analogia dos ambulatórios do Hospital com “*ilhas*”, o que diz da falta de *integralidade* do atendimento. Com isso, o trabalho tendia para uma fragmentação nos cuidados e, em alguns casos, a demora e perda de informações, uma vez que não existia o trabalho de referência e contrarreferência.

Segundo a coordenadora, o desejo da estruturação de um serviço com a participação de outros saberes é visto como algo que a acompanha desde sua entrada no HU. Por isso, em sua visão, a ampliação do trabalho buscando a *interdisciplinaridade* acontece de forma gradativa, incorporando, aos poucos, um número maior de disciplinas atuantes no

Ambulatório, visando algo que faltava no ProDia, a “questão da educação em diabetes”, marcada no Fragmento 8.

5.3.1.2.5 A divisão das responsabilidades nos cuidados em saúde

Com a inclusão de saberes distintos no Ambulatório, Magali aponta para o tema da divisão da responsabilidade nos cuidados em saúde. Nele, despontam assuntos como a troca de informações e desafios para a graduação dos profissionais de saúde, entre eles, o médico.

Eu digo que em termos de médico é uma coisa até meio jocosa, mas eu acho que os médicos, de uma maneira geral, eles têm uma dificuldade em trabalhar em equipe. Eles até trabalham em equipe, desde que eles sejam os donos da bola. Então, é difícil pro médico ouvir. Eu acho que não existe esse treino, dentro das universidades. Ou porque eles copiam o modelo dos professores, e eles acham que aquela é a forma de você levar. Ou às vezes, porque não se preocupam em dar essa conotação à questão da educação ao aluno. Acho que você treina o aluno. Você não treina o aluno pra ele ter uma formação diferente, pra que ele tenha uma escuta diferente do problema. É uma escuta médica. Quando você escuta o que o doente tem pra te falar e você devolve e a sua palavra é a última. (Fragmento 9)

A gente está se debatendo, tentando tirar esse modelo centrado no médico e quer que as outras áreas participem, mas o médico, ele ainda é muito autoritário. E aí ele passa isso pro aluno e o aluno acha que ele tem que cumprir aquela tarefa de médico. Ele não está preparado para esse tipo de atendimento. E as outras áreas também ainda acham que é isso: “ha, o doente veio é pra consulta médica, eu tenho um problema pra resolver aqui”. Na hora que o problema é o de mexer na medicação, “Ih é o médico!” Aí ele joga o doente em cima do médico porque aquilo ali pra ele é difícil lidar. Então, assim, todos ainda temos esse modelo centrado no médico. O médico tem isso, óbvio. Então eu acho que tem que partir dele pra delegar as coisas, mas pra saber escutar as outras áreas. Mas não estão preparados nem professores, nem alunos. (Fragmento 10)

Todavia, a busca pela quebra da hegemonia médica nos processos de produção de saúde no Ambulatório torna-se um grande desafio. Nesse sentido, é válido aproveitar a fala de Magali que, devido a sua graduação, posiciona-se de “dentro” do discurso médico para tecer comentários sobre a Medicina e a prática médica. Entre eles, merecem destaque os Fragmentos 9 e 10, em que a chefe do Serviço aponta a dificuldade do médico de trabalhar em equipe, devido à questão do ensino e *formação* dos acadêmicos de medicina e à polaridade na responsabilidade do tratamento, evidenciando o discurso *médico-centrado*.

No que diz respeito à centralidade do cuidado em saúde no saber médico, merece atenção o uso do significante “*donos da bola*”, empregado no Fragmento 9 pela coordenadora do Serviço. Os “*donos da bola*” remetem, no discurso da entrevistada, à posição *médico-*

centrada nos processos de produção de saúde, em que o trabalho é realizado sob a tutela do médico. Ou seja, como “*donos da bola*”, escolhem quem pode jogar, em qual hora, qual local e com qual regra. Ampliando um pouco mais o olhar para as discussões recentes sobre as relações de poder no tratamento em saúde no Brasil, existe atualmente o debate sobre a lei 12.842 de 10 de julho de 2013, a qual ficou conhecida como *Lei do Ato Médico*. A proposta da lei visava à atribuição de exclusividade ao médico em ações como o “diagnóstico de doenças e a prescrição terapêutica, além de conceder a hegemonia na coordenação de equipes de saúde, dando ao médico um caráter de superioridade diante das demais profissões” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005, p. 3). Nesse contexto, “*passar a bola*” torna-se um desafio ainda maior quando não se está preparado para isso. Magali, nesse ponto, destaca a importância da *formação* através do “*treinamento*” dos alunos. Nesse prisma, a fala da médica ganha peso maior na medida em que é professora da Faculdade de Medicina, podendo dizer do lugar de quem transita no campo do ensino e da extensão. Reforçando o dito da entrevistada acerca do despreparo dos alunos de graduação para o trabalho em equipe, vale destacar o pensamento da PNH quando enfatiza o caráter desafiador da qualificação não só dos serviços, mas também dos trabalhadores na busca de novas atitudes, visando a superação dos desafios cotidianos (Pasche & Passos, 2010).

Ainda no Fragmento 9, merece destaque a repetição da prática *médico-centrada* por parte dos alunos de graduação em Medicina, em que a palavra do médico “*é a última*”.

Com a última palavra, o médico/professor passa uma postura “*autoritária*” para os alunos em graduação, cristalizando a relação horizontal entre profissional de saúde e usuário, na qual o sujeito atendido é desprovido de sua subjetividade, transformando-se em objeto do saber daquele que o atende. É importante destacar, que esse tipo de *formação*, flagrada por Magali, afeta também o Ambulatório de Diabetes.

A entrada de diferentes saberes não é capaz de marcar a quebra total do monopólio do conhecimento médico sobre o sujeito atendido, mas possibilita “passar a bola” para outros saberes. Embora ainda não seja capaz de retirar o atendido da posição de passivo no processo de produção de saúde, já se pode registrar uma mudança.

5.3.1.2.6 As disputas pelo espaço físico

Além dos desafios internos do Ambulatório em sua construção, a inclusão de novos saberes também é afetada pela disputa por um espaço físico com outros Serviços, como marca o fragmento abaixo.

Por conta disso, estrutura, as pessoas brigam: “ah! Porque a Endocrinologia ocupa todas as salas do ambulatório? Porque não tem espaço pras outras pessoas?” É que as pessoas acham que tudo isso é uma soberba médica, digamos assim, como todos têm. Na verdade nesse Ambulatório, são 5 salas ocupadas pela Medicina. As outras salas são todas das áreas do Projeto. E as pessoas não vêem isso. Eu diria que a administração do hospital não. Essa coisa é respeitada pela administração do Ambulatório inclusive, mas eu já tive muitos problemas de enfrentamento com colegas que dizem que a endocrinologia está hipertrofiada. E eles não acham que isso é um campo de prática do Serviço Social, do curso de Nutrição, da Psicologia, enfim, de todas as áreas que estão aqui. Eles acham que isso tudo é a Endocrinologia e é mais um médico que está querendo dominar o espaço, que está querendo brigar por um espaço. (Fragmento 11)

O espaço físico é um gargalo dentro do Hospital Universitário. É uma coisa complicadíssima. Então, existe uma coisa quase meio feudal. “Eu tenho meu território e ninguém chega ali!” Mas enfim, a gente foi conduzindo a coisa, foi levando, e a gente conseguiu [...] pelo menos, uma sala para cada área. Tem dia que fica complicado e ficam duas áreas, que se falam, digamos assim de uma maneira mais próxima, reunidas em uma mesma sala. (Fragmento 12)

Além dos desafios internos vividos pela equipe de saúde na divisão da responsabilidade do tratamento entre as diferentes áreas de saber, o Ambulatório de Diabetes também sofreu com dificuldades externas oriundas de médicos de outros ambulatórios do HU-UFJF, como visto nos Fragmentos 11 e 12. Dentro desse debate, as relações de poder no atendimento ao diabético foram atravessadas por um embate de especialidades médicas entre si e dessas com as demais áreas de saúde. Contudo, um dos motivos desse duelo é a estrutura física, apontada pela coordenadora com um dos “gargalos” do Hospital Universitário, onde as salas da instituição ganham destaque como privativas de determinado ambulatório, um determinado dono, um “feudo”. Por ser um trabalho com atuação de várias disciplinas, a equipe do ProDia tornou-se maior do que a maioria dos outros serviços do HU-UFJF, sendo importante para sua atuação uma ocupação de um número maior de salas. A demanda por mais espaço para a realização do atendimento *interdisciplinar* no Ambulatório de Diabetes é vista, por alguns chefes de serviços, como uma “hipertrofia”, oriunda do desejo de “mais um médico que está querendo dominar o espaço” (grifo nosso). Nessa disputa, chama atenção a forma como a coordenadora coloca a Medicina ao lado das demais especialidades, no sentido de justificar a necessidade do número de salas para o funcionamento do Projeto. Nesse caso, a tensão identificada por Magali dificulta o intercâmbio entre os ambulatórios, podendo levar a dificuldade de *integralidade* nos cuidados com os usuários.

5.3.1.2.7 A construção do acolhimento integrado e a descentralização da gestão do serviço

Outro tema relevante na entrevista com Magali diz respeito à construção do AI e à descentralização da gestão do Serviço que vem à tona com a construção do AI.

Acolhimento, ele foi uma iniciativa de uma residente de Serviço Social [...] e como eu disse, a gente tem muitos alunos que entram na extensão e eles se interessam, ou se encantam mesmo por ver a questão da extensão. Então eles ficaram durante muito tempo. [...]. Eu costumo dizer que eram estagiários sênior's porque eles foram ficando. [...] e alçaram a condição de staff. [...] eles começaram a trabalhar comigo, como se eles estivessem também gerenciando o Ambulatório. E aí era uma coisa legal, porque tinha esse contato. Como eu tenho a questão de orientar acadêmicos, e residentes e tudo mais, muito dessa coisa do Projeto da área educativa, eu precisava de uma pessoa que conduzisse isso. Também não existia essa pessoa. Então eu ficava, mais ou menos a distância, sabendo o que estava acontecendo, mas quem efetivamente tinha um contato, digamos, mais próximo, com os alunos, e das áreas não Médicas eram o estagiário da Educação Física e o estagiário da Psicologia. (Fragmento 13)

E aí o quê acontece. Eles nesse contato com essa residente de Serviço Social, eles também se interessaram por essa questão do acolhimento. Então, eles começaram todo o trabalho de fazer um estudo, de levantamento bibliográfico e depois de escuta da equipe, até que foi apresentado para equipe o Projeto de como fazer isso acontecer aqui dentro do Hospital Universitário. (Fragmento 14)

Mas eu aqui dentro do Ambulatório, como eu sou supervisora do programa de residência em Endocrinologia e preceptora do Ambulatório de Diabetes, eu oriento os residentes da Endocrinologia, que são dois. Além disso, eu sou preceptora da residência de clínica Médica, então eu oriento os residentes da clínica médica, que agora a gente está com dois residentes. A gente tem também o curso de pós-graduação da Nefrologia. Pela interface da Nefrologia com a Endócrino, eu oriento também o aluno da pós -graduação da Nefrologia. Além disso, oriento um número variável, entre quatro de dez estagiários do curso de Medicina. Além disso, a gente tem dois alunos do Projeto de extensão, desse Projeto onde está inserido o acolhimento, que a gente tem que dar orientação para esses alunos. E além disso, tem também o aluno do treinamento profissional. E além disso, eu coordeno o Ambulatório de Diabetes na parte de serviço, na parte assistencial do Ambulatório que é um serviço do Hospital Universitário. E além disso, eu coordeno o Projeto de extensão em diabetes. Como é que eu faço isso? No princípio, só tinha eu de professor, mas tinha, como eu disse, todos esses estagiários senior's que sempre ajudaram muito o Serviço. Aí a gente foi conseguindo daqui e dali, um e outro, e hoje a gente tem um professor de endócrino que também trabalha nesse Ambulatório; um professor voluntário, que o Ambulatório cresceu muito em relação ao diabetes do tipo 1; e uma professora que é do estágio que ajuda na orientação. Mas as vezes dá uma fila de alunos esperando pela orientação. Então é essa função aí, meio fogo! (Fragmento15)

No passar a bola, descentralizando o atendimento do médico, ganha destaque, no dito de Magali, a autonomia entregue aos trabalhadores de saúde do ProDia, como observado

nos Fragmentos 13 e 14. Essa distribuição de poder levou o Serviço às práticas de *cogestão* entre os membros da equipe, que passaram a responsabilizarem-se pelos os desafios da organização do Serviço de saúde. É interessante notar como o AI é construído de baixo para cima, ou seja, não se faz de uma imposição da chefia. Pelo contrário, sua edificação parte dos trabalhadores de saúde embasados em um referencial teórico. Dessa forma, o Acolhimento Integrado, diferente das ações desenvolvidas até então, não parte da coordenadora, mas sim dos trabalhadores de saúde, com ênfase na atuação da residente de Serviço Social, realizando um trabalho de *cogestão* do Serviço.

A prática, com o protagonismo da totalidade dos profissionais, acaba direcionando o Ambulatório para o atendimento *usuário-centrado*, dando mais um passo na quebra no modelo de atenção instituído exclusivamente no saber médico. No discurso de Magali, ainda é válido chamar atenção para o fato da chefia do Ambulatório acompanhar a realização do trabalho, “*mais ou menos*” à distância. O *afastamento* de Magali nesse *processo* devido à impossibilidade de onipresença da coordenadora, dado o acúmulo de suas funções no Hospital e seu desejo de que outros trabalhadores conduzissem as ações educativas do Ambulatório, marca a liberdade encontrada pela equipe na elaboração do Projeto, como destacado no fragmento 15. Merece notar nesse fragmento o uso do significante “*meio fogo*” que aponta a dificuldade de coordenação de um Projeto, que se propõe atuar *interdisciplinarmente*, concentrado na figura de um único chefe, e a importância da *cogestão*, na descentralização das ações de planejamento e organização do Serviço.

5.3.1.2.8 A escuta nos processos de produção de saúde do ambulatório

Na entrevista de Magali, o tema da *escuta* aparece ligado aos processos de produção de saúde. Com ele, a coordenadora aponta a possibilidade de um trabalho mais humanizado e voltado para o desejo dos sujeitos atendidos.

É que eu acho que a área de educação e extensão universitária, eu acho que ela tem íntima relação com uma coisa que é tão falada hoje que é a coisa da humanização na assistência. Eu acho que é difícil separar as duas coisas. Ou seja, você tem uma escuta pra comunidade. [...] Então você também passa a ouvir um pouco mais a pessoa que vem procurar a sua assistência, seja ela de que área for.
(Fragmento 16)

Porque, ah, a gente fala muito nas reuniões, ele veio para o médico e vamos aproveitar depois vai para a nutrição. Mas ao mesmo tempo não é aquilo. Ele não está preparado naquela hora e não é aquilo que ele queria fazer. Então, essa é a grande coisa do Acolhimento. E você desenvolver um programa de educação e diabetes, com foco naquele paciente, naquele momento que ele tá vivendo e não ter uma programação pré-fixada. (Fragmento 17)

O ponto positivo eu acho [...] é propiciar uma aproximação do nosso usuário aqui. [...] Então eu acho que a grande coisa é essa, de ouvir o que a pessoa quer. E a possibilidade de você conseguir vislumbrar a linha de atendimento e isso vai facilitar. (Fragmento 18)

Chama atenção, nos fragmentos 16 e 18, a forma como Magali liga a *humanização* e o acolhimento às práticas de *Educação em Saúde*, com a *escuta da comunidade e a pessoa que vem procurar sua assistência*. A ação de *escutar*, na Política Nacional de Humanização, ganha relevância no conceito de humanização, uma vez que possibilita a abertura de espaço para as falas, as queixas e os incômodos dos sujeitos que procuram o serviço de saúde. *Escutando*, é possível abrir *espaços de intercessão* entre trabalhadores e usuários, visando a resolutividade dos casos atendidos de forma ampla, para além de uma disfunção biológica (Bernardi, 2010; Franco, Bueno & Merhy, 1999; Mattos, 2009). No discurso de Magali, o Acolhimento Integrado ganha destaque justamente como local de escuta do sujeito atendido. Nele, a coordenadora aponta o respeito às prioridades de tratamento apontadas pelo usuário, indo ao encontro da ideia de *Educação em Saúde* e atendimento *usuário-centrado*, como referenciado no Fragmento 17.

Na fala da médica, o acolhimento desenvolvido no Ambulatório de Diabetes está contido nas práticas de *Educação em Saúde*, as quais já eram realizadas desde o início do Projeto de Extensão, como dito anteriormente. Dessa forma, o Acolhimento Integrado é mais uma ferramenta que caminha na mesma direção do objetivo proposto pela coordenadora para o Serviço, rompendo com a lógica *medico-centrada*. O AI, nesse contexto, aparece como forma de auxílio na organização do fluxo de atendimentos e *acesso* às diversas disciplinas do ProDia. Nele, o roteiro de atendimentos não parte apenas da identificação da demanda por parte do profissional de saúde, mas sim do desejo do usuário, como a coordenadora destaca em sua fala no Fragmento 17. Dessa forma, passam a ter um peso maior as queixas, os desconfortos e a vontade do atendido, respeitando seu tempo, na elaboração do tratamento. *Passando a bola*, agora para o sujeito que busca o Serviço, o acolhimento marca a aproximação capaz de gerar a corresponsabilização do atendido. Nessa troca de passes, a equipe, *escutando* o usuário, *passa a bola* para ele, como enfatizado no Fragmento 18. Nesse

jogo de troca de passes, por analogia, o acolhimento aparece como o meio campo do time, distribuindo a bola e dividindo a responsabilidade do jogo.

5.3.1.2.9 O desafio do acolhimento integrado no auxílio à consolidação das trocas entre a equipe

Entre os desafios da operacionalização do AI, a coordenadora do ProDia aponta para a importância da sistematização na troca de informações entre os membros da equipe. No entanto, vislumbra, nessa ferramenta, a possibilidade de ajuda no trânsito de dados entre os trabalhadores de saúde.

Eu acho que, todas essas áreas, a gente tem nove cursos trabalhando aqui, eu acho que eles tinham que convergir em uma ponte que é a escuta do usuário, aí todos se reuniam, e fala: “olha, o que eu vejo é isso. (Fragmento 19)

Então, eu acho que, essa coisa do acolhimento podia trazer isso. Essa coisa de ser o caminho para unir todo mundo, para as pessoas tentarem falar a mesma língua. Isso é o que ele pode contribuir para o Serviço. (Fragmento 20)

Pra articular isso bem, pro acolhimento funcionar bem, pra esse Ambulatório efetivamente ser interdisciplinar, porque eu ainda acho que ele é multidisciplinar, ele não é inter! Essas pessoas precisariam se reunir. Ou seja, todos precisariam de uma pós- consulta. (Fragmento 21)

Embora a abertura para *passar a bola*, o Acolhimento traz à tona a visualização dos desafios para seu bom funcionamento e, por consequência, para o bom andamento do ProDia. A coordenadora do Ambulatório aponta que a escuta realizada pelos diferentes trabalhadores do Serviço deveriam convergir no diálogo constante entre as áreas, visando à *integralidade* dos sujeitos atendidos. A “*ponte*”, significante evidenciado no Fragmento19 de sua entrevista, capaz de levar e trazer informações dentro da equipe, é vislumbrada como uma edificação possível de ser realizada com a ferramenta de acolhimento, como mostra o Fragmento 20. Para a coordenadora, a criação de um espaço de troca de informações é um ponto crucial para que a equipe alcance a *interdisciplinaridade*. No movimento de troca de informações, Magali destaca a relevância do preparo da equipe para realizar as discussões de casos.

Todos precisariam de uma pós consulta de cada dia. A gente já tentou fazer isso, em nossa reunião de equipe, mas o que a gente percebe é que o aluno da graduação e o recém-saído da graduação, ele não está muito preparado pra isso não. Ao invés dele trazer questões, pelo menos a gente fez isso umas dez vezes no máximo, as pessoas traziam muitas questões, digamos assim, da área dela, que sim, era uma coisa interessante para o Ambulatório, mas que começavam a se debater em pontos que diziam respeito, é, à vida pessoal do paciente. Eu particularmente parei de fazer isso porque eu acho que existia uma certa invasão da privacidade daquilo que o doente comentou com uma determinada pessoa, trazia para uma reunião de equipe como uma forma meio, meio grosseira e que a mim não me agradava [...] Ou seja, a coisa sempre caminhava pra uma coisa meio novelesca, e eu acho que a coisa não era isso. (Fragmento 22)

Obviamente ninguém está preparado pra isso. Chega nas outras áreas, você até tenta fazer o seu trabalho, mas ainda é: eu vou fazer o meu trabalho do jeito que eu aprendi no meu curso de graduação. No meu curso de graduação eu também não fui treinado pra abordar um médico, por exemplo. Ou se eu for abordar esse médico, eu não abordo esse médico, não no mesmo nível. É uma coisa que eu sinto. As pessoas abordam o médico como se fosse um ser diferente. Ele é um profissional dentro do Ambulatório, mas ele é um pouco diferente. Ou então eles passam assim: “ é porque os alunos da medicina são muito desligados, os alunos da medicina, eles não entram no Projeto”. Ou seja, ainda existe uma disputa do que é médico e do que não é médico. As pessoas ainda não conseguem focar no doente, focar no que a gente quer atender, focar no conhecimento daquilo e a partir daí formar realmente uma equipe. (Fragmento 23)

Eu acho que a equipe tem que crescer primeiro. Entender o que é a conversa interdisciplinar, entender o que é preservar um doente e não expor o doente em uma equipe, que às vezes, tinha vinte pessoas discutindo a vida de uma pessoa de uma forma meio leiga, digamos assim. Ai eu acho que dentro da academia isso não pode acontecer. Então eu acho que esse é o gargalo agora. [...] Existe uma confusão, por parte da maioria dos alunos, em saber o que é uma atividade de extensão. Talvez, muitos profissionais dentro da universidade não tenham muito essa ideia. O ensino é claro, a pesquisa é clara, a extensão fica uma coisa nebulosa. (Fragmento 24)

A troca de dados dentro do Ambulatório de Diabetes ainda é vista como insatisfatória por Magali. Essa insatisfação fica evidenciada nos fragmentos 22, 23 e 24, em que o Projeto é visto em uma posição limítrofe entre a *interdisciplinaridade* e a *multidisciplinaridade*. Para a melhora desejada, a coordenadora destaca a manutenção de um espaço formal de repasse de informações entre os trabalhadores do Ambulatório. Algo que já foi tentado pela coordenadora do Projeto, mas que, segundo ela, acabou se desvirtuando em comentários que invadiam a vida pessoal do atendido, afetando sua privacidade. A discussão “*novelesca*” do caso, apontada no Fragmento 22, guiava o debate em equipe para assuntos que, na visão da coordenadora, não eram relevantes ou pertinentes à reunião. Para a superação desse impasse, Magali destaca a importância do amadurecimento e *formação* da equipe, e repudia a postura

invasiva na discussão de casos dentro da academia, como aponta o Fragmento 24. Esse despreparo pode ser fundamentado no dito de Magali, quando sublinha a dificuldade dos alunos e professores da universidade em relação às atividades de extensão.

Ainda refletindo sobre a comunicação dentro do Ambulatório de Diabetes, Magali ressalta o repasse de informações entre a medicina e as demais áreas do programa, no Fragmento 23. Na fala da coordenadora, chama atenção a forma como ela identifica a maneira com que a equipe de saúde se coloca diante do médico em um momento de troca. Nele, a equipe não se põe no “*mesmo nível*” que o médico para abordá-lo, ficando subentendido seu posicionamento em um patamar de inferioridade. Dessa forma, mais uma vez, a possibilidade de quebra do modelo de atendimento *médico-centrado*, proposta pelo Acolhimento Integrado, foi colocada em cheque. No mesmo fragmento, a médica ainda aponta para o embate nas relações entre médicos e não médicos. Essa disputa, segundo a coordenadora, desvirtua a finalidade do tratamento, retirando o foco do atendimento do sujeito que procura o Serviço. Em sua fala, a coordenadora apresenta o médico como alguém que deve ser tratado de forma igual aos demais trabalhadores, destituído a relação *médico-centrada* nos cuidados em saúde.

5.3.1.2.10 A rotatividade dos integrantes do ambulatório

Por fim, é destacada na entrevista com a coordenadora a questão da rotatividade dos integrantes do Projeto.

[...] a gente tem residentes da endocrinologia. Esses ficam efetivamente no Ambulatório durante dois anos. Então eles seriam uma parte da equipe que, digamos assim, de continuidade e podem inclusive treinar outras pessoas. A gente tem, residentes de clínica médica, que passam, às vezes um, às vezes dois, às vezes um mês, às vezes dois meses. [...]Então é uma população flutuante muito grande. Que aí, além desses, a gente ainda conseguiria, como são poucos, ter um certo controle, entre aspas. Ai vem os estagiários que estão se formando no curso de Medicina. Esses ficam 6 semanas. E ai, eles vem em blocos. Às vezes vem dez, às vezes vem 02. E ai como é que você trabalha uma equipe que às vezes você vai contar com 10 pessoas, às vezes você vai contar com duas pessoas? E além disso, tem os alunos que têm interesse na área de diabetes, têm interesse na área de endocrinologia que é a Liga Acadêmica de Endocrinologia. Que no caso são quatro alunos. Esses também ficam durante um tempo e nesses são incluídos os bolsistas do Projeto de extensão. (Fragmento 27)

Pouco são os orientadores, ou supervisores, das residências multiprofissionais que vieram aqui no Ambulatório ver como é que funciona. (Fragmento 28)

Na fala de Magali, é possível identificar que não é apenas o envolvimento e o amadurecimento da equipe que se colocam como um desafio para o Projeto e o Acolhimento, como exposto no tema anterior. Dentro do Serviço, existe ainda a rotatividade dos membros, como mostra o Fragmento 27, a qual influencia a quebra da lógica de atendimento proposta pelo Acolhimento, afetando a *interdisciplinaridade* e a *integralidade* no ProDia.

Dada a formação voltada para a visão especializada, a chegada de novos integrantes em um Serviço, que busca a participação de diversos saberes no tratamento, pode ser motivo de estranhamento ou resistência para eles. Atuar com a lógica de cuidados em saúde proposta pelo AI, poderá levar algum. Por isso, a rotatividade dos trabalhadores torna-se um desafio nas práticas do ProDia. Nesse sentido, a participação de membros fixos no Serviço é vista como uma solução. Todavia, como desabafa a coordenadora no Fragmento 28, a preocupação em acompanhar o Ambulatório e realizar a *cogestão* no Serviço não é compartilhada por todos os profissionais envolvidos com o Serviço.

5.3.2 Dados produzidos com trabalhadores de saúde do ambulatório

A entrevista com os trabalhadores de saúde do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF ganhou destaque no estudo realizado, tendo em vista a riqueza da fala desses atores sobre o planejamento e a execução do Acolhimento Integrado. Além disso, eles são aqueles que estão em contato direto com os usuários do serviço e vivem, de perto, as angústias, as expectativas e as demandas daqueles que buscam o atendimento.

A multiplicidade dos entrevistados, no que diz respeito às especialidades incluídas na pesquisa, gerou para o estudo uma opulência na variedade de olhares sobre o AI, o Serviço e os processos de produção em saúde. Com isso, os dados produzidos nesse bloco de análise permitiram ampliar o olhar sobre o objeto de estudo da pesquisa, integrando diversos saberes.

5.3.2.1 Perfil dos trabalhadores de saúde do ambulatório entrevistados

Seguindo o critério de inclusão descrito no método da pesquisa, foram entrevistados ex-estagiários, ex-residentes, ex-profissionais e profissionais do Ambulatório de Diabetes do

HU-UFJF. A variedade de saberes nesse bloco de investigação pode ser notada pelo fato da pesquisa abarcar sujeitos das equipes de Educação Física, Farmácia, Odontologia e Serviço Social.

Entre os entrevistados, dois continuam atuando no Serviço e quatro não integram mais o Ambulatório. No momento da realização da entrevista, em 2013, todos já haviam se formado. Nesse quesito, é destacável o fato de todos os trabalhadores de saúde incluídos na pesquisa terem se graduado na Universidade Federal de Juiz de Fora. Além disso, merece relevo a continuidade na formação desses profissionais, uma vez que eles ou já concluíram, ou estão cursando, no mínimo, a pós-graduação *Stricto Sensu*.

Todos os entrevistados foram tratados com nomes fictícios visando o sigilo dos participantes.

5.3.2.2 Apresentação dos recortes das falas e análise do discurso dos trabalhadores de saúde

Nas entrevistas com os trabalhadores de saúde, ganhou destaque a visão desses atores sobre a construção do Acolhimento Integrado e a busca pela alteração do modelo de saúde centrado na figura do médico. A partir das falas dos participantes, foram sublinhados os seguintes temas: a primeira impressão dos trabalhadores ao chegarem no Ambulatório; a estrutura física e os processos de produção de saúde; as principais atividades de cuidado em saúde desenvolvidas antes do AI; o aproveitamento dos trabalhadores de saúde anteriormente ao AI; a realização de consultas sem a certeza da demanda; os intercâmbios de encaminhamentos antes do Acolhimento Integrado; a repetição de procedimentos; a construção do AI; as trocas entre a equipe após o AI; o fluxo de atendimento após o AI; o aproveitamento das especialidades do Projeto após o AI; a responsabilização sobre as demandas apresentadas pelos usuários; o Acolhimento e as práticas de Educação em Saúde; a alteração do modelo de saúde centrado na figura do médico; a necessidade de melhoria nas trocas entre os integrantes da equipe; a identificação de falhas na resolutividade das demandas dos usuários; o tempo na realização das consultas; a rotatividade dos integrantes do Ambulatório; os desafios da formação em saúde; a humanização no HU-UFJF; a satisfação dos trabalhadores de saúde na atuação no ProDia.

5.3.2.2.1 A primeira impressão dos trabalhadores ao chegarem ao ambulatório

O primeiro tema que merece destaque na entrevista com os trabalhadores de saúde foi a impressão que eles tiveram ao chegarem no Ambulatório, como mostram os recortes de fala abaixo.

Os demais acadêmicos das outras áreas (dizendo dos trabalhadores não médicos) apenas aguardavam serem contactados em algum momento. [...] “Eu achei que havia uma grande demanda dos pacientes com relação ao conhecimento da doença diabetes [...] Então devido a essa necessidade de salas a gente acabava perdendo os pacientes que iam embora pra casa e a gente não passava algumas informações. A gente perdia muitos pacientes em função disso. (Janúsa)

Ixí! Na época que eu vim pro Ambulatório, era uma época que o Ambulatório ainda tava em construção e todas as áreas que não médicas tinham grande dificuldade em atuar no Ambulatório. (Pedro)

Uma bagunça! (risos) Uma bagunça. Primeiro porque eu não conhecia o Ambulatório. [...] Eu achei uma bagunça, no sentido que, era muita gente, ainda era no hospital antigo, não tinha sala. A sala de espera era tudo junto com médico chamando paciente, gritando, a gente tinha que ficar correndo atrás de sala e atrás dos pacientes pra levar pra sala. (Duda)

O primeiro dia que eu cheguei, foi bem confuso. Os pacientes estavam meio perdidos, eles chegaram sete horas da manhã, e ficavam lá até quase meio dia e não tinha uma divisão de quem o atenderia. Então tava quase todo mundo tentando laçar o paciente. Então, eu achei muito confuso. No primeiro momento eu até pensei em desistir da participação, porque eu achei muito complicado, porque o paciente estava ali só buscando uma consulta médica, no máximo um nutricionista e todos os profissionais querendo agarrá-lo, desesperadamente para realizar o seu atendimento. (Petúnia)

Havia uma necessidade imensa de uma estrutura adequada do Ambulatório do Morro da Gloria, eh, de salas para que os profissionais pudessem conversar com os pacientes. (Abóbora)

Nos fragmentos de fala recortados acima, é possível notar diferentes posturas dos entrevistados ao chegarem no Serviço que apresentava o atendimento médico como prioridade. Em uma atitude mais passiva, Janúsa aponta para a espera aguardando ser “contactada” pela Medicina para realizar seu atendimento. Com postura contrária, Duda e Petúnia apresentam uma ação de busca dos usuários para as consultas com as especialidades não médicas. Neste caso, fosse “tentando laçar” ou “correndo atrás” dos pacientes, as trabalhadoras mostravam um desarranjo em sua comunicação, evidenciando uma prática

multidisciplinar nos cuidados em saúde. Essa [des]estruturação da equipe levou as entrevistadas a utilizarem os significantes “*bagunça*” e “*confuso*” para dizerem de suas primeiras impressões do trabalho. Todavia, vale destacar que nenhum dos entrevistados conhecia o Ambulatório anteriormente. Somando-se esse fato ao tamanho da equipe, o número de usuários que buscam o ProDia e a realização de outros ambulatórios no mesmo espaço do hospital, é possível inferir que a chegada ao Serviço é um evento impactante para quem nunca atuou em uma equipe com essas proporções.

5.3.2.2.2 A estrutura física e os processos de produção de saúde

Não apenas na primeira impressão sobre o Serviço, mas também no relato dos trabalhadores sobre o funcionamento do Projeto, a questão da estrutura física foi destacada pelos entrevistados. Dentro desse tema, ganhou ênfase a mudança do Ambulatório para a unidade do HU-UFJF no bairro Dom Bosco.

Não tinha espaço, não tinha sala pra fazer atendimento, era uma participação bem superficial. E até pouco reconhecida pelas outras áreas né! Não havia contato (junta as pontas dos dedos das duas mãos) entre as outras áreas. (Pedro)

Quando mudou pro CAS Dom Bosco, eu acredito que houve uma melhora significativa. Além do conforto, a gente pode, a equipe pode, conversar mais trocar mais informações que a gente tinha espaço. A gente tinha ambiente, não somente pra atender os pacientes em salas separadas mas, a gente tinha uma sala pra que toda equipe pudesse se reunir e conversar logo após o final do Ambulatório. Então eu acho que houve uma melhora com relação a infra-estrutura A gente pode conversar de uma forma mais privada, pode ter mais tempo para ficar com os pacientes. Então uma coisa mais organizada depois que houve essa mudança. (Abóbora)

Quando a gente foi pro CAS, eu lembro que, a gente ficou mais organizado. Porque tinha dois andares de Ambulatório, lá em baixo e lá em cima, e a gente já teve uma estrutura melhor de serviço. A coordenadora já tinha a sala dela, aquela sala de reunião, lembra? Já tinham as salas específicas pra cada profissional. E aí eu lembro que no começo o Serviço Social continuou atendendo lá em baixo. O que também foi um dificultador. Depois a coordenadora do Ambulatório conseguiu uma sala pra gente lá em cima. E aí, conversando com a direção conseguimos a sala pra todo mundo e ficou todo mundo ali. Mas quando a gente subiu ainda não tinha o Acolhimento não é?! O Ambulatório subiu em 2008, ou melhor, 2007. (Duda)

Entre os recortes apresentados acima, chama atenção o fato do espaço físico, inicialmente destacado como incapaz de acolher esses profissionais, ser colocado como um

empecilho para realização de práticas *integradas*. A dificuldade de trocas em decorrência do espaço físico é evidenciada por Pedro em sua fala e seu gestual, ao unir as pontas dos dedos para transmitir a ideia de “*contato*” que não existia antes na equipe.

Nesse ponto, vale lembrar que o Serviço de atenção ao diabético teve o início de suas atividades na unidade Santa Catarina do HU-UFJF e, em 2007, foi transferido para o CAS, localizado no bairro Dom Bosco, logo após sua inauguração. Com a mudança para as novas instalações do HU-UFJF, os trabalhadores notaram melhoras no Serviço devido ao número de salas disponíveis para realização de atendimentos individuais. Além da disponibilidade para os atendimentos individuais, as reuniões de equipe, o “*conforto*” e a melhor organização do Serviço foram associados, a transferência para a nova unidade do HU-UFJF. Para os entrevistados, a estrutura física, com um maior quantitativo de salas foi destacada como requisito para um bom atendimento.

5.3.2.2.3 As principais atividades de cuidado em saúde desenvolvidas antes do acolhimento integrado

Entre as principais atividades desenvolvidas pelos trabalhadores antes do Acolhimento, obteve relevância as ações coletivas, como a atendimentos de sala de espera e as reuniões mensais com os usuários.

Ah, Naquela época, meu trabalho era bem restrito apenas a passar informações e fazer palestras em salas de espera. E, que eram muito proveitosas, mas devido à dificuldade com relação as salas, eu fazia um atendimento, na minha área, por manhã. Eu acredito que não supria a demanda existentes na minha área. (Abóbora)

Inicialmente eram divididos os serviços de palestras. Aquelas atividades educacionais [...] Desde o início já eram realizadas palestras ali na sala de espera, mensalmente. Cada profissão era responsável por um mês e também lá no Ambulatório do HU Santa Catarina, em que nós fazíamos palestras também. Palestra mensal, um grupo lá no HU Santa Catarina. Era mais atividade de educativa mesmo. (Maria)

A nossa maior participação era em algumas reuniões e na sala de espera, né. Era onde a gente tinha maior espaço pra ter contato com o paciente. (Pedro)

Com um número ainda insuficiente de salas, ou quando suficientes, sem a realização da quantidade de atendimentos que descreveriam como satisfatório, os trabalhadores sentiam-se limitados na execução de suas tarefas. Essa limitação pode ser observada no discurso de

Abóbora ao utilizar os significantes “*bem restrito*” e “*apenas*”, ao dizer do trabalho de passar informações e realizar atendimentos de sala de espera. Com o uso desses significantes fica pressuposto o potencial que a entrevistada vislumbra na execução de consultas individuais em sua especialidade e o descontentamento devido ao não esgotamento das demandas nas ações coletivas de cuidado em saúde. Chama atenção a ênfase dada à sala para intervenções individuais, que aponta para a réplica de uma ação clínica nos cuidados em diabetes, o que, até certo ponto, pode ser considerado como aceitável em um serviço secundário de atenção à saúde. Entretanto, esse tipo de intervenção não pode ser tomada como única forma de ação nesse nível de atenção à saúde.

Com o panorama descrito acima, os trabalhadores colocaram a ênfase no desenvolvimento de estratégias de atendimentos coletivos do Projeto. Nelas, ganham força as ações de *Educação em Saúde*, realizadas nas atividades de salas de espera e nas reuniões mensais com os usuários, assim como evidenciadas por Abóbora, Maria e Pedro. Nesses espaços, os demais trabalhadores conseguiam alcançar o “*contato*” com os usuários do programa.

5.3.2.2.4 O aproveitamento dos trabalhadores de saúde anteriormente ao acolhimento integrado

Outro tema identificado nas entrevistas foi o aproveitamento dos trabalhadores de saúde antes da operacionalização do AI. Ao mesmo tempo em que os integrantes não médicos relatam suas dificuldades de contato com os usuários, a equipe de medicina é descrita no extremo oposto, de acordo com os fragmentos de falas abaixo.

Na verdade o trabalho era mais voltado para Medicina. Mas, quase sempre a gente só acompanhava o trabalho da Medicina. Não prestava nenhum tipo de serviço aos usuários.[...] Antes acredito que eles vinham só procurando o médico. Eles não sabiam que tinham esses atendimentos de várias áreas. (Janúsa)

A Medicina não estava integrada, então eles faziam o atendimento deles e já mandavam o paciente embora e não se preocupavam com os outros profissionais. (Petúnia)

A área da Medicina era a mais importante deles estarem passando naquele dia. A consulta médica pra regular a medicação era a mais importante. Então os pacientes não estavam habituados, eles não compreendiam que o diabetes era uma doença que necessita de uma abordagem interdisciplinar. (Abóbora)

Eu acho que o conhecimento dos pacientes a própria consulta, ela ficava menor, e eles passavam em menor quantidade de áreas passavam principalmente, e apenas, na área a Medicina. (Maria)

A predominância do modelo técnico assistencial de saúde *médico-centrado*, enfatizada acima, refletia-se no número de atendimentos realizados pela equipe não médica, evidenciando o *acesso* reduzido a esses profissionais. Os trabalhadores de saúde escutados na pesquisa creditaram o baixo aproveitamento das demais especialidades tanto à postura dos integrantes da equipe médica, quanto aos próprios usuários. No que tange à postura do Serviço de Medicina, ganham destaque as falas de Janúsa e Petúnia. Ambas assinalaram como esses trabalhadores, que recebiam e centralizavam os procedimentos de atenção à saúde no Ambulatório, colocavam-se na posição de escolher e acionar outros saberes para atuarem sobre o caso. Janúsa destaca, em sua experiência no Ambulatório, o fato de “*só acompanhar o trabalho da Medicina*”. A equipe médica é descrita, nos processos de produção de saúde, como aqueles que “*faziam o atendimento deles e já mandavam o paciente embora e não se preocupavam com os outros profissionais*” (Petúnia). Ambas as falas evidenciam a fragmentação no cuidado e a não *integralidade* no atendimento aos sujeitos acompanhados no Projeto, flagrando a responsabilização unilateral nos processos de produção de saúde e a não sistematização do fluxo de atendimento que abarcasse as demais especialidades.

Sobre a prática de *atendimento médico-centrado* incentivada pelos próprios usuários, se faz mister apontar a fala de Abóbora, que registra o fato dos sujeitos atendidos estarem “*habitados*” a terem a consulta médica como prioridade em seu tratamento. Essa visão dos profissionais de saúde é confirmada na fala de Janusa, que também aponta a busca dos usuários por um serviço *médico-centrado*. Todavia, para essa trabalhadora, o desconhecimento da atuação das especialidades no Ambulatório é somado aos motivos desse hábito por parte dos usuários. Com os atendimentos centrados na consulta médica, são reforçados a fragmentação e o reducionismo dos sujeitos acompanhados, evidenciando a dificuldade de execução de práticas integrais em saúde. Dessa forma, os cuidados tornavam-se restritos e não eram capazes de contemplar a saúde em seu conceito ampliado.

5.3.2.2.5 A realização de consultas sem a certeza da demanda

Ainda sobre as práticas antes da execução do AI, foi tomado como tema pelos entrevistados o fluxo de encaminhamento e a realização de consultas com as especialidades

do Ambulatório de Diabetes, sem que o usuário fosse interrogado sobre seu desejo de passar por esses serviços.

O grande problema que eu tinha, que era uma angústia minha, de trabalhar em um hospital e de atender um paciente sem ele me requisitar. [...] De cara, já era o atendimento do Serviço Social. E já dava as orientações também do Serviço Social. [...] ou seja, eu peguei um paciente, eu ia atender, eu já ia atender pegando as demandas do Serviço Social.[...] “A coordenadora do Ambulatório sempre deixou muito claro e ela sempre deu essa importância, valorizou a equipe nesse sentido de que nós somos uma equipe. O usuário veio pro atendimento médico mas ele vai ter que passar por todo mundo.[...] É um programa, não é um médico sozinho. (Duda)

No primeiro momento, a gente chegou um pouco sem saber como que a gente atuaria, por não conhecer ainda o Ambulatório. E então, a gente começou fazendo atendimento geral. A gente atendia a todos os pacientes, o que não foi interessante pois, as vezes o paciente não queria ser atendido e a gente precisava de respeitar isso. (Maria)

Quando eles saíam (remetendo-se ao usuário saindo da consulta médica), a gente naquela, vamos atender, vamos atender, a gente pegava o paciente sem ele falar: “eu quero ser atendido.” “Eu preciso passar pelo atendimento farmacêutico, ou de algum outro profissional”. Então assim, qualquer paciente, independente da vontade ou de encaminhamento, a gente... tentava impor o nosso, o nosso atendimento. (Petúnia)

Com o fluxo de atendimentos focado nas intervenções médicas, os trabalhadores recorriam ao procedimento de ir em busca aos usuários para realização de consultas especializadas, visando à ampliação do *acesso* às áreas não médicas. Essa prática era reforçada pela coordenadora do projeto que, segundo Duda, sempre deu importância aos demais saberes, identificando o Serviço como um coletivo, formado por várias disciplinas e não pelo um médico sozinho. Além disso, após a mudança para a unidade de Dom Bosco do HU-UFJF, com do aumento do número de salas para atendimentos individuais, foi intensificado o esforço para ampliação do *acesso* dos usuários às especialidades não médicas. Nesse movimento, os trabalhadores de saúde passaram a “*impor o atendimento*” sem indagar do usuário sobre seu desejo de ser consultado pela especialidade, como destacado nas falas de Duda, Maria e Petúnia. Buscando a ampliação do leque de possibilidades no tratamento dos usuários e o olhar *integral* dos sujeitos atendidos, a equipe permanece subordinada à práticas de responsabilização unilateral dos cuidados em saúde. Vale destacar que o movimento de imposição do serviço, visto como “*angustiante*”, por Duda, e “*desinteressante*”, por Maria, repete a relação de desigualdade entre usuário e trabalhador de saúde, em que o primeiro está sujeito à determinação do segundo, o que é justificado pelo discurso de produção de bem

estar. Apesar do desejo de um atendimento plural embutido na busca de ampliação do *acesso*, é possível verificar uma contradição entre a busca de *integralidade* sobre o atendido e a imposição das consultas ainda marcadas pela passividade dos usuários.

5.3.2.2.6 Os intercâmbios de encaminhamentos antes do acolhimento integrado

Todavia, foi a partir dessa prática que a equipe de saúde tornou-se capaz de chegar até aos usuários e realizar intercâmbios de encaminhamentos e informações, antes da execução do AI. Nesse sentido, os fragmentos abaixo apontam para ações, por vezes *multidisciplinares*, por vezes *interdisciplinares* no Serviço.

A gente orientava os pacientes, nas demandas específicas do Serviço Social. Eu lembro que a gente fazia orientação. Mas agora eu estou lembrando da gente pegando um atendimento geral e depois encaminhando pros outros serviços. (Duda)

Não tinha as reuniões. Tinha era só de corredor. Encontrava e dizia “Ah, encaminhei isso, isso e isso. Eu achei isso”. Onde ficava solto. (Maria)

Eu acho que a chefe do Serviço foi muito importante nesse momento aí de integrar todo mundo fazê-los verem a importância dos outros profissionais [...] e a necessidade das outras profissões no atendimento integral ao paciente. (Petúnia)

O discurso dos trabalhadores, destacados acima, mostra que o AI não foi a ferramenta que criou os intercâmbios entre as especialidades no Serviço, como apontado pelos fragmentos de fala de Duda, Maria e Petúnia. Essa comunicação indica o esforço da equipe na superação de um modelo *multidisciplinar* em saúde, pretendendo a execução de um trabalho *interdisciplinar*. Nesse empenho da equipe em busca de um trabalho mais *integrado*, é importante destacar o movimento de discussão de casos de modo não formalizado, realizados “*só de corredor*”, como aponta Maria. Na fala dos entrevistados, mais uma vez, é assinalado pelos trabalhadores o esforço da chefia do Ambulatório em “*integrar*” a equipe na busca pela *interdisciplinaridade* do Serviço.

5.3.2.2.7 A repetição de procedimentos

Entretanto, apesar das trocas apontadas acima, a equipe caía na repetição de procedimentos, realizando a mesma pergunta várias vezes ao atendido, como aponta Petúnia no fragmento de fala abaixo.

O paciente era atendido por mais de uma especialidade todo mundo fazia as mesmas perguntas ao mesmo tempo e o paciente já num tava aguentando responder as mesmas coisas. (Petúnia)

A reiteração dos procedimentos tornava a passagem do usuário pelo Projeto demorada e cansativa. Com esse movimento de procedimentos repetitivos, é possível notar como a equipe ainda colocava-se cindida em relação à troca de informações, dificultando sua operacionalização *interdisciplinar*. A repetição de perguntas aponta para a fragmentação nas relações da equipe. Parte dessa ação pode ser creditada ao fluxo de atendimentos, onde, não existindo uma ordenação ou um prontuário único para todas as especialidades, todos os trabalhadores viam-se na obrigação de colher o máximo de informações sobre o caso.

5.3.2.2.8 A construção do acolhimento integrado

Sobre o tema da construção do Acolhimento Integrado, merece destaque a contribuição dos diferentes saberes em sua proposta de criação das fichas de acolhimento do Serviço.

O Acolhimento em si, a parte todinha já estruturada foi feita pela residente de Serviço Social e o estagiário de Psicologia. Eu lembro que a residente, que estava sobre minha orientação, ia me passando os formulários, como era a ficha do Acolhimento Inicial e Acolhimento de Retorno as discussões teóricas. (Duda)

Foram realizados várias reuniões, várias discussões prévias à implantação do Acolhimento no Ambulatório de Diabetes do HU, e eu participei, dando sugestões de como seria a melhor forma da gente fazer essa abordagem aos pacientes [...] concomitantemente a Psicologia e o Serviço Social houve a participação da medicina, da odontologia, da, e da Educação Física e da Nutrição. (Abóbora)

No primeiro momento, nós participamos de reuniões, falando sobre esse acolhimento. (Janúsa)

A ficha de avaliação, não só eu, mas todas as outras áreas participaram da construção, né? Cada um na sua área, e também dando opinião no contexto geral. (Petúnia)

O processo de elaboração do acolhimento foi um pouco conturbado, acho que pelo fato de ser uma coisa nova, uma coisa que, acho que ninguém tava preparado para atuar com isso e também não sabia como era isso, no início acho que gerou um pouco de conflito. Era uma coisa um pouco confusa, a gente não acreditava nisso, que isso fosse acrescentar ao Serviço no atendimento dos pacientes. Eu acho que com o passar do tempo, que a gente teve essa ideia melhor... conseguiu construir essa ideia, de modo que atendesse a todas as áreas, acho que isso se tornou bem interessante pro Projeto e hoje eu acho que é uma ferramenta fundamental pra que o Projeto funcione. (Pedro)

A partir dos intercâmbios entre os membros da equipe, o Acolhimento Integrado foi se desenhando, em um movimento de *cogestão* dos integrantes do ProDia. Motivados pelo *ponta pé inicial* dado pela residente de Serviço Social, os trabalhadores de saúde mobilizaram-se para a elaboração da ferramenta. Dessa forma, colocaram-se em uma posição ativa no planejamento e organização do Serviço, visando à superação dos desafios cotidianos. Sua concepção *interdisciplinar* ficou marcada pela realização de reuniões, grupo de estudos sobre o tema e a construção das fichas de acolhimento com a participação ampla da equipe. No discurso dos entrevistados em relação à elaboração do AI, merece destaque o exposto por Pedro. Esse trabalhador relaciona a criação do acolhimento a questões como despreparo, conflito e confusão. Todavia, ao avaliar a ferramenta em sua execução final, coloca-a como fundamental para o funcionamento do Ambulatório hoje.

5.3.2.2.9 As trocas entre a equipe após o acolhimento integrado

Nas falas dos trabalhadores sobre os processos de produção de saúde após a operacionalização do AI fica evidenciada uma série de combinações de temas relacionados à prática de cuidado e atenção ao usuário do Serviço. Entre elas estão as trocas de informações e conhecimentos entre a equipe, como pode ser notado nos fragmentos abaixo.

Eu achei que foi muito bom, porque, principalmente, em primeiro lugar, a equipe... ela ficou mais... digamos, “interdisciplinarizada”; aumentou o conhecimento científico dos profissionais a respeito da atuação de cada área. (Abóbora)

A partir do momento que eles começaram a ver nosso trabalho, as vezes chamava no atendimento para esclarecer uma dúvida rápida do paciente e até do próprio profissional. (Petúnia)

Eu acho que o acolhimento aproximou mais os profissionais. (Duda)
Eu acho que o principal do acolhimento, é como ele é composto por formação de todas as áreas, a gente consegue ter uma visão global do paciente, não uma visão única, da própria especialidade. Então, eu acho que além do acolhimento ter promovido essa interação entre a equipe, hoje a gente consegue ter mais informações do nosso paciente. E esse número maior, de informação do paciente, nos auxilia até na nossa própria atuação. Então, eu acho que esse é que é o principal do acolhimento, na minha concepção. (Maria)

O Ambulatório se tornou mais interdisciplinar. Além do fato de ter havido essa mudança de estrutura física, que a gente veio de um espaço que era limitado para um espaço maior que colaborou pra que houvesse um aumento na atuação de todas as outras áreas. Mas ainda assim, essas atuações eram isoladas. Eu acho que o acolhimento... ele foi fundamental para que essa comunicação se estabelecesse. Ainda não é a comunicação que a gente espera, que a gente almeja. Mais, depois da implantação do acolhimento, essa comunicação se tornou muito mais facilitada. Acho que isso permite que as outras áreas conheçam o que as outras especialidades tão fazendo. E permite também, esse contato. Acho que aumentou o interesse das outras áreas em relação a todas as outras áreas que fazem parte do Projeto. (Pedro)

Eu acho que não só pra área da Educação Física, mas para todas as outras áreas que fazem parte do Projeto e outras áreas que também foram incluídas, hoje o panorama é outro. Hoje há uma comunicação entre as áreas. Ainda é um pouco deficitária, mas, essa comunicação, ela já existe e tem crescido cada vez mais, no meu ponto de vista. (Pedro)

Entre os relatos sobre as trocas de informações após o AI, chama atenção a *integralidade e a interdisciplinaridade* nas ações da equipe. As relações no Serviço seguem um movimento cíclico, em que os integrantes, com postura “*interdisciplinarizada*”, como dito por Abóbora, conhecendo mais sobre a atuação dos outros saberes, ampliam seu olhar sobre o sujeito atendido. A partir do momento que o usuário é visto de forma mais ampla e integral, o Serviço torna-se capaz de aumentar o número de informações sobre ele. Consequentemente, crescem as identificações de demandas e dúvidas, gerando o contato entre os profissionais, residentes e acadêmicos das diversas áreas, ampliando-se o intercâmbio de conhecimento e encaminhamentos, ou seja, a equipe se torna mais próxima pelo advento do diálogo entre as especialidades. Todavia, Pedro destaca que, embora o Ambulatório tenha se tornado “*mais interdisciplinar*” com a “facilitação” nos repasses de informações após a implantação do Acolhimento Integrado, a comunicação entre a os trabalhadores da equipe ainda é “*deficitária*”.

5.3.2.2.10 O fluxo de atendimentos após o acolhimento integrado

Assim como as trocas de informações entre os membros da equipe, os entrevistados registraram, após a execução do AI, alterações no fluxo de atendimento às especialidades não médicas, como expostas abaixo.

Mudou porque muita das vezes foi observado que o paciente passava nas outras áreas primeiro pra depois passar na Medicina. E ele passava nas outras áreas é, era bastante receptivo nas outras áreas, por que era explicado pra ele a necessidade dele passar nas outras áreas. (Abóbora)

E a gente conseguiu agendar também pro paciente, porque ele não precisava ficar mais de 7 da manhã até meio dia lá. A gente conseguia agendar pra ele voltar. (Petúnia)

O acolhimento, ele é fundamental no serviço de saúde, nos serviços públicos. Porque é uma porta pro paciente. Em que ele vai se encontrar e vai, a partir dali, poder ter acesso ao serviço de saúde e é uma forma de humanização desse serviço. (Janúsa)

Com o olhar mais *integral* sobre os sujeitos que buscam o Serviço e o aumento de intercâmbio de informações e encaminhamentos, os trabalhadores relatam alterações no fluxo e no *acesso* às diferentes disciplinas do Ambulatório de Diabetes. Com a utilização do AI como porta de entrada do Serviço, o Projeto organiza o fluxo de atendimento, com o objetivo de identificar e realizar os encaminhamentos, ampliando o *acesso* às áreas não médicas, guiando-se pelo desejo do usuário. Com isso, as consultas não se colocam mais pela imposição, mas sim pela busca de um tratamento *usuário-centrado*. Dessa forma, o ProDia passa a ter uma orientação para a recepção dos sujeitos atendidos, guiando o trajeto das especialidades pelas quais irão passar naquele dia, tendo em vista a possibilidade de escuta, criada pelo espaço de trocas entre os atores envolvidos nos processos de produção de saúde do Serviço, acolher oportuniza ao usuário “*se encontrar e [...] a partir dali, poder ter acesso ao serviço de saúde*”, como exposto por Janúsa, que identifica, nessa ação, a *humanização* nos cuidados em saúde.

5.3.2.2.11 O aproveitamento das especialidades do projeto após o acolhimento integrado

Com a sistematização do fluxo de atendimento de forma usuário-centrada, outro tema levantado pelos entrevistados, como tendo ocorrido depois da execução do AI, foi a alteração no quantitativo de encaminhamentos às especialidades não médicas.

Após a implementação do acolhimento, a demanda para minha área, e as demais áreas, extra-medicina, realmente aumentou. (Janúsa)

A gente num recebia encaminhamento, a gente tinha que ir buscar o paciente. Isso pra gente é ruim. E com o acolhimento, com o desenvolvimento da equipe começou a aumentar realmente os encaminhamentos, ao ponto da gente, as vezes, não ter pernas e braços pra poder atender. Então, aumentou muito. (Maria)

Teve a questão da orientação que existiam outros profissionais. Que o paciente precisava daquele profissional. Então assim... houve uma valorização maior das outras profissões, então assim... acho que isso foi um ganho muito grande. (Petúnia)

Aumentou o encaminhamento, então as outras áreas... Às vezes o próprio profissional tinha alguma dúvida que ele não conseguia orientar o paciente. Então, eles nos chamavam ou então encaminhavam o paciente. (Petúnia)

“Eu acho que o que mais reflete isso é o número de atendimento, o número de encaminhamentos para Educação Física advindos de outras especialidades. Então, eu acho que o acolhimento foi fundamental nisso, pra que as outras áreas tivessem interesse em saber da Educação Física e entender um pouquinho e fazer esse encaminhamento. Eu acho que isso que o acolhimento proporcionou isso, não só pra Educação Física, mas pra todas as áreas que participam do Projeto. Houve um interesse maior das pessoas que participam do Ambulatório, em conhecer a outras áreas que fazem parte do Projeto. [...] o acolhimento, na minha concepção, ele funciona como uma via de mão dupla, aonde eu recebo paciente encaminhado por uma outra especialidade e também faço o encaminhamento desse paciente pra outra especialidade. (Pedro)

Com a alteração no fluxo de atendimento e maior *acesso* dos usuários às especialidades integrantes do Projeto, os trabalhadores entrevistados relatam um aumento na demanda de atendimentos. Com maior aproveitamento das disciplinas, a equipe passou a não ter mais que buscar, em forma de imposição, os atendimentos, como lembra Maria. O aumento do número de encaminhamentos, impulsionados pelo conhecimento da equipe sobre a atuação de cada área, como aponta Pedro, levou à “valorização”, significante utilizado por Petúnia, das especialidades presentes no ProDia. Nesse sentido, merece destaque o dito de Pedro, que visualiza o *Acolhimento* “*como uma via de mão dupla*”, em que ele recebe e

realiza um número maior de encaminhamentos após a execução do AI. Mais uma vez, é possível visualizar, a partir do dito dos entrevistados, a *interdisciplinaridade* e a *integralidade*, perpassando as práticas em saúde, visando a superação de antigos desafios, como a centralização do atendimento na figura do médico e a dificuldade de *acesso* às especialidades não médicas, o que levava a um baixo aproveitamento dos trabalhadores dentro do Serviço.

5.3.2.2.12 A responsabilização sobre as demandas apresentadas pelos usuários

Também é válido sublinhar o movimento de responsabilização sobre os casos, assinalada por Duda.

Eu me sentia responsável também por aquele paciente. Eu atendi um paciente, que eu via uma demanda pra Psicologia. Eu não ia simplesmente “Ah, eu vou te encaminhar para Psicologia”. Eu acho depois do Acolhimento houve mais essa troca. Até porque, a gente passou a ter as reuniões de equipe depois do Ambulatório, discutimos os casos. (Duda)

Segundo a entrevistada em questão, o encaminhamento não consistia apenas no direcionamento dos usuários a determinada especialidade, mas na sustentação de uma rede de troca de informações que estendia-se até a pós-consulta, envolvendo um comprometimento com a *resolutividade* da demanda apresentada. Nesse sentido, merece destaque o aumento dessa postura após a execução do Acolhimento, tendo em vista, o crescimento do número de encaminhamentos. Vale lembrar que a mesma relatou anteriormente que já existiam repasses de informações nos encaminhamentos antes da operacionalização do AI, contudo, agora, passa a frisar a criação de espaços formais para a realização de discussão dos atendimentos.

5.3.2.2.13 O Acolhimento e as práticas de educação em saúde

Outro tema que chamou atenção durante as entrevistas com os trabalhadores de saúde foi a relação entre o Acolhimento Integrado e as práticas de *Educação em Saúde*. Nesse casamento, o acolher ganhou destaque na prática de identificação de demandas, nas orientações sobre o Ambulatório e no tratamento dos usuários.

A demanda aumentou. Muitas das vezes nem os próprios pacientes que sabiam que eles tinham essa demanda na realidade. (Petúnia)

Eu acho que através do acolhimento os pacientes, eles podem entender um pouco mais sobre a doença e principalmente, podem dizer o que era demanda que eles tinham naquele dia. (Abóbora)

O paciente e vai passar primeiro pela equipe do acolhimento [...]. Que é a equipe que vai acolher aquele paciente e o orientar e explicar sobre o programa, falar das profissões, pegar as primeiras demandas dele, isso antes do atendimento médico, e depois encaminhar ele pro serviço que foi identificada a demanda. (Duda)

A coisa mais importante que você pode oferecer para o paciente é a informação.[...] Quando eu ofereço uma informação sobre os serviços que ele pode utilizar, ele já passa a procurar esse serviço. (Janúsa)

Dado o desconhecimento dos usuários em relação às especialidades que atuavam no Ambulatório de Diabetes e a importância das mesmas nos processos de produção de saúde, o AI foi visto pelos entrevistados como uma ferramenta auxiliar no trabalho de *Educação em Saúde*. Essa função do Acolhimento Integrado aparece na fala de Abóbora, Petúnia, Duda e Janúsa, no sentido de repassar para os sujeitos atendidos à relevância de determinada especialidade em seu tratamento, dada a demanda exposta ao profissional no momento do acolhimento. Além disso, a apresentação dos serviços que o acolhido pode utilizar no Projeto, mesmo que estas não estejam no foco imediato de suas necessidades, contribuiu para o exercício da *Educação em Saúde*. Com esse trabalho, a equipe aponta para o maior esclarecimento dos usuários no entendimento sobre a disciplina que pode auxiliar na *resolução* de suas necessidades, impulsionando a *interdisciplinaridade* e a *integralidade* nos processos de produção de saúde.

5.3.2.2.14 A alteração do modelo de saúde centrado na figura do médico

O tema da alteração do processo de produção de saúde centrado da figura do médico e focado no usuário, embora presente em outros momentos da análise dos discursos dos trabalhadores de saúde, foi notado de forma explícita nos recortes abaixo.

Do Ambulatório? Ah, é outro Ambulatório. Eu acho que mudou a visão do atendimento médico. Não é só atendimento médico. [...] Com o acolhimento instituído, e como é um programa, então é diferente. O usuário só vai para o Serviço Social, se ele tiver a demanda. Ele é atendido por mim, assistente social, mas no acolhimento eu sou profissional de saúde. Eu não sou assistente social. Não é nesse momento que eu vou dar orientação si for detectada uma demanda para o Serviço Social. Não é ali. Depois. Aí ele vem em mim, como assistente social. E nos outros Ambulatórios que eu já participei não. É uma obrigação. Como se fosse uma triagem. Ele tem que passar pelo Serviço Social. E ai, se eu detectar, enquanto assistente social, que ele tem uma dificuldade pra conseguir alguma coisa, ai é que eu vou e procuro a equipe pra discutir o caso dele, criar essa troca. O que o acolhimento propiciou. Eu acho que sim. Que foi depois do acolhimento essa troca. (Duda)

O paciente era avaliado no acolhimento inicial e com base nas deficiências que a gente observava que o paciente tinha em relação ao tratamento em relação aos cuidados com o diabetes, ele era orientado a procurar determinado profissional, de acordo com a vontade dele, então acho que isso evoluiu muito. (Maria)
Você reconhece (dizendo da identificação de demandas) pela sensibilidade do paciente ao ouvir, e além dele responder o questionário ele quer falar várias coisas sobre a vida dele. Ai, a partir daí, a gente fica sabendo do que ele precisa. (Janusa)

Acolhimento no Hospital Universitário, ele, supriu uma demanda que existia com relação à comunicação com o paciente, uma comunicação interdisciplinar com a equipe. (Abóbora)

Durante a realização das entrevistas com os trabalhadores de saúde, o modelo de assistência centrado no usuário configurou-se como pano de fundo das ações realizadas no Projeto após a execução do AI. Todavia, foram selecionados alguns trechos de entrevistas em que essa prática é colocada de forma explícita pelos participantes da pesquisa. Entre eles, figura o dito por Duda. A entrevistada, ao afirmar que o trabalho no Ambulatório “*não é só atendimento médico*”, deixa pressuposto, pelo não dito, o espaço de atuação de outras especialidades, descentrando a atuação da equipe da figura do médico. No mesmo fragmento, a centralização do trabalho na necessidade do atendido é marcada pela fala: “*o usuário só vai para o Serviço Social se ele tiver demanda*”. Nesse modo, o AI quebra com a prática de imposição de atendimento, existente anteriormente à execução da ferramenta e passa a pautar-se nas trocas construídas com os usuários, possibilitando os *espaços de intercessão*. Duda ainda ressalta o caráter do AI como o lugar da escuta do “profissional de saúde” e não do especialista. Dessa forma, é retirada do acolher a função de atendimento especializado obrigatório, mais uma vez, indo contra a imposição de consulta. Fora do lugar de especialista no trabalho em saúde, o trabalhador, no momento do acolhimento, observa “*deficiências em*

relação ao tratamento”, como enfatiza Maria, e orienta o usuário a procurar por determinada especialidade “*de acordo com a vontade dele*”, centrando o atendimento no desejo do usuário.

Por sua vez, Janúsa, destaca a ação de “*ouvir*” o sujeito que busca atendimento, propiciando a criação de um espaço comum de trocas entre ele e o trabalhador de saúde. A trabalhadora lembra que o “*ouvir*” se desdobra para além dos procedimentos previstos, edificando a relação dos cuidados em saúde no “*que ele precisa*”. Na mesma linha de pensamento, Abóbora destaca a importância do AI ao suprir uma demanda que existia em relação à comunicação, tanto com a equipe como com o usuário, condição *sine qua non* para o trabalho *usuário-centrado*.

5.3.2.2.15 A necessidade de melhoria nas trocas entre os integrantes da equipe

Contudo, o Acolhimento Integrado e o Serviço não foram isentos de críticas por parte dos entrevistados. Entre elas, estão questões ligadas às reuniões de equipe e às trocas de informações.

Eu acho interessante também, porque cada um fazia sua ficha, sua intervenção, mas a gente não estava integrando aquelas fichas. E eu acho que isso é importante, e as reuniões no final. [...] Não foi 100%. Eu acredito que não tenha sido 100%. Mais, é, do que era, ao que chegou, eu acho que foi um passo muito grande. Eu acho que é uma caminhada, eu acho que tem muito o que ser construído. Eu acho que vai alcançar um objetivo muito interessante, muito importante, e vai ser muito bom pros pacientes. Mais, é, hoje ainda não é 100%. (Petúnia)

Porque eu acho que só Acolhimento em si, aquele momento do usuário, com o profissional da saúde e depois a gente vem e acolhe aquele paciente, só isso sem a troca da equipe não adianta nada. O que adianta ficar só eu e o paciente. A equipe tem que participar desse acolhimento. Ela tem que saber o que foi. Todo mundo tem que saber. E como se fosse um Projeto terapêutico para usuário. Que não pode ser só eu que atendi aquele acolhimento ou só eu que percebi a demanda para Fisioterapia, por exemplo, ou para Nutrição e aí passou e eu não quero mais saber. Acho que se não tiver a reunião de equipe, a discussão dos casos em equipe não adianta nada o acolhimento. (Duda)

Apesar da identificação de progressos, os trabalhadores de saúde entrevistados relataram pontos a serem melhorados. Merece ressalva o fato de que as críticas são feitas à organização dos desdobramentos do Acolhimento, não à sua operacionalidade junto ao usuário. Nesse sentido, ganha peso a implicação da equipe de saúde nas práticas do AI, o compartilhamento das informações obtidas nele, grifados por Duda, bem como a unificação

das fichas de atendimento e o prontuário, frisado por Petúnia, uma vez que cada especialidade abre um prontuário para cada usuário. Sem a integração das anotações, a equipe deixa de acompanhar informações importantes sobre o sujeito atendido por outra especialidade.

Além disso, Duda e Petúnia apontam para realização das reuniões de equipe para discussão e elaboração dos projetos terapêuticos dos atendidos de forma *interdisciplinar* e *integral*. A reunião pode ser vista com uma forma de auxiliar a responsabilização, por parte da equipe, nos processos de produção de saúde, uma vez que diz da continuidade do acompanhamento do caso e da busca por sua *resolutividade*. Vale lembrar que Pedro também indicou a necessidade de aprimoramento da comunicação da equipe, entretanto, mesmo após a execução do AI, o Serviço ainda não alcançou a comunicação almejada.

5.3.2.2.16 A identificação de falhas na resolutividade das demandas dos usuários

Seguindo a questão da *resolutividade* dos casos, esta ganhou relevo nas falas dos trabalhadores como um desafio a ser superado pelo AI, como enfatizam os fragmentos abaixo.

Serviu pra se ter uma ideia geral de quem são todos os pacientes do Ambulatório e depois, ter isso registrado, qual foi a demanda dele. E até depois de um tempo descobrir se ele foi atendido nessa demanda, se resolveu o problema dele ou não. Que depois a gente viu em alguns casos que não. Que de início, quando chegava o Acolhimento Inicial e via o Acolhimento de Retorno que ele tava no de Retorno com a mesma demanda do Acolhimento Inicial. (Duda)

Acho que depois se perdeu um pouco. O Acolhimento Inicial era feito, ele voltava pra pasta do paciente, pra pasta dos pacientes do Ambulatório e a gente acabou voltando a perguntar as mesmas coisas. Mas eu acho que evoluiu muito por causa do encaminhamento. (Putúnia)

Eu acho que essa ficha de acolhimento deve passar pelo profissional que vai atender o paciente. Acho que isso não pode se perder. Ou seja, no computador, que a gente realmente consiga inserir aquilo no prontuário do paciente. Eu acho que tem que ter aquela informação. (Janúsa)

Sem a integração das informações sobre os sujeitos atendidos, o Serviço perde sua capacidade de *resolutividade*. Esse furo é sublinhado por Duda ao dizer dos casos em que a demanda do Acolhimento Inicial era apontada novamente pelo Acolhimento de Retorno. Porém, nesse momento merece ser retomada a fala de Maria sobre o fluxo dos encaminhamentos que chegou ao ponto de, por vezes, a equipe “não ter pernas e braços pra poder atender”. Este pode ter sido o resultado de uma demanda reprimida que havia no

Serviço. Ainda sobre a não resolução de demandas, Petúnia e Maria chamam atenção para a utilização das fichas de Acolhimento para que se evite cair em uma repetição de perguntas e para que seja possível criar um arquivo do histórico do sujeito em atendimento no Serviço.

5.3.2.2.17 O tempo na realização das consultas

Outro ponto questionado após a execução do Acolhimento Integrado foi o tempo gasto para a realização das intervenções com os usuários. Ele foi visto como uma questão a ser trabalhada pela equipe e os sujeitos que buscam o Serviço.

Acho que o Serviço se tornou um pouco mais demorado, mas ganhou em qualidade, acho que isso num...num é perda, nem ponto negativo. Acho que se a gente conseguir entender isso e o paciente também entender que isso é necessário. Não vejo perda, pelo contrário, eu vejo ganho. (Pedro)

Com o aumento do *acesso* às especialidades não médicas e maior aproveitamento dos demais trabalhadores do Ambulatório de Diabetes após o AI, os usuários passaram por mais consultas e, conseqüentemente, ficaram por mais tempo no Ambulatório. Com isso, o Serviço tornou-se mais demorado, como aponta Pedro. Contudo, o trabalhador não coloca a demora como algo negativo, uma vez que percebe nisso um aumento da qualidade do Projeto, que pode ser creditado à ampliação do *acesso* e à *integralidade* no atendimento. Mas, sem dúvida, equalizar a questão da ampliação do *acesso* e tempo gasto nas consultas é um desafio do programa.

5.3.2.2.18 A rotatividade dos integrantes do ambulatório

Ainda acerca dos desafios a serem enfrentados pelo AI, a frequência da troca dos membros que integram o Projeto foi sinalizada pelos entrevistados. O embate entre a rotatividade e a manutenção da lógica de atendimento formatada após o AI foi relatado como algo que pode afetar o Serviço, na opinião dos entrevistados.

Enquanto profissional, vários residentes quiseram mudar. “Ah não, por que não...”, e eu dizia “sim, é assim”. Por que não queria fazer dentro da atuação do Serviço Social. [...] Eu não sei se seriam pontos negativos do acolhimento em si. Que eu acho que a proposta do acolhimento é excelente. Talvez capacitar a equipe. (Duda)

O fato de tá sempre trocando de aluno, porque a nossa equipe se mantinha, mas como a medicina, ia passando por período, eu acho que tem que ter treinamento deles periódico. (Janúsa)

O residente é uma pessoa que vai passar. Então, e acho que precisa de um profissional fixo na área para, orientar o acadêmico, o residente pra manter uma linha. Porque senão o residente vai embora e o que chegar não sabe o que foi feito, como que é feito. Então, eu acho que precisa disso, de um profissional fixo. Até pra ter uma mentalidade de integração com a equipe, e orientar quem ta chegando. Pra eles se inserirem e ver “olha já funciona, então você que vai ter que se enquadrar aqui no sistema. Não é o sistema que vai ter que se adequar a você!” (Petúnia)

O fato de estar inserido em um Hospital de ensino faz com que o Ambulatório componha-se, em sua maioria, de estudantes e residentes que passam no máximo dois anos trabalhando nele. Como essa prática não é comum nos serviços de saúde, a preparação daqueles que entram no Projeto é apontada como importante pelos entrevistados. Com a rotatividade dos membros da equipe, há perdas nas trocas de informação, tornando-se um empecilho para a *interdisciplinaridade* e a execução do atendimento *usuário-centrado*. Por isso, a referência a trabalhadores que não estão de passagem pelo Ambulatório, objetivando *manter uma linha* na operacionalização do Serviço e orientar os estagiários, é colocada como uma possível solução a esse problema. Com essa indicação, o Projeto manteria o norte de atuação do Acolhimento Integrado, visando à transmissão da lógica de trabalho para os novos integrantes.

5.3.2.2.19 Os desafios da formação em saúde

Além da constante troca de integrantes, os entrevistados também apontaram para a falta de preparo desses trabalhadores em lidarem com o Serviço, que utiliza o acolhimento como uma de suas ferramentas de produção de saúde.

Na verdade, na formação, na graduação não. E na residência um pouco. Eu fui na residência... no período da residência, mas isso por que eu fui residente né, eu tive a possibilidade de fazer a pós-graduação, a gente estudou, com a professora Edna, que se não me engano é da Enfermagem, o acolhimento, o cuidado na pós-graduação da residência, a gente estudou muito. E quando eu fiz a prova do concurso do HU, que foi praticamente a bibliografia inteira, foi Merhy, foi Cecílio, o LAPPIS, e a Bibliografia da integralidade teve muita coisa disso. Acho que foi até por isso que eu passei (risos). (Duda)

A gente viu isso, mas muito pouco. Tinha uma matéria que era até opcional. Tópicos II que estudava isso. Porque nem todo mundo quer trabalhar na saúde. Nem todo mundo interessa pela saúde. O Serviço Social trabalha em várias políticas. Eu fiz essa disciplina, mas era uma disciplina optativa. (Duda)

Então, assim, pra mim, eu aprendi muito. Essa questão do acolhimento mesmo, eu não tinha conhecimento, a nossa área não é voltada pra isso. Essa parte da integralidade, realmente o HU me trouxe muito isso, e me ensinou, muito que eu nunca tinha vivenciado isso, e hoje eu não tô vivenciando isso mais. Então, eu aprendi muito, aprendi com as outras áreas, aprendi a enxergar a Farmácia pelo ângulo das outras áreas também. Então assim, pra mim foi uma experiência muito enriquecedora. (Petúnia)

A formação especialmente do pessoal da medicina... ela é centrada neles mesmos, o atendimento médico. Ela num é aberta pra outras áreas. E isso é uma coisa histórica no tipo de formação deles. Da atenção ser centrada no médico, e o médico ser capaz de resolver todos os problemas que um paciente apresentar. Então acho que se deve muito a isso. A essa formação histórica que eles tem. E também as outras áreas. Que não é só a medicina que tem essa formação centrada na sua própria áreas. Cada área... a formação é centrada na sua própria especialidade. Então, isso também dificulta, fazer essa conexão com outras áreas. (Pedro)

A respeito da ideia de uma preparação dos trabalhadores que ingressam no ProDia, chamou atenção na fala dos entrevistados, a *formação* em saúde em relação às práticas como *humanização, integralidade e interdisciplinaridade*. Eles relataram pouco ou nenhum contato com esses temas durante suas formações, revelando, na visão dos entrevistados, o caráter de especialização e sem muitas trocas durante a graduação. Dessa forma, para parte dos trabalhadores, a prática do Ambulatório de Diabetes foi o primeiro momento de contato com os temas que circundam o acolhimento. Todavia, para melhor avaliação dessa questão, é necessário um estudo mais aprofundado da grade de disciplinas teóricas e práticas da graduação dos cursos envolvidos no Projeto.

5.3.2.2.20 A humanização no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Voltada para questões mais amplas envolvendo o Hospital como um todo e a política da UFJF, Duda ressaltou, em sua entrevista, a não execução do Projeto de acolhimento do HU-UFJF, enfocando o tema das práticas de *humanização* no HU-UFJF.

E a proposta do CAS era de Acolhimento, no hospital como um todo. A proposta do CAS era outra. Tanto que, assim, os profissionais não tinham sala específica, a proposta era outra, centrada no usuário. [...]Jeu entrei, o hospital ainda nem tinha sido inaugurado. [...] Ai a gente estudava, montava como que ia ser as equipes de referência. Até que o novo reitor entrou em setembro e em outubro falou para todo mundo descer que ele ia fechar o CAS porque não tinha condição, ainda não tinha cadeira, não tinha nada. Não tinha como ficar lá. Ai a gente foi pro HU Santa Catarina. Ai, quando em março, a gente subiu, em 2007, com os ambulatórios para o CAS, ele já subiu, não com a proposta do CAS, ele veio com a mesma proposta dos ambulatórios de do HU- Santa Catarina. (Duda)

O Atendimento *usuário-centrado*, que foge ao modelo clínico tradicional, visto como exceção nas práticas de produção de saúde, deveria ser regra na unidade do HU-UFJF do bairro Dom Bosco, como aponta Duda em sua entrevista. Segundo a trabalhadora, que ajudou na elaboração do Projeto de atenção a saúde da unidade Dom Bosco, devido às mudanças políticas na reitoria da UFJF, o Hospital não executou a proposta de acolhimento que estava planejada. De certo, a não operacionalização desse Projeto impactou o Ambulatório de Diabetes, mas infelizmente, de uma forma que não é possível ser avaliada. Seria interessante ter, em Juiz de Fora, um hospital operando de forma *integral* na lógica da *humanização* e do acolhimento.

5.3.2.2.21 A satisfação dos trabalhadores de saúde na atuação no ProDia

Por fim, merece destaque a satisfação evidenciada na fala de alguns entrevistados em relação ao trabalho realizado no Ambulatório após a operacionalização do Acolhimento Integrado.

Eu me formei na faculdade e passei a trabalhar voluntariamente. Por puro prazer, pura satisfação de estar na equipe... interdisciplinar, em que todos levavam o trabalho muito a sério, com muita responsabilidade, e todos estavam focados com o mesmo propósito, de promover um atendimento mais humanizado aos pacientes. (Abóbora)

Eu acredito que após o acolhimento o Ambulatório tornou-se mais prazeroso de se trabalhar porque ficou mais interessante, as áreas começaram a compreender a doença melhor; compreender a atuação de todas as áreas. (Janúsa)

Bom, pra mim foi assim, um momento muito especial, eu aprendi demais com a equipe e com os pacientes, eu acho que eles trazem muita coisa prá gente. Assim me apeguei demais a todo mundo. Aos pacientes, a algumas pessoas em especial. Os pacientes tinham um carinho muito grande com a gente, sempre voltavam, gostavam e assim, as vezes o paciente me catava no corredor, eu num tava fazendo atendimento mais com ele “não por favor, faz uma ficha pra mim, me avalia”.
(Petúnia)

Os recortes acima assinalam que, apesar dos percalços e desafios enfrentados pelo Serviço, havia um prazer em trabalhar no Ambulatório de Diabetes, após a implantação do AI. Os fatores envolvidos neste sentimento estão ligados à seriedade, à corresponsabilização e à busca da *resolutividade* nos casos atendidos; ao propósito de realizar um atendimento melhor; à maior compreensão sobre a doença e a um olhar integral sobre o sujeito que busca o Projeto; às trocas com os colegas de trabalho em busca da *interdisciplinaridade*; e ao contato com os usuários em um atendimento mais *humanizado*.

5.3.3 Dados produzidos com usuários do ambulatório

Incluir o usuário no estudo sobre o Acolhimento Integrado do ProDia possibilitou a pesquisa escutar aquele que é, ou deveria ser, a razão principal da construção de planejamentos e políticas de saúde. O sujeito que procura o serviço, entre os atores envolvidos nos processos de produção de saúde, é aquele que mais anseia por um atendimento de qualidade capaz de resolver suas demandas. Embora com contribuições mais pontuais sobre o objeto pesquisado, a visão do usuário nesse estudo tornou-se fundamental na montagem desse mosaico, que é a construção dos cuidados em saúde.

As entrevistas foram realizadas, em sua totalidade, nas sextas-feiras, dia de atendimentos clínicos. Todos os participantes da pesquisa foram selecionados durante a realização do Acolhimento Integrado, antes das consultas com as especialidades, seguindo os critérios de inclusão descritos no método da pesquisa.

5.3.3.1 Perfil dos usuários entrevistados

Nas entrevistas realizadas com os usuários do Ambulatório de Diabetes, a amostra foi composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino. Foram entrevistados 4 homens e 11 mulheres. A idade média dos participantes foi de 53,33 anos, sendo que o mais jovem tinha 31 anos e o mais velho 64 anos.

A amostra não apresentou nenhum sujeito com ensino superior completo ou em curso. Dos entrevistados, apenas um usuário está estudando no momento. A escolaridade dos participantes dividiu-se entre ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e ensino médio completo ou em curso (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da escolaridade dos usuários participantes da pesquisa

Usuários entrevistados	n	%*
Ensino Fundamental Incompleto	5	33,33
Ensino Fundamental Completo	5	33,33
Ensino Médio em Curso	1	6,66
Ensino Médio Completo	4	26,66

Nota: *Número porcentual relativo aos 15 usuários participantes da pesquisa

Fonte: O autor

Já no tocante à ocupação, a maioria dos entrevistados está aposentada. Somente quatro sujeitos relataram estar trabalhando atualmente, assim como mostra a Tabela 7. Todavia, é necessário chamar atenção para o fato de um dos entrevistados estarem aposentado e continuar trabalhando informalmente para complementar a renda familiar. Os dois usuários que estão desempregados se identificaram como trabalhadores *do lar*.

A renda dos entrevistados oscilou entre R\$ 0,00 e R\$ 3.000,00, sendo que a moda e da mediana daqueles que participaram da pesquisa no quesito renda foi de R\$678,00, correspondente a um salário mínimo.

Tabela 7. Distribuição dos usuários entrevistados por ocupação

Usuários entrevistados	n*	%**
Afastado pelo INSS	1	6,66
Aposentado	8	53,33
Empregado com Carteira de Trabalho	2	33,33
Empregado sem Carteira de Trabalho	1	13,33
Autônomo sem contribuição ao INSS	1	13,33
Desempregado	2	33,33
Pensionista	1	13,33

Notas: * As categorias não são mutuamente excludentes. A soma do *n* é maior que 15.

**Número porcentual relativo aos 15 usuários entrevistados

Fonte: O autor

Entre os entrevistados, o tempo de tratamento do diabetes, no HU-UFJF, variou entre 5 e 15 anos. Mais uma vez, na análise dos dados, média (7 anos e meio) e mediana (6 anos) se mantiveram próximas.

Já a Tabela 8 apresenta as especialidades acessadas pelos usuários dentro do Ambulatório de Diabetes, até o momento da entrevista. É destacável nesses dados a frequência de sujeitos atendidos pelo Serviço de Nutrição do Ambulatório. Somente um entrevistado não relatou ter passado pelo atendimento com a especialidade.

Tabela 8. Distribuição das áreas acessadas pelos usuários entrevistados até o dia da entrevista

Especialidades	n*	%**
Educação Física	12	80,00
Enfermagem	8	53,33
Farmácia	7	46,66
Fisioterapia	3	20,00
Medicina	15	100,00
Nutrição	14	93,33
Odontologia	3	20,00
Psicologia	11	73,33
Serviço Social	6	40,00

Notas: * As categorias não são mutuamente excludentes. A soma do *n* é maior que 15.

**Número porcentual relativo aos 15 usuários entrevistados.

Fonte: O autor

Faz-se necessário ponderar sobre alguns aspectos do perfil dos entrevistados, entre eles o tempo de acompanhamento dos participantes no Projeto. Aqueles com menor tempo de tratamento do diabetes no HU-UFJF possuíam cinco anos de tratamento. É necessário lembrar

que foi tomado como um dos critérios de inclusão dos entrevistados o fato de serem diabéticos e usuários do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF desde, no mínimo, janeiro de 2009, o que exigiu dos participantes um tempo maior de tratamento no Serviço. Dessa forma, os sujeitos já apresentavam uma familiaridade com o Ambulatório, sendo que todos eles já haviam sido atendidos por, no mínimo, três especialidades diferentes no ProDia.

5.3.3.2 Apresentação dos recortes das falas e análise do discurso dos usuários

Antes de iniciar a apresentação dos recortes das falas e a Análise do Discurso dos usuários, é preciso destacar o fato da presente pesquisa se concentrar nas atividades de atendimento clínico realizadas no Serviço. Dessa forma, os participantes não foram questionados em relação às atividades de sala de espera, grupos terapêuticos ou à reunião mensal de Educação em Saúde, que consistem em outras atividades desenvolvidas no Ambulatório de Diabetes.

Nas entrevistas com os usuários, ganhou relevância a presença dos seguintes temas: a rotina de atendimento antes da execução do AI; os intercâmbios de encaminhamento antes do Acolhimento Integrado; o Acolhimento Integrado como espaço de recepção e trocas; o Acolhimento e a possibilidade de identificação de demandas; as alterações no tratamento após a implementação do AI; o desejo de ser atendido somente pelo médico; as críticas ao tempo de espera no Projeto; as críticas ao espaço de tempo no retorno das consultas; as críticas feitas ao HU-UFJF;

5.3.3.2.1 A rotina de atendimento antes da execução do acolhimento integrado

O primeiro tema tomado para análise do discurso dos usuários foi a rotina de atendimento antes da execução do AI. Quando questionados sobre o que lembravam do Ambulatório quando começaram o tratamento no Serviço, os entrevistados relataram a repetição do procedimento de prescrição de receita, pedido de exames e a liberação do sujeito atendido, assim como mostram os fragmentos das falas recortados abaixo.

Ah, era passar só lá pelo acadêmico e depois o médico, né... que ia lá ver o que tava acontecendo. (Dona Correia)

[...] antes, a gente só passava pelo médico, ele via e a gente ia embora. (Dona Miranda)

É... chegava aqui, consultava, pegava a receita e ia embora. (Sr. Nascimento)

A gente mostrava o exame no médico, e depois ia embora. (Dona Didi)

[...] aquele sistema, passo deixo meu nome e espero ser chamada. O médico me atende. Se tiver que pedir os exames eu vou marcar e depois vou embora. (Dona Eliane)

A gente não era acolhido com é hoje né?! A gente tinha a consulta normal com a médica, a médica receitava o remédio e dali a gente ia embora. (Dona Maracanã)

A gente ia só direto no médico, ali consultava, passava o remédio e você ia embora pra casa. Cê num tinha essas dica assim todinha que você tem hoje... eu sei é que parava ali, num tinha um... um... num passava na nutricionista igual eu passei. (Sr. Guanabara)

Nos recortes destacados acima, os entrevistados enfatizam uma posição de passividade decorrente do processo de cuidados *médico-centrado*. Nesse sentido, o “*sistema*”, como citado por Dona Elaine, era limitado à consulta, prescrição de receita e pedido de exames. Focado nos sintomas do Diabetes, essa rotina de cuidado em saúde fragmentava e reduzia o sujeito atendido como consequência da falta de *integralidade* do serviço prestado. Ao usuário cabia a execução do determinado pelo médico, mantendo o atendimento em saúde sob responsabilidade do trabalhador. Entre as falas recortadas acima, merece destaque o discurso de Dona Maracanã ao afirmar que não sendo acolhida, passava por uma consulta “*normal*”. Nesse caso, fica subentendido, que ser acolhido e encaminhado para os saberes não médicos, denota uma exceção à regra de atendimento em saúde.

Sr. Guanabara corrobora o dito dos demais entrevistados e vai além em sua resposta, realizando uma comparação entre as práticas passadas e a atual no Projeto. Para ele, no passado, o Serviço “*parava*” no atendimento médico e sua passagem pelo Ambulatório restringia-se a ir “*direto no médico*”. Com seu dito, o usuário apresenta os cuidados em saúde centralizado na figura do médico, sem trocas e encaminhamentos, sem “*essas dica assim todinha*” que remetem a *Educação em Saúde*. Ainda no dito pelo entrevistado, merece destaque a quebra do monopólio de atendimento, marcada em sua fala com o exemplo do fluxo de atendimento que ocorreu no dia de sua entrevista, em que acabara de sair de um consulta com a Nutricionista do Ambulatório.

5.3.3.2.2 Os intercâmbios de encaminhamentos antes do acolhimento integrado

Entretanto, apesar dos relatos enfatizando a centralidade dos procedimentos de cuidado em saúde na figura do médico, dois usuários mencionaram o atendimento com encaminhamento para especialidades não médicas, antes da implantação do AI no ProDia, como mostram os fragmentos de fala abaixo.

Eu lembro que, às vezes, a gente passava nas outras coisa né?! Mas num era sempre. (Sr. Aike)

Muitas vezes... a maioria das vezes não. Foi pouco que me direcionou a outra área, mais a maioria não. (Dona Pérola)

É relevante notar como ambos marcam esses encaminhamentos em caráter de excepcionalidade. A fala dos usuários, destacando que “às vezes” passava por outras especialidades, confirma as intervenções *médico-centradas* e poucas vezes *integralizadas*, refletindo um trabalho apoiado na *multidisciplinaridade*. Ainda faz-se necessário expor que os participantes que identificaram essa prática, Sr. Aike e Dona Pérola, são os sujeitos com maior tempo de tratamento no Serviço entre os entrevistados, com 15 e 11 anos respectivamente. Como são os mais antigos, é de se esperar que sejam aqueles com maior número de passagens por especialidades não médicas.

5.3.3.2.3 O acolhimento Integrado como espaço de recepção e trocas

Quando interrogados sobre as práticas de saúde após a operacionalização do AI, vários temas surgiram no discurso dos entrevistados. Entre eles, o Acolhimento foi marcado com o local de recepção dos usuários com a possibilidade de trocas com o profissional de saúde. Nesse quesito, destacam-se as seguintes falas:

Às vezes a gente fica naquela insegurança de como que eu vou fazer? Como que eu vou falar? O acolhimento ele te ajuda, é uma base pra você ali. (Dona Pérola)

É um prazer conversar com vocês, como eu gosto muito de falar, se eu puder passar vamos passar. (Sr. Imperador)

Acho que é uma conversa que tem que ter com cada paciente. Acho muito importante. (Dona Didi)

E que eu acho que passando aqui a gente já se abriu, já fala o que tem que falar. Já fica mais tranqüila, já chega lá e já tem mais cabeça para conversar. Já fica “perguntativo”. Ansiosa, porque a gente chega ansiosa demais pra conversar. E aqui, passando por aqui, já chega lá, você já acabou com a ansiedade. (Dona Maria)

Ah, é bom, porque a gente vem aqui pra bater um papo com você, e eu já fico preparada pras consultas. (Dona Gomes)

Porque ajuda né. A gente conversar! O ser humano ele carece de afeto, de estar conversando e de expor né?! (Sr. Aike)³

De forma geral, os recortes de falas acima destacam a abertura para trocas entre usuário e trabalhadores, sublinhando a possibilidade dos *espaços de intercessão*. Nas falas acima, é marcante o uso da palavra “*conversar*” e o termo “*bater um papo*” para se “*preparar*” para as consultas, assim como destaca Dona Gomes. A ação de conversar, enaltecida por Sr. Imperador, Dona Didi, Dona Maria e Sr. Aike, marcam a saída do usuário do lugar de passividade para uma postura “*perguntativa*”, como enfatizado por Dona Maria. Com as trocas e a realização de perguntas, à equipe proporcionada pelo AI, os usuários apresentaram suas demandas, ansiedades e desejos, buscando quebrar a insegurança vivida diante do desconhecido que terão de enfrentar em mais um dia de tratamento. É na possibilidade de fala do usuário e escuta do trabalhador de saúde que os entrevistados relataram serem recebidos, sanando aquilo que Sr. Aike aponta como algo que todo ser humano carece, “*de afeto, de estar conversando e de expor*”.

5.3.3.2.4 O acolhimento e a possibilidade de identificação de demandas

Com a possibilidade de troca, outro tema levantado pelos usuários entrevistados foi a utilização do AI como uma ferramenta capaz de auxiliar na identificação de demandas e direcionamento às especialidades de saúde de forma individualizada a cada sujeito que busca o Serviço, assim como apontam os recortes de falas abaixo.

A gente passa pelo acolhimento, às vezes passa pela psicóloga, nutricionista. Já mudou muito as coisas. Desde que eu comecei mudou muito as coisa. (Dona Correia)

³ Chama atenção nos fragmentos dos entrevistados a tradução da posição do pesquisador como membro da equipe, bem com a entrevista com a finalidade da realização dessa pesquisa, como uma continuidade do atendimento realizado no AI.

Eu acho ótimo, porque, pra mim é bom. Igual hoje. Já fui na fisioterapeuta ela me deu uma lista de exercício, Não é?! Passo na Psicologia. Passei na nutrição. Busco seguir as orientações que eles me deram pra mim. (Dona Eliane)

Eu acho muito bom. Eu acho que é válido pois, muitas vezes, você não sabe pra onde você vai [...] o acolhimento te dá uma... segurança. Prá você depois de ter chegando lá na hora da sua consulta, vê as coisas que você num tava nem, lembrando. Você tem, tem aquela... (fecha uma das mãos como se estivesse segurando algo) [...]. Porque já tá praticamente direcionando. Já fui na nutricionista, já me encaminhou por psicólogo, já me passou passando pro psicólogo me encaminhando pra outras pessoas necessárias. Antes num tinha esse direcionamento, num tinha aquelas pessoas pra tá falando (Dona Pérola)

Eu acho que é melhor. Com certeza ajuda a gente a identificar o melhor tratamento. (Sr. Nascimento)

Eu falo que o Ambulatório pra mim é assim, é uma base e uma segurança muito grande, porque ele direciona nós, na minha necessidade que eu preciso. (Dona Eliane)

De forma geral, os entrevistados destacam o acolhimento como capaz de direcioná-los para especialidades não médicas, frisando o caráter *interdisciplinar* dessa ferramenta. Nesse sentido, ganha realce a fala de Dona Pérola, que credita ao Acolhimento a capacidade de fazer com que ela lembre-se de questões do tratamento que estava esquecendo e realize seu direcionamento às especialidades do Projeto. O “*recordar*” apontado pela usuária pode ser justificado pelo fato das fichas de Acolhimento serem estruturadas com perguntas amplas, relacionadas às diversas especialidades do Serviço, buscando facilitar a identificação e a realização dos encaminhamentos. O suporte na identificação de demandas é notado nas falas de Sr. Nascimento e Dona Eliane. Na fala do usuário, é evidenciado o posicionamento ao lado da equipe, colocando-se como ativo na detecção do melhor tratamento, ao dizer que: “*a gente identifica melhor o tratamento*”. “*A gente*”, nesse caso, denota o trabalho em saúde, realizado de forma conjunta entre usuário e trabalhadores do Serviço, abrindo a possibilidade de corresponsabilização nos cuidados em saúde. Já na fala de Dona Elaine, seu discurso deixa clara a posição *usuário-centrado*, tomada no Ambulatório, ao marcar que o Acolhimento é direcionado para aquilo que ela precisa, marcando a individualização no tratamento.

Além disso, o auxílio na identificação da demanda pode ser visto como um trabalho de *Educação em Saúde*, uma vez que possibilita ao usuário o entendimento da importância de determinada especialidade na resolução de sua demanda. Com isso, amplia o conhecimento do sujeito sobre os cuidados em saúde.

5.3.3.2.5 As alterações no tratamento após a implementação do acolhimento integrado

Também chamou atenção, no discurso dos usuários, a ligação entre a resolução das demandas e a operacionalização do AI. Essa relação foi verificada quando os entrevistados foram interrogados sobre a existência de alterações no tratamento após a execução do Acolhimento no Ambulatório.

Nos problemas... a solucionar os problemas que agora eu já tenho uma saída né?! Pelo menos uma porta de saída. (Sr. Nascimento)

Mudou muita coisa. Agora, por exemplo, das dores que eu tinha falado com o senhor que eu sentia, me receitaram o remédio e me passaram o exercício. (Dona Correia)

Ha... como se diz, o sair de casa, que tudo era difícil. Não conseguia nem mesmo ir numa padaria, mesmo se ela era próxima. Agora não, agora é tranquilo. (Dona Didi)

Eu acho muito bom, porque em todas elas eu fui muito bem acolhida. O pessoal me orientou e tá me orientando em coisas que eu não sabia e hoje eu já tô melhorando. Então, nesse tempo, eu tô vendo que a minha vida tá dando um progresso. (Dona Maracanã)

Eu fui acolhida, as meninas conversaram, os meninos conversam comigo e quando eu cheguei na médica... a médica já estava até ciente do meu caso. (Dona Pérola)

Observando os recortes de falas expostos acima, chama atenção o fato dos entrevistados ligarem a *resolutividade* de suas demandas ao AI, por entenderem que essa ferramenta possibilitou *acesso* às disciplinas que solucionaram seus problemas. Nesse sentido, dois pontos ganham relevância: a pluralidade dos saberes envolvidos na *resolução* das queixas apresentadas e o modo como os entrevistados relacionam o atendimento *interdisciplinar* ao Acolhimento. No que diz respeito ao envolvimento plural dos saberes e a *resolutividade* das demandas, merece ser destacado o sentimento de melhora no tratamento, como apontado por Dona Correia, Dona Didi e Dona Maracanã.

Já sobre a interdisciplinaridade nos cuidados realizados pelo Ambulatório, ganha destaque o episódio narrado por Dona Pérola, que diz que ao chegar no atendimento médico, a profissional, após troca de informações com o trabalhador que havia realizado o AI, já sabia de suas demandas, direcionando assim, o atendimento sobre elas. Contudo, embora não seja negada a capacidade do Acolhimento no fomento da *integralidade* da equipe, é necessário não

creditar toda a responsabilidade pela *interdisciplinaridade* ao AI, haja vista que ele é uma ferramenta, entre outras, no Projeto, e não capaz de solucionar todos os problemas práticos dos serviços de saúde. Além disso, não se deve esquecer que os próprios usuários relataram episódios de trocas de encaminhamentos antes da execução do Acolhimento.

5.3.3.2.6 O desejo de ser atendido somente pelo médico

Nesse momento da pesquisa, é preciso abrir um parêntesis para sublinhar a fala de Dona Ervilha. A entrevistada traz à baila a questão do seu desejo, o qual projeta para outros usuários do programa, de ser atendida apenas pela Equipe de Medicina, e não ser assistida *integralmente* pelo Ambulatório.

É melhor antes da consulta mesmo, porque aí, o pessoal tem como ir prá outras coisas. Porque se passar pelo médico direto, aí ninguém vai. Como é o meu caso. (risos) [...] Eu é que dou uns vacilo aí, quando eu saio, eu vou direto. Só quando me pega pelo pé, aí eu...(faz um sinal com as mãos como quem para bruscamente). (Dona Ervilha)

O dito por Dona Ervilha se deu após o questionamento sobre o que achava de ter que passar pelo acolhimento antes das consultas médicas. Em sua resposta, chama atenção o fato de deixar escapar que, caso não fosse acolhida e identificada, sua demanda antes da consulta médica, iria embora ou como ela mesmo diz iria “*direto*”. Admitindo ser um “*vacilo*” seu sair sem passar pelas especialidades não médicas, a entrevistada reconhece a importância da *integralidade* em seu tratamento. Todavia, seu desejo de não ser atendida pelas demais áreas é tamanho que ela só passa por elas quando é “*pega pelo pé*”. Nesse sentido, sua consulta com as disciplinas não médicas não parte do seu desejo, mas da equipe, buscando um tratamento mais *interdisciplinar* para a usuária. Sendo “*pega pelo pé*”, Dona Ervilha não toma para si sua parte na corresponsabilização do tratamento, tornando questionável qualquer encaminhamento que não para a equipe de Medicina.

5.3.3.2.7 As críticas ao tempo de espera no projeto

Quando questionados sobre o que poderia mudar no atendimento do Serviço, oito entrevistados se disseram satisfeitos e não propuseram mudanças para o Ambulatório de Diabetes ou o Hospital Universitário como um todo. Embora a preocupação de não se expressarem em tom de queixa, os usuários levantaram pontos a serem refletidos pela equipe

de saúde. Entre os temas a serem melhorados está o tempo gasto no Projeto. Essa questão foi levantada por cinco usuários entrevistados.

Eu acho um pouco, assim, demorado. Eu acho. [...] Só isso mesmo, que deixa a gente... assim. Eu sou muito apressada. Eu vivo em uma pressa, então eu acho que, passando aqui antes, passar pela doutora, eu acho que demora um pouquinho e eu tenho muitas coisas pra fazer lá fora entendeu? Um pouco demorado, só isso. (Dona Clara)

A eu gostaria que o atendimento fosse mais agilizado. (Sr. Nascimento)

O que eu acho é que é muito demorado pro pessoal que é diabético. Demora mais! (Dona Ervilha)

É lógico que se eu pudesse chegar aqui às oito horas, ser atendido às oito e cinco e sair às oito e meia, para mim seria o ideal. Mas a gente ainda não está em um mundo que possa ter esses privilégios assim. Então, não me causa stress esperar um pouco mais, porque eu sei que os outros têm o mesmo direito que eu. Estão doentes iguais a mim. Então, o atendimento pra mim é bom, é bom! (Sr. Imperador)

Bem, eu acho assim, um pouquinho a demora. Igual eu cheguei aqui às seis horas da manhã e agora que eu fui chamada. Então assim. A demora é o que eu acho que deixa um pouquinho né?! Mas, no resto, eu acho que está tudo bem. (Dona Maracanã)

Certamente, o aumento da *integralidade* na atenção aos sujeitos atendidos e a ampliação no *acesso* dos usuários às especialidades do Serviço contribuíram para o acréscimo do tempo de permanência dos usuários no serviço. A preocupação com a ampliação da permanência no Ambulatório é notada de forma explícita na fala de Dona Clara, a qual relata “viver com pressa”. O discurso da usuária a posiciona de maneira similar a exposta por Dona Ervilha, ao dizer de seu desejo de ser consultada apenas pela Medicina.

Associado ao tempo gasto realizando um número maior de consultas está o tempo gasto na espera para serem chamados aos atendimentos. Essa preocupação é notada na fala de Sr. Imperador e de Dona Maracanã. O aumento no número de pessoas, que recorrem ao Ambulatório, também pode ser visto como uma justificativa para esse fenômeno.

5.3.3.2.8 As críticas ao espaço de tempo no retorno das consultas

Atrelado ao crescente número de pessoas que recorreram ao Serviço, está o longo período entre a consulta médica e seu retorno, como destacado por Sr. Imperador a seguir.

A única coisa que está me causando stress atualmente e que, por exemplo, eu pelo fato de ser diabético, eu não sei, pode ser que eu esteja mal informado, mas a minha consulta devia ser de três em três meses, no máximo de quatro em quatro meses. Eu tirei essa conclusão pelo fato de sempre remarcarem as minhas consultas prá três meses. Dessa última vez, me remarcararam prá sete meses depois. Então pô, é meio complicado. (Sr. Imperador)

Um ponto que merece ser investigado, dada à fala de Sr. Imperador acima, é a relação do Ambulatório de Diabetes no trabalho de referência e contrarreferência a ser realizada com as Unidades de Atenção Primária a Saúde, visando a *integralidade* entre os serviços, buscando desinchar o Projeto e tratando no local os casos mais graves. Vale lembrar que a espera não é tão grande para o retorno com as demais especialidades, tendo em vista que, os sujeitos acolhidos no Ambulatório não passam em todas as disciplinas, mas, somente, por aquelas nas quais são identificadas as demandas.

5.3.3.2.9 As críticas feitas ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Os outros dois pontos a serem melhorados, segundo os usuários, seriam em relação aos atendentes na recepção e à localização física do hospital.

Aqui não, né? Às vezes os atendente, né? Mas de uns tempo pra cá, eu observei que mudou também. Os atendentes tá mais atenciosos com a gente. (Dona Correia)

Pra mim, eu acho que está tudo muito bom. Eu só acho um pouquinho longe. Porque eu moro em Benfica, então, eu tenho que pegar dois ônibus pra vim prá cá. Mas tirando o resto, pra mim tá tudo bom. (Dona Miranda)

Sobre a reclamação feita aos atendentes do Hospital, a usuária aponta apenas para uma insatisfação passada, tendo em vista que ela já observa a melhora desses trabalhadores. Já a distância do Hospital, problema levantado por Dona Miranda, é visto como algo que dificulta o *acesso* ao Ambulatório e, por conseguinte, a continuidade de seu tratamento. Vale lembrar que nem sempre é possível a disponibilização de vale transporte para que os atendidos se desloquem para o HU-UFJF para realizam suas consultas. Pouco adianta a criação de um serviço de excelência, se os usuários não conseguem chegar até ele.

6 DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas com os usuários, trabalhadores e a chefia do Ambulatório, foi possível notar alguns pontos comuns nas falas desses atores e, com isso, ampliar o olhar sobre o objeto estudado nessa pesquisa. Entre os pontos comuns dos entrevistados, antes da execução do Acolhimento Integrado, foram relatadas as práticas de atenção em saúde centradas nas consultas médicas. Essa ação pode ser identificada nas respostas dos usuários que relataram a prevalência da rotina de passar pelo médico, pegar a receita e serem dispensados do Projeto sem consultarem com outras disciplinas.

Contudo, não é possível afirmar que o trabalho desenvolvido antes da execução do AI não visava à integralidade no olhar sobre o sujeito atendido. Pelo contrário, o desejo da organização do serviço a partir da pluralidade de saberes nas intervenções aos usuários é notado no modo como a coordenadora do Serviço arquitetou o ProDia. Visando integralidade sobre o sujeito atendido, a coordenadora convidou especialidades não médicas, objetivando o tratamento ao diabético pautado na dieta, na atividade física, na medicação e na Educação em Saúde. Por essa razão, foram identificadas nas falas dos entrevistados trocas de informações e encaminhamento anteriormente à execução do AI, ainda que de forma insatisfatória. O fato da maioria dos atendimentos se concentrarem na equipe de Medicina, composta em sua maioria por acadêmicos, que até sua chegada ao Projeto só atuaram replicando o modelo de atenção médico-centrado aprendido na graduação, é um dos fatores que justifica o baixo número de encaminhamentos às especialidades não médicas. Vale lembrar que, nesse cenário, a entrada de novas especialidades no Serviço, justificada pelo desejo de superação das dificuldades referentes aos encaminhamentos para outros ambulatórios, sinaliza para impasses nas práticas de integralidade dentro do hospital. Desse modo, o Projeto cresceu, tornando-se um grande centro de cuidado, dentro de outro grande centro de saúde, que é o HU-UFJF.

Outro ponto comum nas falas dos trabalhadores de saúde e da chefe do Ambulatório foi o espaço físico como um dificultador na realização das atividades do Serviço. Com esse

tema, foi trazido a baila questões como os embates com outros ambulatórios que chegaram a classificar o ProDia como o “*hipertrofiado*”. Segundo a coordenadora entrevistada, esse tipo de comentário serve para elucidar o não entendimento de alguns médicos do Hospital sobre a importância da participação de outros saberes nos processos de produção de saúde.

Para os trabalhadores, a falta de salas para atendimentos individuais foi marcada como motivo de descontentamento. Apontando as práticas de intervenções coletivas como insuficientes, os profissionais entrevistados destacaram a existência do desejo de contribuir mais com o Serviço realizando consultas individualizadas. Essa pretensão da equipe pode ser justificada, uma vez que ela já realizava ações grupais como as atividades de sala de espera e o grupo de Educação em Saúde. Dessa forma, o quantitativo de intervenções individuais era visto como algo que deveria ser ampliado segundo os entrevistados.

Com a mudança para a unidade do Hospital no bairro Dom Bosco, o problema das salas foi minimizado. A equipe relatou maior conforto e melhor organização, entretanto, ainda não foi o suficiente para extinguir o embate com outros ambulatórios ou garantir uma sala para cada área. Vale frisar que, com nove especialidades atuando no mesmo Serviço, o Ambulatório de Diabetes possui uma das maiores equipes do Hospital.

Somado ao número de salas para atendimentos, a não sistematização do fluxo de atendimentos influenciou o baixo aproveitamento das disciplinas não médicas. A intervenção realizada pelas demais especialidades de forma aleatória, sem consultar o usuário sobre seu desejo ou a existência de uma demanda para tal, geravam a imposição de serviços aos sujeitos que buscavam o Ambulatório. Tal prática dificultava a realização de um trabalho usuário-centrado e a criação do vínculo entre os sujeitos atendidos e os trabalhadores de saúde. O empoderamento do trabalhador de saúde como aquele que decifra e decide, a partir de seu arcabouço teórico, o que é melhor para o usuário, por vezes, silenciava o desejo do sujeito atendido e o colocava no lugar de passivo no processo de produção de saúde. Entretanto, essa imposição não era um movimento comum a todos os trabalhadores entrevistados, alguns relataram esperar pelos encaminhamentos.

Sem o fluxo de atendimentos e de troca de informações sistematizados, os usuários eram submetidos aos mesmos procedimentos, várias vezes no mesmo dia. Eram repetidas ações como pesar, medir a altura, aferir a pressão arterial, e outras, o que tornava a passagem dos atendidos no Projeto demorada e cansativa.

De forma geral, nesse período, o atendimento médico colocava-se como centralizador das relações de produção de saúde. À equipe médica, cabia a maior parte da responsabilização sobre a resolutividade dos casos atendidos, uma vez que realizava maior

número de atendimentos sem o auxílio dos outros saberes integrantes do ProDia. Existiam encaminhamentos para as especialidades não médicas dentro do Serviço, contudo, a equipe ainda acreditava que poderia contribuir mais para o ambulatório e os usuários. Por isso, partiu dos trabalhadores de saúde, impulsionados pela residente de Serviço Social, a construção do Acolhimento Integrado.

No trabalho de construção do projeto de Acolhimento foi reforçado, na visão da chefia e dos trabalhadores entrevistados, o protagonismo de residentes, acadêmicos, profissionais e chefia. Nesse sentido, ganhou destaque a repartição da responsabilidade dos processos de produção de saúde no ambulatório, levando os trabalhadores ao desenvolvimento de práticas de cogestão. A elaboração do projeto de AI, acompanhado pela coordenação a certa distância, teve como destaque a participação ampla das disciplinas envolvidas no Serviço na realização dos grupos de estudos sobre o tema e na montagem das fichas de Acolhimento.

O AI foi identificado como um espaço formal de escuta e troca entre os atores envolvidos nos cuidados em saúde pelos usuários, trabalhadores e a chefia do Serviço. Nele, ganhou relevo, na visão dos sujeitos atendidos, a preparação para as consultas e a identificação de demandas com encaminhamento para as especialidades não médicas. Todos esses processos, tendo como ponto de partida a escuta, a postura receptiva dos integrantes da equipe, que se colocam no acolhimento, não como especialistas, mas sim, como trabalhadores de saúde. Buscando escutar o sujeito atendido de forma integral, para além de sua especialização, preocupado com a execução do trabalho usuário-centrado, os integrantes da equipe se corresponsabilizavam pela resolução das demandas. Dessa forma não cabia ao trabalhador simplesmente o encaminhamento, mas o intercâmbio com as especialidades para buscar do atendimento mais interdisciplinar possível.

Juntamente com a preparação para as consultas, relatadas pelos usuários, o AI ganhou fortes contornos das práticas de Educação em Saúde, as quais registram o ponto de originalidade da ferramenta desenvolvida no ProDia. Sua contribuição para o Acolhimento pode ser percebida na orientação dos sujeitos atendidos, explicando o funcionamento do projeto e a relevância da consulta com determinada especialidade. Isso porque, no momento do encaminhamento, o trabalhador de saúde explica ao usuário a razão de sua importância, baseado nas demandas apresentadas durante o Acolhimento, bem como, oferecendo informações resolutivas para determinadas queixas.

Munidos de informações sobre a doença, os usuários passaram a se colocar não como coadjuvantes, mas como protagonistas na determinação das ações em seu tratamento, gerando

a produção de subjetividade. Nesse sentido, o AI passou a auxiliar as práticas de Educação em Saúde, ao mesmo tempo em que contribuía para o aumento do número de encaminhamento e o aproveitamento das disciplinas não médicas. Dessa forma, foi notado, por trabalhadores de saúde e usuários, o aumento do acesso às demais especialidades.

De forma geral, principalmente na fala de usuários e trabalhadores de saúde, foi notada uma série de mudanças após a execução do AI. Essas se deram em uma reação “em cadeia”, de forma integrada, como deve ser o trabalho em saúde. Ao operacionalizar uma ferramenta que buscou transferir o atendimento médico-centrado, para modelo usuário-centrado, pautado na Educação em Saúde e visando a integralidade nos cuidados aos sujeitos que buscam o Serviço, o AI tocou em pontos importantes do trabalho. Entre eles, merece ênfase a sistematização do fluxo de atendimento, gerando a (re)organização do Ambulatório. Vale lembrar que a organização das práticas de saúde é um dos pontos chaves da PNH para a realização de um trabalho humanizado.

Inserido nas práticas do Serviço, o AI articulou-se com diversas questões da operacionalização dos cuidados em saúde. Seu enraizamento com o trabalho executado é tão forte que foi visto por alguns entrevistados como fundamental para realização do Ambulatório. A ferramenta incentivou os trabalhadores a conhecerem mais sobre as outras especialidades integrantes do ProDia e o aumento da interdisciplinaridade do serviço. Auxiliou, também, na quebra de contradições como oferecer um atendimento integral aos atendidos sem a imposição de serviços.

Ainda assim, não foi capaz de sanar todos os problemas do Projeto, bem como não pôde ser apontado como o único responsável pelos pontos positivos do trabalho executado. Apesar da melhora na operacionalização das trocas de informações no trabalho, estas foram pontadas como insuficientes para garantir a interdisciplinaridade em todas as ações do Ambulatório. Por isso, chefia e trabalhadores de saúde acreditam que o trabalho tem aspectos a melhorar nesse ponto.

Da mesma forma, embora os entrevistados tenham relatado práticas centradas no usuário, o Serviço não foi capaz de estruturar-se totalmente nesse modelo de atenção e extinguir ações médico-centradas. Exceto na remarcação de retorno dos atendidos para consultas com as especialidades não médicas, o agendamento para o Ambulatório de Diabetes ainda remete obrigatoriamente à consulta com a equipe de Medicina. Dessa forma, o Projeto ainda não se coloca como um centro de cuidado onde o carro chefe é a ação interdisciplinar guiada pelo atendimento usuário-centrado.

Ampliando a discussão para os temas que influenciaram a realização do AI e do ProDia, tem-se a questão sobre formação dos trabalhadores de saúde. Foi notado que grande parte dos entrevistados só teve contato com os temas de humanização e Acolhimento na prática do Projeto. Também, o preparo para realização de um serviço integrado entre os saberes é visto como falho pela a chefia e trabalhadores de saúde. Segundo eles, existe uma dificuldade dos profissionais e acadêmicos em atuar descentrado das práticas especializadas. Todavia, a avaliação sobre a formação dos profissionais de saúde requer uma amplitude da presente pesquisa que fugiria aos objetivos propostos por ela.

O tempo de participação dos integrantes no Ambulatório também foi levantado pela chefia e pelos trabalhadores de saúde. Somado ao tema da formação levantada pelos entrevistados, a grande rotatividade dos participantes da equipe foi colocada como um empecilho para a manutenção de práticas pautadas na lógica Acolhimento, com trocas entre as especialidades e o conhecimento das práticas das outras disciplinas. Nesse sentido, é interessante notar que a construção do AI se deu por sujeitos que participaram, no mínimo, por um ano no Serviço, o que sugere a importância da permanência dos trabalhadores de saúde por um tempo maior no Projeto.

Além do tempo dos integrantes da equipe no Serviço, o tempo de atendimento no ProDia foi levantado por usuários e trabalhadores de saúde entrevistados. Todavia, a demora, colocada como um fator negativo pelos usuários, foi vista como algo que pode denotar ganhos, segundo o trabalhador de saúde, uma vez que a demora pode ser vista como reflexo da ampliação do acesso e da atenção aos sujeitos atendidos. De todo modo, o desejo de não demorar no ambulatório foi colocado, por alguns usuários, como justificativa para preferirem apenas o atendimento médico, sem o encaminhamento para as demais disciplinas.

Outro ponto comum nas entrevistas realizadas foi a identificação de influências externas ao Ambulatório que afetaram suas práticas de produção de saúde. As políticas desenvolvidas pela Pró-Reitoria de Extensão e a Reitoria da UFJF foram destacadas por trabalhadores de saúde e a chefia do serviço. Seja no incentivo à junção e ampliação de projetos, ou no estímulo a criação de vários programas de extensão sem a preocupação com a integralidade entre eles, o Hospital impactou as ações do ProDia. Infelizmente, não de forma passível de avaliação por esse trabalho. Contudo, é possível imaginar o quanto seria significativa a execução do projeto de acolhimento do HU-UFJF ou a continuidade no incentivo à união de projetos de extensão que apresentam o mesmo público-alvo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente pesquisa, além de prazerosa, tornou-se instigante à medida que possibilitou reviver e descobrir pontos, até então desconhecidos, sobre o Acolhimento Integrado. Escutar a chefe do Serviço, os trabalhadores de saúde e os usuários do Ambulatório trouxe ao estudo a ampliação do conhecimento sobre o objeto investigado. Ouvindo cada participante e sua visão acerca do AI, o entendimento sobre a ferramenta foi ganhando novos contornos, possibilitando enxergar, em que no início do trabalho, nossa visão não alcançava.

Como é de se esperar em um serviço de saúde, as questões, os temas, os indicadores de análise utilizados não se apresentaram isolados, fechados, com um fim em si. Pelo contrário, das questões das entrevistas se desdobraram e apresentaram a mais variada gama de combinações, entrelaçando assuntos que seguiram em um espiral.

No estudo, partindo da posição de psicólogo, percorremos o caminho da humanização, buscando o olhar integral sobre sujeitos e serviços, abrindo mão das especialidades, foi possível retirar considerações preciosas sobre o Acolhimento, o Ambulatório e os processos de produção de saúde. Entre estas considerações, o entendimento de que o AI não criou nenhuma prática no Ambulatório de Diabetes, mas apresentou-se capaz de potencializar, ou minimizar, algumas ações já existentes, trazendo à baila uma série de pontos relevantes no auxílio à (re)organização do Serviço. Entre os pontos maximizados pelo AI estão: as estratégias de Educação em Saúde; o acesso dos usuários aos atendimentos com especialidades não médicas; a troca de informação e encaminhamentos entre as disciplinas; a interdisciplinaridade; o aproveitamento dos trabalhadores da equipe; a corresponsabilização; a resolutividade dos casos atendidos; e o atendimento usuário-centrado. Ao mesmo tempo, a ferramenta minimizou, mas não excluiu, a centralização do médico nos cuidados em saúde; a fragmentação e o reducionismo na atenção aos sujeitos atendidos.

Da mesma forma, como não criou práticas novas, o AI não foi capaz de resolver todas as imperfeições do Projeto, tão pouco deve ser cobrado por isso. É importante frisar que

a ferramenta foi construída sem o auxílio de especialistas sobre o assunto. Sua elaboração vem da heterogeneidade do saber dos integrantes do Ambulatório que, em sua maioria, pouco tiveram contato com as questões da humanização durante a graduação. Embora a ênfase dada pela PNH ao trabalho de cogestão e ao protagonismo dos trabalhadores e usuários na resolução de problemas cotidianos dos serviços de saúde, estes não podem ser totalmente responsabilizados, assim como o HumanizaSUS não os responsabiliza, pelo dever de resolver todos os problemas dos serviços públicos de saúde. É fundamental que a corresponsabilização dos cuidados em saúde se dê sem imposições e com a implicação e o reconhecimento da responsabilidade de cada parte no tratamento, na organização e nos serviços em saúde.

Com a prática do Acolhimento Integrado, foi possível identificar a mudança na posição dos atores envolvidos no trabalho de atenção à saúde. Entre elas, ficou marcada a alteração da maioria dos integrantes da equipe, que atuavam de forma dicotômica, entre a passividade e a imposição, em relação às ações desenvolvidas no ProDia, antes da execução do AI. A passividade ocorria quando os integrantes do Projeto apenas esperavam por encaminhamentos da equipe de Medicina, servindo como suporte ao atendimento médico. Já a imposição era observada no movimento de realização de atendimentos especializados sem a identificação de demanda que justificasse a consulta. Após a execução do AI, houve um maior equilíbrio entre a posição de usuários e trabalhadores, uma vez que o contato, não partia mais da realização de uma intervenção especializada sem a identificação de sua necessidade, mas do espaço de trocas possibilitando a produção de subjetividade em um atendimento usuário-centrado. Com isso, a distância entre esses atores em relação ao médico, no que diz respeito à responsabilização dos cuidados, também diminuiu. O entendimento da importância das especialidades não médicas, por parte do usuário e da própria equipe, contribuiu para o maior alinhamento entre a medicina e as demais especialidades. Todavia, as modificações nas posições dos atores envolvidos no processo de produção de saúde, ainda não são marcadas por uma horizontalidade plena, mas sim pela diminuição da verticalização e do afastamento entre elas.

É fundamental frisar que, embora o grande debate em torno de atividades médicas e não médicas, o Acolhimento não deve servir como justificativa para uma guerra contra a Medicina. O AI, com sua possibilidade de reorganização do serviço, não têm como objetivo extinguir os cuidados da Medicina, mas ampliar o olhar para as ações interdisciplinares, integradas e com foco no usuário, o que não se dará com a eliminação do saber médico.

É possível considerar, a partir da experiência vivida com a operacionalização do AI no Ambulatório de Diabetes o HU-UFJF, o acolhimento como uma iniciativa viável para a

atenção secundária, que pode ser replicada em outros serviços, desde que, respeite as peculiaridades do local onde a ferramenta seja inserida e possua o alinhamento entre teoria e prática. Além disso, sua realização deve ser pensada junto com a organização do trabalho como um todo e não somente no momento de acolher o usuário. Por esse motivo, a PNH coloca-se como uma política transversal a ser executada com auxílio dos diversos atores envolvidos nos processos de produção de saúde. Dessa forma, a participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares é tão importante para a construção dessa micro-política.

Por fim, pode ser considerado como positivo os impactos do Acolhimento Integrado sobre o ProDia, uma vez que a ferramenta contribuiu para construção de um trabalho mais interdisciplinar, integrado e resolutivo. Contudo, não se trata de algo acabado. Pelo contrário, ainda se pode dar mais passos importantes para maior qualificação do serviço. Entre eles estão, a melhoria na comunicação, principalmente nas discussões de casos, com a implementação do debate de pós-consultas e a possibilidade de um prontuário único para cada paciente, onde todos possam realizar anotações e consultar o que foi observado em cada uma das especialidades. Além disso, o fortalecimento das trocas com outros ambulatórios do Hospital e com a atenção primária, em um trabalho de referência e contrarreferência deve ser arquitetado pela equipe.

Outro passo importante na concretização e avanço das práticas de qualificação do Ambulatório é a organização para a recepção e o preparo dos novos integrantes do Projeto. Tendo em vista a rotatividade dos membros da equipe e o desconhecimento deles em relação às ações voltadas para integralidade, para a humanização e para o acolhimento, essa iniciativa poderá surtir o efeito de minimizar o impacto gerado no primeiro contato desses trabalhadores, não afeitos ao modo de operacionalização do Serviço. Com isso, aumentam as chances de implicação dos profissionais, residentes e acadêmicos atuantes no ProDia com as práticas do AI.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association [ADA]. (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus [Supplement 1]. *Diabetes Care*, 35, S11-S63.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005a). A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 561-571. doi: 10.1590/S1413-81232005000300014
- Benevides, R., & Passos, E. (2005b). Humanização na Saúde: Um novo Modismo? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., & Campos, D. C. (2007). Iniciando uma Pesquisa: Dicas de Planejamento e Execução. In M. N. Batista, & D. C. Campos (Orgs.), *Metodologia de Pesquisa em Ciências: Análises Quantitativa e Qualitativa* (pp. 8-24). Rio de Janeiro: LTC.
- Bernardi, S. (2010). Entrelaçando o SUS, a PNH e a saúde do trabalhador. In Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção* (pp. 169-184). Brasília: MS.
- Brasil. [Constituição (1988)]. (2013). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nos 1/1992 a 75/2013, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nos 1 a 6/1994* (39a ed.). – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara.
- Breakwell, G. M., (2010). Método de Entrevista. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith. (Orgs.), *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 240-259). Porto Alegre: Artmed.
- Brêda, M. Z., & Augusto, L. G. S. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, 471- 480. doi: 10.1590/S1413-81232001000200016

- Camargo, K. R.-Jr. (2009). As Muitas Vozes da Integralidade. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (pp. 15-19). Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.
- Campos, G. W. S. (2000). *Democracia Institucional e Co-gestão de Coletivos Organizados para a Produção*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2005). Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 398-400.
- Castro, A. P. A., Novo, J. M.-Jr., & Costa, M. B. (2011). Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus. In A. P. A. Castro, & M. B. Costa (Orgs.), *Diabetes Mellitus: Abordagem interdisciplinar. A Educação em Saúde como Tratamento* (pp. 17-28). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Castro, A. P. A., Souza, M. C., & Costa, M. B. (2011). Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus. In A. P. A. Castro, & M. B. Costa (Orgs.), *Diabetes Mellitus: Abordagem interdisciplinar. A Educação em Saúde como Tratamento* (pp. 39-48). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Cecílio, L. C. O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (pp. 117-130). Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.
- Charaudeau, P., & Maingueneau, D. (2012). *Dicionário de Análise do Discurso* (F. Komesu, Trad.). São Paulo: Contexto (Obra original publicada em 2004).
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2005). *Não ao Projeto de Lei do Ato Médico. Saiba o porquê* [Cartilha]. Brasília: CFP.
- Dallos, R. (2010). Métodos Observacionais. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Orgs.), *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 133-155). Porto Alegre: Artmed.
- Davis, A., & Bremner, G. (2010). O Método Experimental em Psicologia. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Orgs.), *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 78-99). Porto Alegre: Artmed.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 7-14. doi: 10.1590/S1413-81232004000100002
- Deslandes, S. F. (2005). O projeto Ético-político da Humanização: Conceitos, Métodos e Identidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 401-403. doi: 10.1590/S1414-32832005000200017

- Ducrot, O. (1987). *O Dizer e o Dito*. (E. Guimarães Trad.). Campinas: Pontes Editores. (Obra original publicada em 1985).
- Ferreira, J. (2005). O Programa de Humanização da Saúde: Dilemas entre o Relacional e o Técnico. *Saúde e Sociedade*, 14, 111-118. doi: 10.1590/S0104-12902005000300007
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público*. (2a. ed.). Rio de Janeiro: Sinergia.
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23, 69-76.
- Foucault, M. (2008). *Arqueologia do Saber* (7a. ed.). (L. F. B. Neves, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1969).
- Foucault, M. (2011). *A Ordem do Discurso* (21a. ed.). (L. F. A. Sampaio, Trad.). São Paulo: Edições Loyla. (Obra original publicada em 1971).
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 345-353. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019
- Franco, T. B., Panizzi, M., & Foschiera, M. (2004). O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, (30), 30-35.
- Gomes, M. C. P. A., & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: Práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grande centros urbanos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 287-301.
- Graça, L. A. C., Burd, M., & Melo J.-Filho, (2007). Grupos com Diabéticos. In J. Filho Melo (Org.), *Grupo e Corpo: Psicoterapia com Pacientes Somáticos* (pp. 203-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guirado, M. (1995). *Psicanálise e Análise do Discurso: Matrizes Institucionais do Sujeito Psíquico*. São Paulo: Summus.
- Guirado, M. (2009a). *A Análise Institucional do Discurso como Analítica subjetividade* [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Guirado, M. (2009b). Psicologia Institucional: O Exercício da Psicologia como Instituição. *Interação em Psicologia*, 13(2), 323-333.

- Henwood, K., & Pidgeon, N. (2010). A Teoria Fundamentada. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fifi-Schaw, & J. A. Smith, *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 340-361). Porto Alegre: Artmed.
- Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora [HU-UFJF]. (c2009-2013). *Institucional: Histórico*. Recuperado de <http://www.ufjf.br/hu/institucional/historico/>
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [Inep]. (2012). *Censo da Educação Superior: 2010 – Resumo Técnico*. Brasília: Inep.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Souza, F. S. P. & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: Vínculo, Acolhimento, Co-responsabilização e Autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3051-3060. doi: 10.1590/S1413-81232011000800005
- Juliano, A. C. S. R. S., & Costa, M. B. (2011). Atuação do Médico em um Programa de Educação em Diabetes. In A. P. A. Castro, & M. B. Costa (Orgs.), *Diabetes Mellitus: Abordagem interdisciplinar. A Educação em Saúde como Tratamento* (pp. 49-70). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Knobel, E., Novaes, M. A. F. P., & Bork, A. M. G. T. (1998). Humanização dos CTIs. In: E. Knobel (Org.), *Condutas no Paciente Grave* (pp. 1306-1312). São Paulo: Ateneup.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a Produção do Cuidado no Campo do Bem-estar Social. *Psicologia & Sociedade*, 21, 293-300. doi: 10.1590/S0102-71822009000300002
- Maingueneau, D. (1997). *Novas Tendências em Análise do Discurso* (3a. ed.). (F. Indursky, Trad.). Campinas: Pontes. (Obra original publicada em 1987).
- Mângia, E. F., Souza, D. C., Mattos, M. F., & Hidalgo, V. C. (2002). Acolhimento: Uma Postura, uma Estratégia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 13, 15-21. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v13i1p15-21
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista Semiestruturada: Análise de Objetivos e de Roteiros. In Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos, *Anais do II Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos: Vol. 1. A Pesquisa Qualitativa em Debate* (pp. 1-10). São Paulo: Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativa.
- Marques, G. Q., & Lima, M. A. D. S. (2004). As Tecnologias Leves como Orientadoras dos Processos de Trabalho em Serviços de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(1), 17-25.
- Martins, M. C. F. N., & Macedo, P. C. M. (2008). Programa de Humanização da Assistência em Hospitais. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli, & M. R. Erlichaman (Org.), *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 173-181). São Paulo: Atheneu.

- Mattos, R. A. (2009). Os sentidos da Integralidade: Algumas Reflexões acerca de Valores que merecem ser Defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Org.), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.
- Merhy, E. E. (1998). O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In S. F. Teixeira (Org.), *Democracia e Saúde* (pp. 125-141). São Paulo: Lemos.
- Merhy, E. E. (2007). *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo* (3a. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., & Onocko, R. (1997). *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec.
- Merlin, I. A. S., & Merlin, M. S. (2007). A Composição de um Trabalho de Conclusão de Curso. In M. N. Batista, & D. C. Campos (Orgs.), *Metodologia de Pesquisa em Ciências: Análises Quantitativa e Qualitativa* (pp. 8-24). Rio de Janeiro: LTC.
- Millward, L. J. (2010). Grupos Focais. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fifi-Schaw, & J. A. Smith, *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 278-301). Porto Alegre: Artmed.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 239-262. doi: 10.1590/S0102-311X1993000300002
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HmanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde. (2007). *Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008). *HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS.
- Norman, K. D., & Yvonna, S. L. (2007). A Disciplina e as Práticas de Pesquisa. In K. D. Norman, & S. L. Yvonna (Orgs.), *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens* (pp. 15-47). Porto Alegre: Artmed.

- Oliveira, J. B. (2012). O Inconsciente Lacaniano. *Psicanálise e Barroco em Revista*, 10(1), 109-120.
- Oliveira, M. C., & Macedo, P. C. M. (2008). Evolução do Conceito de Humanização em Assistência Hospitalar. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli, & M. R. Erlichaman (Org.), *Psicologia e Humanização: Assistência aos Pacientes Graves* (pp. 173- 181). São Paulo: Atheneu.
- Pasche, D. F. (2010). Humanizar a formação para humanizar o SUS. In Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção* (pp. 63-71). Brasília: MS.
- Pasche, D. F., & Passos, E. (2010). Cadernos Temáticos PNH: Formação em Humanização. In Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção*. (pp. 5-10). Brasília: MS.
- Ramos, D. D., & Lima, M. A. D. S. (2003). Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 27-34. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100004
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise* (V. Ribeiro, & L. Magalhães, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1944)
- Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 80-91. doi: 10.1590/S0102-311X1994000100009
- Silveira, M. F. A., Felix, L. G., Araújo, D. V., & Silva, I. C. (2004). Acolhimento no Programa de Saúde da Família: Um caminho para Humanização da Atenção à Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9, 71-78. doi: 10.5380%2F2176-9133200491
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2009). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: SBD.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15, 18-42. doi: 10.1590/S0102-71822003000200003
- Teixeira, R. R. (2003). O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversação. In R. A. Mattos, & R. Pinheiro (Org.). *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde* (pp. 91-108). Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.
- Tfouni, L. V., & Laureano, M. M. M. (2005). Entre a Análise do Discurso e a Psicanálise, a Verdade do Sujeito. *Investigações*, 18, 131-147.

Trad, L. A. B., & Esperidião, M. A. (2010). Sentidos e Práticas da Humanização na Estratégia de Saúde da Família: A Visão de Usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis (Rio de Janeiro): revista de saúde coletiva*, 20, 1099-1117. doi: 10.1590/S0103-73312010000400003

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Ambulatório de Diabetes - Hospital Universitário Unidade Dom Bosco- Universidade Federal de Juiz de Fora

Pesquisador Responsável: Bruno Feital Barbosa Motta

Endereço: Rua Eugênio do Nascimento, s/nº- bairro Dom Orione- Juiz de Fora- MG

CEP: 36038-330 - Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 4009-5343 ou (32) 8814-8504

E-mail:brunofeital@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O Acolhimento Integrado em um serviço de atenção secundária ao diabético”. Neste estudo pretende-se avaliar, a partir da visão dos trabalhadores e usuários, as possíveis modificações ocorridas no tratamento do diabético, após a implantação do Acolhimento Integrado no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário (HU-CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora.

O motivo que nos leva a estudar este assunto está no fato de que, passados quatro anos da implantação do Acolhimento Integrado ao diabético no Ambulatório de Endocrinologia do HU-CAS da UFJF, faz-se necessária a verificação possíveis modificações ocorridas no tratamento do usuário do Ambulatório de Diabetes do HU-UFJF

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista com 7 (sete) trabalhadores de saúde e 15 (quinze) usuários do serviço do Ambulatório de Diabetes do HU- UFJF; as entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas para posterior análise dos pesquisadores. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e sua recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador ou por outros trabalhadores de saúde do Hospital Universitário HU- UFJF.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação do Acolhimento Integrado desenvolvido no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão quanto a minha de participação se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

Apêndice 2 – Entrevistas Semiestruturadas

Entrevista semi-estruturada com chefe de serviço:

1. Desde quanto existe o Ambulatório de Endocrinologia e Diabetes do HU? Em que ano você começou atuar nele?
2. Quando o Ambulatório deixou de ser Ambulatório de Endocrinologia para ser Ambulatório de Diabetes?
3. Em algum momento as atividades do Ambulatório passaram a ser organizadas em torno do Projeto de Extensão: Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes Mellitus? Quando se iniciou este Projeto?
4. Quais foram as primeiras áreas da saúde a serem integradas ao Projeto? E quais as que foram integradas mais tarde?
5. O ambulatório possui diferentes especialidades atuando ao mesmo tempo. Como foi trabalhada a questão do espaço físico, relativo ao Acolhimento e às salas de atendimento? Como isto está funcionando hoje?
6. Como se deu sua participação na implantação do Acolhimento Integrado?
7. Você consegue fazer um recorte e lembrar-se de sua experiência do início da implantação do Acolhimento, em 2009/2010? O que se lembra deste início?
8. Como você percebe o atendimento ao diabético após a implementação do Acolhimento no Ambulatório.
9. Quais pontos, positivos e negativos, você destacaria no Acolhimento?
10. O que você acha que poderia mudar no Acolhimento? Porque?

Entrevista semi-estruturada com trabalhador de saúde:

1. Qual sua área de atuação no Ambulatório de Diabetes do HU UFJF (graduação e pós-graduação/ acadêmico ou profissional)? Por quanto tempo atua ou atuou nele?
2. Qual foi sua primeira impressão do Ambulatório em relação a equipe?
3. Como você descreveria seu trabalho quando começou a atuar no Ambulatório?
4. Como foi sua participação na implantação do Acolhimento Integrado?
5. Qual a sua impressão do Ambulatório após a implantação do AI?
6. Você já trabalhou em outro serviço de saúde com metodologia parecida a do Acolhimento Integrado do Ambulatório de Diabetes? Como foi sua participação na ocasião?
7. Atuar no Ambulatório de Diabetes afetou sua formação acadêmica ou a forma de trabalhar em saúde? De que modo?

Entrevista semi-estruturada com usuário:

1. Status Sócio-econômico: Idade? Sexo? Escolaridade? Renda em salário Mínimo
2. Há quanto tempo faz tratamento do Diabetes no HU?
3. Por quais áreas já passou no ambulatório?
4. De lá prá cá, algo mudou no tratamento em relação ao atendimento?
5. Como você classificaria o atendimento no Ambulatório hoje?
6. O que você acha de ter que passar pelo Acolhimento antes das consultas?
7. O que você acha que deve mudar no Ambulatório de Diabetes ou no Hospital?

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Acolhimento Integrado desenvolvido no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Pesquisador: BRUNO FEITAL BARBOSA MOTTA

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 2

CAAE: 02935112.2.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF (Hospital Universitário da

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 161.353

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto bem redigido, de leitura simples. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento transversal, com realização de entrevistas semi-estruturadas a trabalhadores de saúde e usuários do ambulatório de diabetes do HU-CAS. Os dados coletados pelas entrevistas serão analisados pelo método de Análise de Discurso. A partir dos conhecimentos alcançados com a pesquisa, espera-se obter uma análise mais ampla sobre o Acolhimento Integrado nas práticas de saúde do Serviço de Diabetes do HU-CAS, da UFJF.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Avaliar, a partir da visão dos trabalhadores e usuários, as possíveis modificações ocorridas no tratamento do diabético após a implantação do Acolhimento Integrado no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário (HU-CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Secundário: Avaliar possíveis alterações quanto ao nível de satisfação e produtividade dos trabalhadores de saúde após a operacionalização do Acolhimento Integrado; Investigar se houve ampliação do acesso do usuário a áreas não-médicas de saúde; Analisar as possíveis contribuições do Acolhimento Integrado na dinâmica interdisciplinar do serviço; Investigar o impacto das práticas do Acolhimento Integrado na formação acadêmica/profissional dos trabalhadores de saúde e; Ponderar a importância do Acolhimento Integrado no tratamento do diabético na resolutividade de suas demandas.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 38.038-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (324)009-5187 Fax: (324)009-5160 E-mail: pesquisa@hufjf.uff.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos estabelecidos.

Benefícios: otimizar o tratamento aos pacientes diabéticos atendidos pelo HU/UFJF, assim como aos profissionais que trabalham em prol destes pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de simples realização e reprodutível, importante pois objetiva a melhora no atendimento a pacientes com Diabetes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dentro das normas.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 03 de Dezembro de 2012

Assinado por: Gisele
Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 38.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (324)009-5187 Fax: (324)009-5160 E-mail: pesquisa@hufjf.ufjf.br

Anexo 2 – Formulário para o Acolhimento Inicial



Projeto de Extensão Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes

ACOLHIMENTO INICIAL

I) IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

II) CONTEXTO SOCIAL DA FAMÍLIA:

a) Composição familiar (quantos são/quem são/idades):

Nome	Parentesco	Idade	Ocupação

b) Condição de saúde dos demais membros da família:

c) Referência da Atenção Primária:

III) ASPECTOS DE SAÚDE

a) Diabetes: Tipo 1 () Tipo 2 () b) Insulina: Sim () Não ()

c) Como e quando descobriu a doença?

d) Compreensão sobre o diabetes

g) Faz outro tipo de tratamento?

h) Como é o apoio familiar ao tratamento? (Alguma questão familiar que interfere no tratamento?)

IV) ORIENTAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE:

a) Dieta: Como é sua alimentação? Dificuldades? Já teve orientação profissional?

b) Exercícios Físicos: Faz exercícios físicos? Quais? Como? Alguma dificuldade?

d) Medicamentos: Quais as medicações em uso (Buscar no Prontuário Eletrônico)? Reações Adversas?

Como adquire as medicações/Insulina?

f) Insulina:

Como é a aplicação?

e) Conhece os cuidados que o diabético deve adotar? (Cuidados com pés? Ferimento? Lesão na boca?)

f) Tabagismo:

g) Etilismo:

V) Maiores dificuldades em relação ao tratamento do diabetes:

V) OBSERVAÇÕES/ENCAMINHAMENTOS:

Profissionais Responsáveis: _____

Anexo 3 – Formulário para o Acolhimento de Retorno



Projeto de Extensão Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes

ACOLHIMENTO DE RETORNO

Nome: _____ Data: ____/____/____

I) ORIENTAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE:

a) Dieta: Como está sua alimentação? (Dificuldades?)

b) Exercícios Físicos: Conseguiu por em prática as orientações da Educação Física?

c) Medicamentos: Houve alguma alteração nas medicações (Prontuário Eletrônico)? Alguma dificuldade?

d) Faz uso de Insulina? Onde adquire? Como é o uso?

d) Aspectos Corporais: Adota os cuidados específicos em relação ao diabetes (pés, ferimentos, lesões cutâneas, alterações na boca, formigamento, dormência, dor)?

e) Tabagismo e/ou Etilismo:

II) MAIORES DIFICULDADES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES:

III) OBSERVAÇÕES/ENCAMINHAMENTOS:

Profissionais Responsáveis: _____