

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Elzilane Rocha Silva

**Diretrizes para a consolidação do acolhimento no âmbito da
atenção primária à saúde**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Minas Gerais como requisito
parcial para a obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família
Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria

BELO HORIZONTE

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Elzilane Rocha Silva

Título: Diretrizes para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde

Conceito:

Banca Examinadora:

Prof(a).

Assinatura: _____

Prof(a).

Assinatura: _____

Prof(a).

Assinatura: _____

Data da Aprovação:

“Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nos ignoramos alguma coisa. Por isso, aprendemos sempre.”

Paulo Freire

RESUMO

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Consolidá-lo nas práticas de saúde como um instrumento de construção do cuidado integral é um desafio. Diante disso, foi feita uma revisão da literatura sobre o tema acolhimento, priorizando-se os artigos que mais se identificavam com o tema proposto, e a seguir, realizou-se uma descrição de experiência de acolhimento numa unidade de saúde da família no período de 2001 a 2009. A partir de então, foram propostas diretrizes para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: acolhimento, processo de trabalho, atenção primária.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. JUSTIFICATIVA	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 – Objetivo Geral	7
3.2 – Objetivos Específicos e Metodologias	7
4. “DISSECANDO” O TEMA ACOLHIMENTO	8
4.1 – Acolhimento: uma possibilidade de interlocução	8
4.2 - Acolhimento: uma relação dialógica	9
4.3 – Acolhimento e algumas de suas lógicas	11
4.3.1 - A lógica da detecção de necessidades	11
4.3.2 – A lógica da definição do encaminhamento	11
4.4 – Experimentando “acolher”	12
4.5 - Descrição da experiência de Acolhimento na Equipe 65 do PSF de Contagem/MG	15
4.5.1 - Apresentando a equipe e nossa área de abrangência	15
4.5.2 - Descrição do processo de trabalho	15
4.5.3 – Considerações da autora	16
4.6 - Diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária á saúde	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família - PSF surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Propõe práticas de atuação no ambiente e no estilo de vida, otimizando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem. Dessa forma, o PSF serve de base à organização do cuidado individual e coletivo, rompendo com a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral, valorizando-se as dimensões individual, coletiva e familiar. O processo saúde-doença passa a ser pensado de forma mais ampla.

Na reorganização das práticas de trabalho, o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade, a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social são preceitos e atividades fundamentais. A participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde é indispensável para se conquistar melhorias na qualidade de vida.

Partindo desse pressuposto, a assistência humanizada exige a criação de uma rede de diálogos entre o profissional e o sujeito que busca por atenção em saúde na qual ambos tenham espaço de atuação. Falar em humanização em saúde significa considerar a essência do ser humano, com respeito à sua individualidade, seus valores, permitindo um processo reflexivo que norteie a busca por processos de trabalho mais resolutivos. Para tanto, a realidade deve ser percebida em sua totalidade e dinamicidade, e não como objeto pronto e imutável.

No âmbito da atenção primária em saúde pública, norteadas por princípios éticos e humanitários, é essencial o exercício do diálogo. Isso significa desafiar o outro, problematizando a situação existencial, para uma possível transformação da realidade. O diálogo exige uma penetração no mundo do outro para compreender o movimento que se estabelece em torno do sujeito. Pressupõe um conhecimento prévio da realidade pessoal e profissional e requer uma relação horizontal com o outro, à procura de respostas diversas.

Saber ouvir e escutar as queixas das pessoas faz com que o outro se sinta valorizado, aumentando a confiança no profissional que presta atendimento e facilita a formação do vínculo, tão importante para a efetividade do trabalho em saúde. Considerar o indivíduo em

suas particularidades e demonstrar real interesse no momento particular pelo qual passa é de grande importância para a concretização do cuidado humanizado.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância na Política Nacional de Humanização do SUS. Centrado na lógica da produção do cuidado, o acolhimento propõe-se, principalmente, à reorganização do serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado.

Diante disso, este trabalho foi construído a partir de uma revisão da literatura sobre o tema “Acolhimento” dos últimos cinco anos nas bases de dados Scielo e Medline, utilizando-se como palavras-chave acolhimento, processo de trabalho e atenção primária. Entre os resultados, foram eleitos dez artigos para análise, além de publicações do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização. Em seguida, foi elaborada uma descrição da experiência de acolhimento numa unidade de saúde da família do município de Contagem ao longo de oito anos (2001 a 2009). A partir de então, foi construída uma análise crítica, destacando as dificuldades e os desafios na sua implementação como ferramenta do processo de trabalho em saúde com vistas ao atendimento humanizado. Finalmente, após tais reflexões, foram propostas diretrizes para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde.

2. JUSTIFICATIVA

O processo de humanização requer o envolvimento da coletividade, estimulando a criatividade, o comprometimento com o outro, a busca de estratégias sensibilizadoras e problematizadoras e a promoção de relações mais efetivas entre os profissionais, ressaltando a ética e o respeito. O ser humano é um ser relacional que, sendo protagonista, não só transforma a si próprio, como também age sobre o mundo, querendo transformá-lo. Sem comunicação, não há integração, nem senso de equipe e, como consequência, ausência de cuidado integral. Seja através de gestos, seja através de palavras, expressões corporais e faciais, o trabalho na área da saúde exige do profissional o amplo conhecimento e uso da comunicação interpessoal.

Existem diversas formas de se estabelecer esse “diálogo” nas equipes básicas de saúde da família. Estabelecer diretrizes para sua consolidação encurta os caminhos de quem está empenhado com os mesmos objetivos com relação à oferta de serviços na área da saúde. Há que se prezar pelo entendimento desse momento como de suma importância na concretização

de um atendimento humanizado, fortalecedor de vínculos e essencial para a promoção da saúde. Com base nessas reflexões, o presente estudo visa apontar diretrizes para a implantação/consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde. Desconstruir o modelo de saúde vigente é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias, mais solidárias, acolhedoras, mais efetivas e resolutivas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Definir diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito de uma Unidade de Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos e Metodologias

- Objetivo específico 1 - Revisar a literatura sobre o tema acolhimento.

Metodologia: Realizou-se uma revisão da literatura dos últimos cinco anos nas bases de dados Scientific Eletronic Library - SCIELO e Medline, em língua portuguesa e espanhola, utilizando as seguintes palavras-chaves: acolhimento, processo de trabalho e atenção primária. Foram analisados detalhadamente os dez artigos que foram considerados de maior interesse para o estudo proposto.

- Objetivo específico 2 – Descrever e analisar a experiência de acolhimento da Equipe 65 do Programa de Saúde da Família de Contagem/MG.

Metodologia: Foi elaborada uma descrição da experiência de acolhimento durante oito anos de trabalho enquanto médica da família na Equipe 65 do PSF de Contagem/MG, entre maio de 2001 a abril de 2009, analisando-se sua forma de execução, o processo de trabalho na equipe, a resolubilidade, as dificuldades encontradas e os desafios da consolidação do acolhimento no âmbito da unidade de saúde da família.

- Objetivo específico 3 – Definir diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde.

Metodologia: A partir das informações da revisão bibliográfica e do relato e análise de experiência foram definidas diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde.

4. “DISSECANDO” O TEMA ACOLHIMENTO

4.1. – Acolhimento: uma possibilidade de interlocução

O verbo acolher, em suas significações, insiste no sentido do amparo - *Dar acolhida ou agasalho a; hospedar, atender, receber; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar, receber; tomar em consideração.* Há sempre dois envolvidos na ação de acolhimento: um que busca em outro ou em algum lugar uma satisfação de suas necessidades. Entretanto o processo de trabalho de acolhimento requer um instrumento que faça a intermediação. Esse instrumento, sabemos, é a conversa.

O filósofo contemporâneo alemão Jürgen Habermas (1989) pensa a sociedade e sua possibilidade de emancipação a partir de uma teoria da comunicação, ou seja, de uma relação intersubjetiva entre sujeitos capazes de ação e fala, sendo que a última palavra é transferida para a comunidade de indivíduos em comunicação, os quais cooperam uns com os outros. É essa vivência comunicativa no dia-a-dia que abre a via de entendimento mútuo direcionado por pretensões de validade. Dessa forma, todos os participantes do discurso passam a ser a instância última para analisar o que é de interesse comum e que possa ser reconhecido como norma.

Ao tratar da racionalidade nos termos da inter-subjetividade, Habermas chama a atenção para uma razão que não mais se constitui uma relação sujeito/objeto, mas que é remetida para o contexto social, para as estruturas de interação social.

Habermas traz com a ação comunicativa o lugar comum, o saber compartilhado que é o mundo da vida. Mas este algo comum não se dá *a priori*, brota da experiência. O mundo da vida é o celeiro onde está presente um saber cultural necessário à produção de proferimentos dotados de sentido como as competências, o saber das regras, os modelos de interpretação.

Na busca de interlocução de saberes, a linguagem tem seu lugar como fonte de integração e entendimento, enquanto as interações do tipo estratégico estão projetadas para o êxito sob um exclusivo ponto de vista e a ação tem na linguagem lugar somente de transmissão de informação.

4.2 - Acolhimento: uma relação dialógica

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), utilizando o método de Paulo Freire com base no diálogo e reflexão crítica sobre a realidade concreta, se propuseram à construção de um processo interdisciplinar com vistas à humanização do ambiente hospitalar:

“...compreender e analisar a realidade na ótica freireana requer, do profissional, não apenas conhecimento e inserção na realidade, mas, sobretudo, um compromisso com a transformação. (...) Enfim, requer dos profissionais o desvelamento da realidade concreta, para a superação constante da alienação e do conformismo, a fim de liberar a criatividade e a subjetividade” (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

No estudo citado, os autores consideram a importância do acolhimento e do vínculo afetivo no processo de humanização, que passa pela percepção do ser humano em todas as suas dimensões e inter-relações. Para isso, enfatizam a necessidade de se criar um ambiente adequado para que ocorra a expressão de sentimentos, uma vez que é em sua manifestação que o ser humano se torna sensível ao que está à sua volta. Evidenciam também a importância da comunicação nesse processo, pelo entendimento de que sem a mesma não existe integração, nem senso de equipe e, muito menos, cuidado integral. Citam Paulo Freire que, em seu método de trabalho, defende que o valor do coletivo e a noção de equipe constituem o eixo central para qualquer processo de mudança. *“É na equipe que se dá o conhecimento global da realidade e a consolidação de uma participação efetiva...”*. Quando o objetivo é a humanização do atendimento em saúde, formar uma equipe representa somar competências visando à compreensão de divergências e o estabelecimento de um processo relacional integrador e problematizador, capaz de gerar mudanças.

A maioria dos artigos selecionados para análise no presente estudo trazem contribuições de outros autores, como Teixeira, Franco et al, Starfield, entre outros, na conceituação de acolhimento.

De acordo com Teixeira, acolhimento num serviço de saúde pode ser entendido como uma rede de conversações especialmente por situá-lo como campo de democracia em ato:

“Um belo exemplo – e que reúne alguns elementos significativos que o aproximam muito da técnica de conversa que estamos enfocando – é a palabre, uma variante africana do parlamento e a principal instituição política da África pré-colonial. Para oferecer uma síntese eloqüente das principais características dessa técnica de conversa e de seu potencial democrático, transcrevemos um comentário da filósofa Isabelle Stengers, que participou de palabres e ficou impressionada com as

transformações que são produzidas pelos constrangimentos impostos aos participantes por suas regras de conversar:

“Por definição, cada um dos associados de uma ‘palabre’ sabe alguma coisa da ordem do mundo que deve ser produzido, criado, descoberto, reinventado em torno do caso que os reúne. Mas jamais a intervenção de um deve assumir a forma de uma desqualificação do que diz um outro. Isso é uma regra de conversa: cada um reconhece todos os outros como legítimos e insuficientes – só há ‘palabre’ porque nenhum dos saberes presentes é suficiente para fabricar o sentido da situação. É, então, que podem se produzir as convergências. Não há apelo ao acordo entre os participantes, pois cada um é interessante enquanto divergente. Mas, pouco a pouco, palavras que não pertencem mais a uma pessoa em particular se põem a caracterizar a situação de maneira pertinente e ativa” (MANGEOT et al., 2002).

(...) Resumindo, todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (TEIXEIRA, 2003).”

De acordo com Franco et al. (2003), em toda situação em que haja um encontro entre usuário e trabalhador de saúde ocorrem processos de produção de escutas e responsabilizações, os quais se articulam por meio de vínculos e compromissos visando projetos de intervenções para produção de saúde e controle do sofrimento relacionado à doença. Assim, o acolhimento é um atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde. Sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização e nem otimização dos serviços de saúde oferecidos que efetivamente produzam impacto nos processos sociais de produção da saúde e da doença. Franco et al. (2003) definem o acolhimento como a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. Nesse sentido, o acolhimento aparece como uma etapa do processo de trabalho. Propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios:

- a. atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo 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.

Para Starfield, acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. O acesso como a possibilidade de consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (SOUZA et al., 2008).

4.3 – Acolhimento e algumas de suas lógicas

O acolhimento comporta algumas lógicas entre as quais podemos citar:

4.3.1 – A lógica da *detecção de necessidades*

Considerar o campo de acolhimento como processo de trabalho que se dá pela conversa entre um e o outro (TEIXEIRA, 2005) traz algumas conseqüências: o reconhecimento do outro como legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente e o sentido de uma situação como fabricado pelo conjunto de saberes que ali se articulam. Essas três conseqüências estão inter-relacionadas e podem produzir bons efeitos se analisadas com vagar. Aqui, queremos, de maneira breve, apenas apontar que a primeira lógica que se destitui aí é a da pertinência do acolhimento como espaço de *detecção de necessidade*.

Ao assumirmos a conversa como instrumento no processo de trabalho de acolher, consideramos que há que *se superar o monopólio do diagnóstico de necessidades* para inserir, no processo de trabalho, a necessidade de integrar a voz do outro nesse processo. Em outras palavras: “a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”.

Assim, uma nova lógica se instaura, sendo o acolhimento espaço de examinar, elaborar e negociar necessidades que podem ser satisfeitas, bem como conectar uma conversa à outra, interconectando os diferentes espaços de conversa no serviço.

4.3.2 – A lógica da *definição do encaminhamento*

Nesse processo coloca-se todos os saberes como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema

“...esse diálogo se orienta pela busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las, o que revela, talvez, a mais fina característica da autêntica operação de passagem promovida por este dispositivo e que está dada no pressuposto geral, a pautar todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço (todas as formas de conversa, individuais ou em grupo, em que, de alguma forma, se “pesquisa” alguma coisa) de que as nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas (MERHY,1997, p126).”

A conversa vai ganhando forma e embora do lado do acolhedor ela tenha um trabalho em sentido estrito, por outro lado ela só vai se constituindo em ato, vai sendo tecida.

Aqui inicia-se a desconstrução da lógica de encaminhamentos. Os processos de decisão escapam das ideologias de uma idealização, *a priori*, através do reconhecimento, por exemplo, de uma série de experiências que acabam por criar possibilidades reais de se efetivar, ampliando a participação de todos nas escolhas.

4.4 - Experimentando “acolher”

Nery et al. (2009), analisando a visão dos auxiliares de enfermagem sobre a prática das equipes de saúde da família em Londrina (PR) quanto à adoção do acolhimento como tecnologia na relação com o usuário e comunidade, observaram alguns obstáculos ao desenvolvimento do trabalho acolhedor. A pressão da demanda, que gera um tempo reduzido para o atendimento, espaço físico inadequado e o imediatismo inerente à sociedade atual levam a sentimentos de angústia, insatisfação e uma tensão constante no cotidiano dos trabalhadores.

Consideraram também a importância das determinações biopsicossociais de saúde-doença na sustentação do trabalho coletivo. Sendo assim, e por sua complexidade, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são elementos necessários para o seu desenvolvimento.

Além disso, Nery et al. (2009) defendem o estabelecimento de um espaço de planejamento e avaliação do trabalho como determinantes no estímulo da equipe de trabalhadores. Atribuem como características importantes no trabalho de gerência a utilização do conhecimento dos problemas de saúde, dos indicadores de saúde e das situações de risco da comunidade. Para isso, enfatizam a importância do processo de educação permanente como *“possibilidade de provocar, nos diferentes sujeitos da área da saúde, reflexões sobre o*

modo de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema de saúde como rede única.”.

Coelho e Jorge (2009) pesquisaram como os trabalhadores e usuários percebem o acesso, acolhimento e vínculo como tecnologias leves na atenção básica do município de Fortaleza (CE). Usaram a definição de Merhy (2005), segundo a qual as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. As autoras defendem que, como tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. Há que se estabelecer uma conexão para as construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes. Para se alcançar uma relação humanizada entre profissionais de saúde e usuários, exige-se alcançar a sensibilização do profissional para com o sofrimento do outro. Nesse sentido, faz-se necessário a capacitação e treinamento dos profissionais, além da implementação do espaço físico a fim de se promover um ambiente acolhedor.

Scholze, Duarte Junior e Flores e Silva (2009) desenvolveram uma reflexão teórica sobre o trabalho na atenção primária à saúde, identificando as perspectivas do afeto, empatia e alteridade nas relações interpessoais nos serviços. Elegeram a alteridade como a possibilidade teórica capaz de instrumentalizar o trabalhador da saúde para desenvolver o acolhimento, sem deixar de garantir sua própria humanização. Segundo os autores, a alteridade é um conceito central da Antropologia, cujo olhar é voltado para o outro, possibilitando *“assumir um distanciamento da realidade próxima que permita um “estranhamento” desta, de modo a ver, como culturais, elementos de nossa própria sociedade que, por sua presença cotidiana, parecem-nos naturais”*. Agindo assim, reconhece-se o outro não apenas como objeto, mas também como um sujeito relacional em sua singularidade.

Souza et al (2008). fizeram uma pesquisa avaliativa sobre acesso e acolhimento na atenção básica, a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde em três capitais do Nordeste brasileiro no ano de 2005. Sobre acolhimento, observaram que é uma tecnologia operacional em construção, variando nas unidades de saúde da família em níveis de concepção e estratégia de reorganização cotidiana do trabalho. Assim como Scholze, Duarte Junior e Flores e Silva (2009), também constataram que a implementação do acolhimento trouxe aumento da demanda e que a pressão da mesma sobre os trabalhadores se reflete em sobrecarga de trabalho, gera estresse e cansaço, inferindo daí a necessidade de acolhida do próprio trabalhador. Citam capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão,

níveis de autonomia no trabalho e cuidado ao cuidador como exemplos desse acolhimento ao trabalhador.

Reis et al. (2007) estudaram a organização do processo de trabalho numa unidade de saúde da família e identificaram como uma das dificuldades de se implementar a mudança no modelo assistencial a fragilidade dos contratos de trabalho, gerando pouca vinculação e baixa responsabilização dos trabalhadores com os usuários, e do gestor com a equipe. Para que ocorra essa mudança, na opinião dos autores, *“é imprescindível mudar as formas de gestão e buscar novas formas de gerir considerando a participação de todos os atores envolvidos na produção de saúde: gestores, trabalhadores e usuários.”*. Sobre o acolhimento, consideram que para que a escuta e a conversa se efetivem, deve haver uma predisposição de ambas as partes, baseada na valorização do outro, de um ambiente adequado para o assunto a ser tratado e de tempo para um ou mais contatos. Utilizam uma definição de Ceccim (1997) sobre a diferença entre a escuta e a audição:

“O termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apresentação/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas.”

Assim como outros autores estudados, também apontam a necessidade de se *“cuidar de quem cuida”*, levando-se em conta as dificuldades de escuta ou de estabelecimentos de vínculos por parte da equipe de saúde pelo contato intenso com o sofrimento das famílias assistidas. Tal situação levaria ao afastamento dos trabalhadores com relação aos usuários na perspectiva de se defenderem das dores e sofrimentos, o que é compartilhado também pela visão de Takemoto e Silva (2007), de que o acolhimento como postura aumenta a demanda por serviços, gerando sobrecarga nos profissionais, que se sentem responsáveis por oferecerem respostas. Muitas vezes isso gera um sentimento de impotência, trazendo sofrimento inclusive de ordem psíquica a alguns profissionais.

Takemoto e Silva (2007) identificaram dois modos diferentes de pensar e operacionalizar o acolhimento: como postura diante dos usuários e suas necessidades e como um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho. Observaram que, se for considerado como etapa do processo de trabalho, com definição de equipe responsável pelo mesmo, corre-se o risco do descomprometimento do restante da equipe.

4.5 - Descrição da experiência de Acolhimento na Equipe 65 do PSF de Contagem/MG

4.5.1 -Apresentando a equipe e nossa área de abrangência:

Essa descrição refere-se ao período de maio de 2001 a abril de 2009, e analisa a experiência de acolhimento da Equipe 65, que atende parte da comunidade do bairro Santa Helena, em Contagem. Trata-se de um bairro totalmente pavimentado, com infra-estrutura sanitária e energia elétrica em praticamente todas as moradias. A população adscrita é de cerca de 2900 habitantes, 840 famílias. Cerca de 14% da população conta com algum tipo de cobertura por plano de saúde suplementar, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. O espaço físico da unidade é dividido com uma outra equipe, responsável pela outra metade da população do bairro. A Equipe 65 é composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Durante esse período, o cargo de auxiliar de enfermagem foi ocupado por quatro profissionais diferentes, e houve substituição de três dos ACS.

4.5.2 - Descrição do processo de trabalho:

A dinâmica do trabalho na equipe consiste no atendimento da demanda espontânea no período da manhã e atividades programadas no turno da tarde (puericultura, pré-natal, exames ginecológicos, grupos operativos com hipertensos/diabéticos, reuniões internas da equipe, visitas domiciliares).

Todas as manhãs, cerca de 30 pessoas procuram pelo atendimento da equipe. Para a organização do nosso trabalho, divulgamos que entre as 8h e 9h seria o horário para conhecermos a demanda do indivíduo que procura a unidade. O local para a coleta dessas informações é a porta de entrada da unidade, numa sala/recepção dividida pelas duas equipes. Nessa sala, há uma mesa com duas cadeiras para os profissionais da saúde de cada equipe, dispostas uma em frente à outra. O indivíduo se aproxima da mesa devidamente identificada como sendo a de sua equipe e, de pé, é solicitado a apresentar seu documento de identidade, fornecer dados sobre seu endereço e a seguir, explicar o motivo da procura, se assim quiser. Ele é informado de que não é obrigado a nos falar ali sobre suas necessidades, mas se o quiser, facilitará a priorização dos casos. A maioria concorda em adiantar o motivo principal da procura. Esse primeiro contato do usuário com o serviço de saúde é feito com a enfermeira e um dos ACS, que se revezam nessa função a cada dia. Na ausência da enfermeira, a médica

assume essa posição, enquanto a auxiliar de enfermagem faz a pré-consulta de todos os que procuraram pelo atendimento.

Após essa coleta inicial de dados, a enfermeira, a médica e o ACS responsável pelo “acolhimento” do dia se reúnem em um dos consultórios pra avaliarem caso a caso. Nesse momento são definidas as prioridades de atendimento naquele dia, levando-se também em conta os resultados dos dados vitais e outras informações detectadas pela auxiliar de enfermagem durante a pré-consulta. De um modo geral, todos os que procuraram a unidade de saúde são atendidos no mesmo dia, sem necessidade de agendamentos. Apenas as atividades programadas são agendadas (puericultura, pré-natal, coleta de exames de prevenção do câncer de colo uterino, grupos operativos e visitas domiciliares).

4.5.3 - Considerações da autora:

Durante esses oito anos de atuação nessa equipe, não houve mudanças no modelo de acolhimento. Sempre adotamos a conceituação de acolhimento como postura, e não havia profissional designado para a execução do mesmo. A atitude acolhedora era incentivada em todos, desde os funcionários administrativos, vigias, serviçais, até a equipe de PSF propriamente dita. Porém, esse momento de conhecimento da demanda do usuário era denominada de “acolhimento” como forma de organização do nosso processo de trabalho, e nesse sentido, constituía-se também como uma etapa do mesmo. Os que procuravam a unidade fora do período de 8h às 9h também eram ouvidos, principalmente pela auxiliar de enfermagem e, se fosse o caso, também eram atendidos em consulta e até mesmo priorizados, conforme a necessidade. A auxiliar de enfermagem, após a pré-consulta, se responsabilizava pela recepção de todos os usuários.

No início de nossas atividades enquanto uma equipe de PSF tivemos grande resistência por parte da comunidade porque nossa unidade era previamente uma Unidade Básica de Saúde, com pediatra, clínico (que também era cardiologista) e ginecologista. A implantação do PSF significou inicialmente uma perda pra essa comunidade, ainda duvidando da competência de uma equipe de saúde da família no atendimento de todos os casos. Com o passar do tempo, adquirimos confiança, carinho, respeito, afeto e acreditamos que conseguimos estabelecer o vínculo entre os profissionais e a comunidade.

Como facilitadores desse processo, entendemos que o perfil da equipe técnica era favorável. Tanto a médica quanto a enfermeira eram recém-formadas e aprenderam a trabalhar em saúde pública já na Estratégia de Saúde da Família.

Observamos que uma das microáreas que ficou por muito tempo descoberta da atuação do ACS, por falta de substituição do mesmo quando da sua saída da equipe, era nosso maior foco de conflitos. Desconheciam nosso processo de trabalho e se demonstravam mais insatisfeitos que os demais moradores assistidos. Tentamos por diversas vezes a cobertura dessa microárea pelos demais agentes, mas não houve vinculação, já que os mesmos revezavam nessa função e tal microárea se configurava como “terra de todos” e ao mesmo tempo, “terra de ninguém”. Outro fator que dificultava a ação efetiva dos ACS é que a partir de um determinado momento sua principal tarefa era a entrega de consultas especializadas e de exames agendados.

Nesse período também houve a mudança da auxiliar de enfermagem por quatro vezes e, em decorrência das atividades intrínsecas desse tipo de profissional, o vínculo poderia ser estreitado ou alargado, dada suas singularidades ao lidar com o usuário. Tivemos auxiliares com maior ou menor grau de empatia, com maior ou menor facilidade de comunicação com todos.

A formação do vínculo com a comunidade e a postura acolhedora da equipe, além do próprio aumento populacional fez com que a demanda aumentasse consideravelmente nesse período. Não foram raras as vezes em que ouvíamos que uma determinada família que morava de aluguel em bairro vizinho havia se mudado pra nossa área por interesse em ser atendida por nossa equipe. Essa constatação, ao mesmo tempo em que nos trazia contentamento pelo resultado do nosso trabalho, fazia também com que a equipe se sentisse sobrecarregada pelo aumento da demanda.

Voltando a analisar a forma como se estabelecia o primeiro contato do usuário com a equipe, consideramos totalmente inadequado o ambiente, sem privacidade, com o usuário em postura de ortostatismo, não facilitando a expressão dos sentimentos nem a escuta qualificada. Além disso, o ruído se configurava como um incômodo nessa pequena recepção, condicionado pelo fato de outra equipe estar fazendo o mesmo processo no mesmo momento, a rua ser rota de linhas de ônibus e os fundos da unidade ser o pátio de uma escola estadual. Mas a postura da equipe, que sempre foi acolhedora, era a de deslocamento com o indivíduo para um dos consultórios caso percebesse uma necessidade de um melhor diálogo.

Como dito anteriormente, no início de nossas atividades nossa demanda espontânea permitia o acesso de todos às consultas, seja médica ou de enfermagem, no mesmo dia. Persistimos com essa intenção mesmo com o aumento da demanda, até mesmo pelo fato de a comunidade ter se acostumado com essa prática. Quando tentávamos agendar o atendimento do usuário para o dia seguinte, na intenção de aliviar a demanda excessiva do dia, entrávamos

em um desgaste com o mesmo porque não era essa nossa prática habitual, o que fazia com que gastássemos mais tempo tentando explicar o agendamento do que se o atendêssemos, mesmo “atropelando” nosso horário de almoço, o que ocorria com frequência. Não soubemos lidar com o aumento da demanda nesse sentido. De certa forma, havia uma manipulação da comunidade, uma pressão por imediatismos, e falta de habilidade da equipe em dizer “não” quando era necessário. É evidente que com o passar do tempo, todos os membros da equipe se desgastaram, em maior ou menor grau, e as relações intra-equipe também sofreram conseqüências. Some-se a isso os períodos em que a equipe vizinha ficou sem médico, ocasionando maior sobrecarga da Equipe 65 por ter que atender a demanda de casos agudos da mesma. Foram dois períodos, sendo um de nove meses e outro de seis meses, sem que fosse providenciada a devida substituição do profissional.

Na tentativa de solução de todos os problemas que nos eram apresentados, muitas vezes nos sentíamos como atuando num pronto-atendimento. Às vezes dava pra agir assim, quando se tratava de uma reavaliação de um quadro agudo, por exemplo. No momento do acolhimento já se podia resolver a demanda do usuário. Mas quando analisávamos os casos após a coleta inicial das informações e constatávamos uma necessidade de atendimento médico pra quase todos, víamos numa situação embaraçosa, em que a enfermeira fazia um atendimento parcial e solicitava a participação médica no decorrer da consulta. Isso facilitava o trabalho já que havia um bom diálogo na equipe, mas na visão de muitos, uma “medicina pra pobre”. Muitos encaram o PSF como uma estratégia de economia de gastos com a saúde, visto ser mais onerosa a contratação de médicos do que de outros profissionais da saúde. Não compartilhamos dessa opinião e acreditamos que se não houvesse um bom relacionamento entre a médica e a enfermeira da equipe os resultados teriam sido diferentes e quem mais perderia seria a comunidade. As ações de ambas eram complementares, e tornava o cuidado mais integral.

Quanto aos encaminhamentos, muitas vezes nos sentimos pressionados quanto às respostas aos usuários. O aumento da oferta de atendimentos no nível básico, mesmo com a visão de se oferecer atendimento integral e evitar encaminhamentos desnecessários, levou ao maior acesso da população aos serviços de referência, e não houve contrapartida do município em oferecer tais serviços na mesma proporção. As filas de espera para consulta especializada com ortopedista ou oftalmologista sempre foram significativas no município, além dos exames de média e alta complexidade. A nossa proximidade com a comunidade fazia com que assumíssemos a posição de responsáveis por essa demora, demonstrada em falas descontentes do tipo: “Vocês não marcam minha consulta!”.

Outro entrave enfrentamos quanto aos encaminhamentos à equipe de saúde mental, que se negava a atender muitos dos casos que considerávamos importantes de serem acompanhados por equipe específica. Consideravam que somente casos de egressos hospitalares ou psicoses e neuroses graves deveriam ser encaminhados, não chegando a estabelecer nenhuma atividade de promoção de saúde ou prevenção da piora dos quadros junto às equipes de saúde da família. Além do mais, nenhum tipo de capacitação foi oferecido nesse período que fosse adequado para o enfrentamento dessa situação que ora nos era apresentado.

A falta de um sistema efetivo de informação também foi um fator desmotivador, já que produzíamos dados que não nos retornavam, ou seja, não havia como avaliar os resultados do nosso trabalho. Durante um período tínhamos que produzir e alimentar dois sistemas (SIAB e SIGAB), porém não havia digitadores suficientes pra que esses dados fossem consolidados e aplicados como ferramenta de avaliação do processo de produção de saúde. As propostas de capacitação profissional existiam, mas insuficientes tanto na quantidade oferecida quanto no formato apresentado. Mas os esforços nesse sentido nunca deixaram de existir por parte do setor responsável. Nesse período tivemos quatro gerentes distritais, sendo que uma delas teve uma atuação mais próxima das equipes, cumprindo cronograma de reuniões, visitas às unidades, promovendo estudos que nos faziam avaliar os resultados de nosso trabalho.

A vivência desses oito anos na Estratégia de Saúde da Família, com atitude acolhedora, nos faz concluir que embora ainda aquém do ideal, estamos no caminho certo para a construção uma nova práxis no âmbito da atenção primária à saúde. Os esforços implementados por todos os componentes na construção desse processo devem ser valorizados, estimulando-se sempre a participação da comunidade no comprometimento com sua saúde, na busca do diálogo, da “conversação”, enfim, da efetivação do cuidado integral e universal.

4.6 - Diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde

Após a leitura dos diversos trabalhos citados nesse estudo e da análise da experiência de acolhimento da Equipe 65 do PSF de Contagem, pode-se definir como diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde:

- Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência: visa expandir a capacidade de ação das unidades de saúde, por meio do cadastro domiciliar com classificação de risco familiar e individual;
- Estabelecimento e manutenção de equipe de saúde da família completa, criando condições atrativas para os profissionais se manterem no serviço;
- Capacitação: processo de educação continuada dos profissionais de saúde, com o apoio das universidades e dos pólos de capacitação de saúde. Deve ser oferecido aos servidores da área pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
- Identificação das necessidades de saúde do usuário, através da escuta ampliada, não enfocando apenas as necessidades imediatas, mas também as necessidades de vida diária;
- Ampliação do apoio e participação da equipe multiprofissional;
- Reorganização do serviço de saúde de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução de problemas de saúde dos usuários;
- Estabelecimento de ambiente acolhedor, onde a privacidade do usuário seja respeitada;
- Responsabilização da equipe: recepção profissional dos casos com responsabilidade integral por eles, avaliando riscos e necessidades;
- Responsabilização dos usuários quanto à preservação de sua saúde, reconhecendo-na como um direito constitucional;
- Qualificação da relação do trabalhador de saúde com o usuário, que se deve dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- Encaminhamento dos problemas apresentados pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou serviços fora da unidade;

- Oferta de soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis;
- Estabelecimento de redes de apoio, permitindo melhor acesso dos usuários aos serviços referenciados;
- Geração de dados em saúde, a partir da efetiva instalação de um sistema de informação;
- Acessibilidade dos profissionais aos dados e indicadores de saúde locais, permitindo a avaliação do seu trabalho e planejamento de ações com vista à promoção da saúde;
- Construção coletiva de propostas por equipe local, instâncias gerenciadoras e distritais, com a participação da comunidade;
- Ampliação dos espaços democráticos de discussão e decisão, mudando a forma de gestão do serviço de saúde (gestão participativa);
- Incentivo à autonomia do trabalhador, através da valorização de suas práticas que promovam a saúde;
- Valorização profissional, através de vínculos trabalhistas confiáveis, remuneração digna e oferta de condições adequadas de trabalho, evitando o rodízio freqüente dos mesmos e o não estabelecimento de vínculo com a comunidade;
- Criação de espaço de “cuidado ao cuidador”, onde se ofereça suporte psicoterápico para o enfrentamento das angústias geradas pelo conhecimento do “sofrer do outro”, diminuindo o sentimento de impotência dos trabalhadores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se as reflexões sobre o acolhimento aqui pontuadas, conclui-se que trata-se de um desafio na construção do cuidado integral e é um elemento de importância fundamental na avaliação dos serviços de saúde. Para se conceber um modelo de atenção à saúde centrado nas necessidades dos usuários e que ofereça assistência de qualidade, há que se promover mudanças nos processos de trabalho, de gestão e de formação dos profissionais. Dessa forma, o acolhimento deixa de ser apenas uma relação de causa e efeito para ser um trabalho de prevenção, orientação, promoção de saúde, além da valorização do ser humano. Através de uma escuta ampliada e qualificada, que busca ir além dos significantes verbais e imediatos, valorizando o processo de diálogo entre os saberes, pode se chegar ao objetivo de construção de um atendimento integral, com base nos preceitos da humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S0104-07072005000300015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Acolhimento com classificação de risco.** Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, R.B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P.R.A. (Orgs.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997. p.27-41.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800026.

COSTA, Glauce Dias da et al . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, Feb. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672009000100017.

FRANCO TB, BUENO S, MERHY EE. O **acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o Caso Betim, Minas Gerais.** In: Merhy EE, Magalhães Júnior HAI, Rimoli J, Franco T, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria de la accion comunicativa: complementos prévios.** Trad. Manuel Jimenez Redondo, Madrid: Cátedra, 1989.

MERHY, E. E. 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: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

MERHY, E. E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo.** Ed. 2. São Paulo: Hucitec, 2005.

NERY, Sônia Regina et al . Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800014.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos et al . A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso>.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores e. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832009000400006.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300015.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200009.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232005000300016.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. - Publicado em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111]