

MAIS MÉDICOS NO PARANÁ - ACOLHIMENTO E O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

MAIS MÉDICOS IN THE STATE OF PARANA - RECEPTION AND WORK PROCESS IN PRIMARY CARE

Edevar Daniel¹

RESUMO

Este artigo relata a experiência da tutoria e supervisão do Programa Mais Médicos no Estado do Paraná, na perspectiva de melhoria da qualidade da Atenção Básica e na capacidade dos serviços de saúde em responder de forma efetiva às necessidades dos usuários do sistema. No início do programa em setembro de 2015, com a chegada dos médicos nos municípios, a supervisão percebeu uma dificuldade que os serviços encontravam em relação ao Acolhimento e Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde. Partindo desta situação os tutores e supervisores embasados nos referenciais teóricos existentes, iniciaram um processo dialógico e participativo junto aos gestores locais, estruturado a partir das visitas de supervisão, das reuniões locais regionais, dos encontros de planejamento e da execução de ações de educação em saúde, com o objetivo de garantir a acessibilidade e discutir a reorganização do processo de trabalho. Tais práticas potencializam a construção do Sistema Único de Saúde e são fundamentais para o fortalecimento da Atenção Básica.

Descritores: Mais Médicos; Atenção Básica; Acolhimento; Processo de Trabalho

ABSTRACT

This article reports the experience of the Mais Médicos Program tutoring and mentoring in the state of Paraná, Brazil. It focuses on quality improvement of primary health care and on health services capacity to respond effectively to users' needs. In the beginning, with the arrival of doctors in the counties on September 2015, the supervision noticed a difficulty related to reception and work process in health care units. Starting from this point, tutors and supervisors, based on the existing theoretical references, initiated a dialogic and participatory process with local managers in order to ensure accessibility and discuss the process of work reorganization. This action was based on supervisor's visits, regional meetings, planning meetings and on implementation of health education actions. Such practices influenced the construction of Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and are essential to the consolidation of primary care.

Keywords: More Doctors; Primary Care; Reception; Work Process

1 – Professor Adjunto do Departamento de saúde comunitária da Universidade Federal do Paraná, Tutor do Programa Mais Médicos.

Contato do Autor / Mail to:

Edevar Daniel - edevar.daniel@ufpr.br

Rua Padre Camargo, 280 – 7º andar – Bairro Alto da Glória – CEP 80.060-240 – Curitiba – PR - Fone (41) 3360-7241

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades¹.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos. Dentre seus fundamentos está o acesso universal e contínuo ao sistema de saúde. Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, empenhando-se em construir estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços¹.

O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. O programa somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica no País.

O Provimento Emergencial, chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, tem como objetivos: promover a Atenção Básica em regiões prioritárias do SUS e o aperfeiçoamento de médicos por meio de integração ensino-serviço, com a inserção do profissional na Equipe de Saúde da Família. É uma estratégia que, ao mesmo tempo em que garante atenção à saúde das populações destas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade, investe na formação e na qualificação do conjunto dos profissionais envolvidos.

Está previsto no Programa o acompanhamento dos profissionais com o objetivo de contribuir, apoiar e orientar o processo de educação permanente; tarefa essa atribuída as Instituições Supervisoras que, por meio de tutores e supervisores, devem garantir a execução de tal objetivo. Tanto tutores quanto supervisores devem ser obrigatoriamente médicos ligados a instituições de ensino que coordenam a atuação dos médicos participantes.

Em julho de 2013, a Universidade Federal do Paraná aderiu ao Programa como Instituição Supervisora no Estado do Paraná, assumindo a responsabilidade pelas ações de planejamento, implantação, monitoramento e avaliação da Supervisão Acadêmica, orientando e acompanhando as atividades executadas pelos médicos participantes do Programa.

A atuação da Supervisão Acadêmica como eixo educacional tem o objetivo de fortalecer a educação permanente em saúde; a integração ensino-serviço; a atenção básica; a formação de profissionais nas redes de atenção à saúde e da articulação dos eixos educacionais do Projeto, singularizar a vivência dos médicos, ofertando suporte para o fortalecimento de competências necessárias para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica.

Em agosto de 2016 a Universidade Federal do Paraná, como Instituição supervisora do Programa, contava com 12 tutores e 120 Supervisores. No Estado estão alocados 913 médicos em 304 municípios. Desses profissionais, 707 são cubanos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), 105 são intercambistas individuais e 100 são médicos com registro do Brasil.

Visando buscar uma maior qualidade da Atenção à Saúde, os Tutores e Supervisores iniciaram um processo de discussão sobre a forma de Acolhimento e Processo de Trabalho na Atenção Básica das Unidades de Saúde onde se encontram atuando os médicos do Programa, com o objetivo de garantir a acessibilidade, reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania, no aprimoramento contínuo da atuação do médico participante e na consequente melhoria da qualidade da Atenção Básica.

MÉTODOS

Trata-se de um trabalho descritivo a partir de uma abordagem qualitativa dos referenciais teóricos existentes²⁻⁶, no qual se propôs analisar o Acolhimento e Processo de Trabalho, na capacidade dos serviços de saúde em responder de forma efetiva às necessidades dos usuários do sistema, através de um processo dialógico e participativo, estruturado a partir das Visitas de **Supervisão Acadêmica** (realizadas mensalmente pelo supervisores nas Unidades de Saúde onde estão lotados os médicos do Programa, busca oferecer suporte para o desenvolvimento das ações do médico e de sua equipe na Atenção Básica), **Encontros Locorregionais** (realizadas trimestralmente e um dispositivo de Educação Permanente da Supervisão Acadêmica, que se caracteriza pelo encontro presencial dos atores participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil de uma determinada região) e **Encontros de Educação Permanente** (para qualificação da Supervisão Acadêmica dispositivo de gestão acadêmica para reflexão e planejamento do acompanhamento da supervisão acadêmica). Teve como ponto de partida o levantamento dos problemas que emergem dos cenários de práticas, com a reflexão sobre o seu processo de trabalho e acolhimento. A partir daí buscou-se a concepção de propostas para a sua resolução em diálogo com os referenciais teóricos: a Política Nacional de Atenção Básica

e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tendo como base as necessidades da população e dos serviços de saúde. Com este reconhecimento, elaboraram-se propostas de enfrentamento e aplicação à realidade e às necessidades da população e dos serviços de saúde como forma de garantir a acessibilidade e de discutir a reorganização do processo de trabalho.

DESENVOLVIMENTO

A Atenção Básica possui o caráter estruturante e estratégico na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios (as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade). As equipes da atenção básica têm a possibilidade de vincular-se, responsabilizar-se e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral⁸.

A atenção básica pode ser definida como um conjunto de ações em prol da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, abrangendo promoção e proteção da saúde, bem como prevenção de agravos. Dentre seus fundamentos está o acesso universal e contínuo ao sistema de saúde. Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, empenhando-se em construir estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços².

Ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso. Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado. Ou seja, a grande maioria dos recursos é utilizado em uma minoria com doenças graves. A estratificação segundo riscos e as respostas das unidades básicas, conforme o estrato de risco, ajudam a adequar e a ampliar o acesso⁶.

O acesso está diretamente relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, atendimentos em grupo, procedimentos de enfermagem, exames, medicamentos, entre outros. Sempre que possível, as atividades realizadas pelas equipes devem acontecer em todo o horário de funcionamento da unidade. A ampliação do horário de funcionamento tem se configurado como

estratégia que aumenta o acesso de trabalhadores, especialmente do sexo masculino. Além disso, cartazes e informações sobre os serviços de Saúde a serem buscados fora do horário da unidade básica reforçam a preocupação da equipe em apoiar a população na resolução dos problemas.

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar de acordo com determinadas características locais. Entre os aspectos mais fortemente relacionados com a capacidade de uma equipe decidir sobre o modo de estruturar o acolhimento, encontra-se a quantidade de pessoas e a situação social da população adscrita à sua equipe. Isso se dá porque áreas que têm uma população que vive em situações de piores condições econômicas, com pouca oferta de serviços públicos e de restritas áreas sociais de convivência, tendem a apresentar maior quantidade de doentes^{10,11}.

Uma boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões. Esse estudo orientaria processos de cadastramento de população ou de remapeamento das unidades, a fim de que as equipes que estão acompanhando populações mais vulneráveis fiquem responsáveis por uma quantidade menor de pessoas do que equipes que atuam em situações mais bem avaliadas.

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

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios⁶:

- (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;
- (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O Acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais torna-se um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento quanto para a continuidade do cuidado (programático ou

não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Essas informações permitirão adequar a capacidade instalada às necessidades da população⁴.

As consultas costumam ser divididas em consultas programáveis (por motivos previsíveis) e consultas do dia (motivos imprevisíveis). Esses parâmetros, quando refletidos nas agendas e nas práticas assistenciais das equipes, estão relacionados ao melhor acesso da população aos recursos e aos serviços das unidades básicas. Como parâmetro para organização da agenda na literatura, há variação em relação ao total de consultas. Esse parâmetro pode variar de 30% a 50% de consultas programáveis e de 70% a 50% de consultas do dia⁴.

A agenda programada para grupos específicos abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve pautar-se pela avaliação de risco e de vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa)⁴.

A organização programática da assistência reúne as seguintes características: programas organizados por grupos populacionais (criança, adolescente, mulher, idoso etc.) e por doenças de importância sanitária (tuberculose, hipertensão etc.); objetivos definidos com base no diagnóstico de saúde da população; organização interna das atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar etc.); utilização de equipe multidisciplinar; padronização de fluxogramas de atividades e condutas diagnósticas e terapêuticas; sistema de informação e avaliação permanente; hierarquização e regionalização dos serviços.

A agenda de atenção domiciliar, realizada no domicílio do paciente, expõe as equipes à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, aos seus valores e às formas de cuidar instituídas no senso comum e na memória falada, passada de geração em geração. Um dos diferenciais das equipes de atenção domiciliar é o fato de que constroem sua relação com o sujeito que necessita de cuidados no domicílio, e não em um estabelecimento de saúde. Dessa forma, “a potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença”⁵.

As reuniões de equipe, no cotidiano de trabalho, são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões. S nesses momentos de encontros dos trabalhadores que emergem suas

especificidades enquanto sujeitos de diferentes contextos que precisam relacionar-se. No contraponto destes atributos, é comum deparar-se com comentários sobre reuniões cansativas que se traduzem em perda de tempo e em dificuldades para tomar decisões, apenas para enumerar alguns dos desconfortos de reuniões malsucedidas. Porém, é preciso realçar os benefícios que a prática de reuniões pode proporcionar, sendo uma oportunidade ímpar para ocorrer a socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais acertadas¹².

Desse modo, as reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para o redelineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente, avaliação sistemática do cotidiano da equipe, onde se discute coletivamente a problemática do trabalho e se definem as ações e intervenções a serem realizadas no território/comunidade/equipe, promovendo a gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas em cada comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciam a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso. Este, por sua vez, confirma a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado nos serviços.

O relato dos supervisores mostrou a relevância do tema, gerou um movimento de reflexão e mudança no âmbito das práticas de Acolhimento e Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde, demonstrou que há necessidade da manutenção do processo de discussão. O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se o campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe.

Torna-se necessário ainda considerar que o processo de mudança é complexo e demanda mudanças de caráter estruturante que necessitam de tempo para serem efetivadas. Nesse sentido, é importante fortalecer e garantir a educação permanente, tendo como objetivo a resolubilidade, integralidade no cuidado e as necessidades da população. Tais práticas potencializam a construção do Sistema Único de Saúde e são fundamentais para o fortalecimento da Atenção Básica.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor deste artigo é tutor do Programa Mais Médicos.

12. Dall'Agnol CM, Martini AC. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. *Texto & Contexto Enferm* 2003 fev; 12 (1): 89-96.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica /. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.
7. PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
8. LEI nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
10. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999 abr-jun; 15(2): 345-53.
11. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. 2010; 12 (3): 402-413.

