

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SABRINA CRISTINA ARAUJO MENDANHA

**CAPACITAÇÃO PARA A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CABANAS 03, MARIANA- MG**

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

SABRINA CRISTINA ARAUJO MENDANHA

**CAPACITAÇÃO PARA A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CABANAS 03, MARIANA- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

SABRINA CRISTINA ARAUJO MENDANHA

**CAPACITAÇÃO PARA A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CABANAS 03, MARIANA- MG**

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alisson Araújo – UFSJ (Orientador)

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em: ___/___/_____.

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

Agradeço...

...aos meus pais e meu irmão pelo incentivo e carinho.

...a Enfermeira Adriana Carla Oliveira e a equipe da ESF
Cabanas 03, pelo apoio e dedicação.

RESUMO

Na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, o acolhimento é uma das principais diretrizes na promoção de humanização do atendimento, organização do serviço e fortalecimento do vínculo entre usuário e equipes de saúde. Este trabalho propõe uma capacitação sobre acolhimento para os funcionários de uma unidade de saúde localizada no bairro Cabanas, na cidade de Mariana, Minas Gerais. Serão realizadas atividades educativas que não só abordem o conteúdo, o conceito e a importância do acolhimento, mas também um espaço para que sejam realizadas reflexões e discussões sobre o atendimento prestado na Unidade, os problemas e dificuldades encontradas e também sugestões para realização de melhorias. Espera-se com isso, propiciar à equipe a prática de escuta adequada e eficaz dos pacientes, de forma que esses sejam capazes de responder as suas queixas e angústias que o levaram a procurar atendimento, orientando o caminho a ser levado na resolução de cada caso.

Palavras chave: Acolhimento. Humanização. Vínculo.

ABSTRACT

National Policy on Humane Health System, the host is one of the main guidelines in promoting humanization of care, service organization and strengthening the bond between user and health teams. The work proposes a training on childcare for employees of a health care facility located in Cabanas neighborhood, city of Mariana, Minas Gerais. Educational activities that address not only content, the concept and importance of the host, but also a space for reflections and discussions about the care provided in the unit are carried out, the problems and difficulties encountered and also suggestions for making improvements will be made . It is hoped that, providing the team to practice proper and effective patient listening, so that these are able to respond to their complaints and anxieties that led him to seek care , guiding the path to be taken in resolving each case .

Keywords: Embracement. Humanization. Bonding.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA	16
5.1 Histórico.....	16
5.2 Conceito de Acolhimento	17
5.3 Acolhimento na organização do processo de trabalho.....	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, com objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores do SUS e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde, superando todos os paradigmas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010).

No SUS se encontra problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sóciofamiliares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, entre outros problemas aos quais derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH; sendo assim, estes problemas uma expressão fenomênica, concreta e real - de certos modos de se conceber e de ser organizar o trabalho em saúde (Brasil 2010).

O manual da PNH tem como base a compreensão do ser humano como ser de linguagem, o que significa entendê-lo como um ser de relações. Parte do princípio de que o reconhecimento do outro na relação da atenção à saúde está insuficiente e não atende as necessidades do usuário.

Por isso propõe uma nova cultura de atendimento pelo melhoramento da comunicação. O problema é que essa mudança da cultura da assistência pelo reconhecimento do outro em suas necessidades não acontece simplesmente com capacitações de formação dirigidas aos profissionais, como pensa o manual, ela exige mudanças nas regras do jogo organizacional e nas bases das estruturas mentais que configuram o atendimento (DESLANDES, 2005).

A doença é uma experiência singular e coletiva de falta e negação de felicidade tendo forte influência de fatores socioeconômicos, sendo a busca dos

serviços de saúde determinada por seus projetos. Eles configuram as necessidades, individual e socialmente, e determinam como se manifestam as demandas em saúde (JUNGERS et al, 2012).

Devido a essa problemática o acolhimento torna-se um fator preponderante durante a dinâmica de atendimento ao usuário, sendo este o primeiro contato do paciente com a unidade de saúde, o princípio de “gente” atendendo “gente”, dando atenção a todos os fatores subjetivos da doença, gerando vínculo entre o paciente e o profissional de saúde e garantindo a continuidade e integralidade do usuário. O acolhimento na saúde, deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania (BRASIL ,2010).

A cidade de Mariana situa-se no Quadrilátero Ferrífero e faz limite com os municípios de Ouro Preto, Barra Longa, Diogo de Vasconcelos, Acaiaca, Piranga, Catas Altas e Alvinópolis. Dista cerca de 12 km de Ouro Preto e 110 km de Belo Horizonte.

Mariana, conhecida por ser uma cidade histórica, foi a primeira vila, capital, sede do primeiro bispado e primeira cidade a ser projetada em Minas Gerais. Sua área total do município é de 1 194208 Km² (IBGE) e a densidade demográfica é de 45,4 habitantes por Km² (IBGE). Conta com 57.639 habitantes (IBGE) e o número aproximado de domicílios e famílias cadastradas é de 9800 (SIAB, 2013). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,742 (IBGE, 2010). A atividade econômica está ligada as grandes mineradoras no município, com isso é significativa a população flutuante. A expansão da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) para o município também tem modificado a característica demográfica municipal.

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza, ou seja, com menos de meio salário mínimo é de 32,06% (IBGE).

O município localiza-se na Macrorregião Centro do Estado de Minas Gerais, na Microrregião de Saúde de Ouro Preto. A cidade de Mariana conta com treze equipes de saúde implantadas, perfazendo uma cobertura de 80% da população total.

A unidade em que atuo localiza-se no Bairro Cabanas, zona urbana do município de Mariana-MG. A Unidade de Saúde do bairro Cabanas foi

inaugurada em meados de 2007 e recebeu o nome de Policlínica Municipal Padre José de Arimatéia, entretanto, foram inseridas três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em suas dependências físicas. As atividades em atenção básica são desenvolvidas neste local desde maio de 2009. Abrange uma área de aproximadamente 11.000 habitantes. Quanto a sua localidade, encontra-se na zona urbana, a 03 Km do centro da cidade. Atende o bairro Cabanas e abrange totalmente aos bairros adjacentes: Santa Rita de Cássia, São José e Vale Verde.

A área de abrangência dessa Unidade de Saúde conta com 04 escolas, 01 CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), Associação de Bairro, Centro Comunitário, “Casa da Sopa” (que oferece alimentos às pessoas carentes), 02 creches, 02 igrejas católicas e 01 evangélica. Área de lazer: 02 quadras esportivas, 01 campo de futebol, 01 campo municipal onde a comunidade realiza caminhadas. O território possui área de risco para inundação na Rua José Gomes Sobrinho e uma área de invasão com 39 famílias.

Quanto à pavimentação das ruas, é em sua maior parte pavimentada, exceto ao final das ruas: Sabará, Capitão Lúcio, Rua A e parte da Rua Bernardo Guimarães.

No referente ao transporte público, o bairro conta com uma linha de ônibus. Uma parte da área de abrangência é delimitada pela Rodovia dos Inconfidentes.

As características dos domicílios abrangidos em 2009, de acordo com o último diagnóstico local, realizado pela equipe, 99% possuem abastecimento de água por rede pública, 97% possuem água tratada e 03% sem tratamento de água, 89,6% dos domicílios possuem rede de esgoto e 10,4% têm o destino de fezes e urina a céu aberto, 99% das casas possuem energia elétrica e 99,26% das residências possuem coleta de lixo; e neste ano haviam um total de 2649 famílias cadastradas somando as três equipes da unidade.

O padrão sócio econômico predominante na área abrangida é caracterizado por apresentar entre classe média à classe média baixa, destacando-se, portanto, uma grande parte da população com padrão sócio econômico baixo. Algumas ruas da região são consideradas “áreas de risco”, por existir um alto índice de violência que é justificado pelo elevado índice de

alcoolismo, desemprego e pelo tráfico e uso de drogas, segundo dados levantados pelas equipes de saúde em 2009.

Estratificação de risco familiar (social e clínico) da área de abrangência (2009):

- 13% dos chefes de família não sabem ler e escrever;
- 14% das famílias têm renda per capita inferior a R\$ 90,00 mensal;
- Número total de famílias segundo o grau de risco demonstrado na tabela abaixo

Tabela 1- Número total de famílias segundo o grau de risco -2013

Risco 00	48,8% das famílias
Risco 01	28,8% das famílias
Risco 02	18,8% das famílias
Risco 03	03,3% das famílias

Como já citado, a Unidade possui três equipes de ESF, sendo cada uma responsável por aproximadamente 3.500 usuários. A Equipe de Saúde da Família (ESF) a qual faço parte é a equipe Cabanas 03, e é composta por 7 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 médico.

Segundo os dados fornecidos pela Secretária de Saúde, através do (SIAB) Sistema de Informação em Atenção Básica, em 2013, a equipe de Saúde da Família Cabanas 03 possuía 980 famílias cadastradas, num total de 3474 pessoas em sua área de abrangência e distribuídas conforme as tabelas abaixo:

Tabela 2- Distribuição da população segundo sexo e faixa etária- 2013

Sexo	Faixa Etária (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	40 a 49	50 a 59	>60	
Masc	19	91	48	76	118	160	666	233	153	132	1696
Fem	27	79	37	58	154	162	798	226	165	162	1778
Total	46	170	85	134	272	322	1324	459	318	294	3474

Fonte: elaborada pela autora

Tabela 3- Características da população -2013

Nº de famílias estimadas	3474	%
Nº de famílias cadastradas	980	28,2
7 a 14 anos na escola	385	94,83
15 anos ou mais alfabetizados	2614	94,47
Pessoas cobertas com planos de saúde	509	14,65
Nº de famílias no Programa Bolsa Família	2	0,20
Famílias inscritas no CAD-Único	1	0,1

Fonte: elaborada pela autora

A estrutura física da unidade é constituída por 02 prédios, sendo que, no prédio 01 funcionam os serviços de pronto atendimento e unidades básicas de saúde (UBS). Possui uma cozinha, banheiros, sala de curativos, sala de observação, vestiários para funcionários, recepção, entre outros. No prédio 02, funcionam os serviços de fisioterapia, odontologia, imunização e farmácia.

Além das equipes de ESF, a unidade possui um serviço de urgência, contando com um clínico, que atende quatro dias por semana. Há também serviço de pediatria três dias por semana, de ginecologia uma vez por semana no período da manhã e psiquiatria uma vez por semana. A referência de casos mais graves e que necessitam de um melhor suporte é a Policlínica Municipal. A pediatra atende as demandas infantis e casos encaminhados pela ESF, e o

ginecologista aos casos encaminhados pelo ESF. Uma vez por semana, há o atendimento conjunto com um psiquiatra, de casos selecionados pela equipe. Isso facilita o acompanhamento dos pacientes, uma vez que temos comunicação direta com esses profissionais, havendo troca de informações e com isso podemos também decidir juntos a melhor conduta a ser tomada.

Por ser uma unidade de saúde mista, ou seja, comporta atendimento de ESF e urgência, ocorre certa desorganização quanto à distribuição dos atendimentos, sendo que os médicos da ESF ficam sobrecarregados com demandas nos dias em que não há atendimentos de urgência, ou seja, quando há falta do clínico responsável pelas demandas e a população vai ao posto contando que haveria esse tipo de atendimento, o que não raro acontece.

As unidades básicas inseridas na Unidade de Saúde Cabanas atuam através da promoção à saúde, da prevenção e do controle de patologias crônicas de acordo com as normas municipais da Secretaria de Saúde e Normas Federal do Ministério da Saúde, ambas embasadas pelo governo estadual.

Na análise situacional realizada na Unidade foram levantados problemas quanto à organização das consultas, o grande número de demandas espontâneas, a falta de prioridade para com alguns grupos dentre outros. Estes problemas frequentemente atrapalham o andamento da ESF e faz diminuir em muito a qualidade do trabalho oferecido, tendo em vista a grande população da área de abrangência e com isso uma maior procura do serviço.

O problema que mais dificulta o trabalho na Unidade Cabanas é a falta de acolhimento, o que faz com que o serviço fique sobrecarregado, levando a dificuldade de acesso dos pacientes ao atendimento adequado de suas necessidades e de organização do serviço. Para auxiliar na solução do problema, ficou claro a necessidade de educação permanente dos profissionais da Unidade sobre o tema, de modo a capacitá-los a realizar escuta qualificada, com responsabilização e resolutividade.

Para que os profissionais da UBS realizem o acolhimento, é necessário que estes entendam o conceito, sua importância e como realizá-lo, o que será realizado através de um projeto de educação permanente, utilizando palestras educativas, baseadas numa revisão da literatura, com espaço para discussão das dúvidas e dificuldades encontradas por eles na abordagem aos pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

A sobrecarga do serviço na Unidade de Saúde Cabanas, gerada pela grande área de abrangência e população numerosa, vêm acarretando dificuldade de acesso ao atendimento adequado, queda da qualidade dos serviços oferecidos e insatisfação dos usuários.

Para o enfrentamento dessa realidade, a prática do acolhimento seria uma importante ferramenta para contribuir para a organização do processo de trabalho da equipe. Essa ferramenta de abordagem ao indivíduo, família e comunidade demanda capacitação dos profissionais da Unidade, de forma que todos sejam aptos a realizar um acolhimento de qualidade e resolutivo aos pacientes.

Para que isso ocorra é preciso que a equipe entenda que acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) que implica na escuta do usuário, valorização de suas queixas, identificação dos riscos e necessidades, de modo a ofertar um encaminhamento adequado destas, e que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo.

Conforme exposto, o acolhimento é uma importante ferramenta para um atendimento humanizado e resolutivo, possibilitando uma resposta à procura do paciente na Unidade, e com isso, organizando o processo de trabalho e diminuindo as demandas no serviço.

3 OBJETIVOS:

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para capacitação dos profissionais da Unidade de Saúde sobre a prática do acolhimento.

3.2 Específicos

- Melhorar o atendimento aos usuários por meio da realização de um acolhimento de qualidade e eficaz pela equipe
- Diminuir a demanda e sobrecarga do serviço, garantindo acesso aos usuários e resposta a sua procura
- Atender os pacientes com ética e abertura humana, empatia e respeito
- Avaliar riscos e vulnerabilidades
- Eleger prioridades
- Perceber as necessidades clínico-biológicas
- Perceber as necessidades psicossociais do usuário
- Hierarquizar as necessidades e urgências de atendimento
- Hierarquizar as necessidades quanto ao tempo de cuidado
- Organizar periodicamente ciclos pedagógicos para discussão de casos clínicos
- Discutir nos ciclos pedagógicos todas as dificuldades e criar estratégias para o melhor acolhimento

4 METODOLOGIA

Apos o diagnóstico situacional foi levantado todos os problemas da área de abrangência e priorizado o problema que é a grande demanda de usuários, sobrecarregando a equipe e gerando insatisfação usuários. Foi discutido a necessidade de elaborar uma proposta de intervenção para de capacitar a equipe para implantar o acolhimento que não é realizado na Unidade.

Para subsidiar a revisão de literatura e o próprio projeto foi realizada pesquisa narrativa de literatura sobre acolhimento, utilizando consultas eletrônicas nas bases de dados do Scielo, biblioteca virtual da plataforma do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, a análise situacional da área de abrangência da Unidade de Saúde Cabanas e baseada na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Histórico

O Sistema Único de Saúde, desde sua criação, uma conquista da Constituição de 1988, vem sofrendo inúmeras transformações na tentativa de suprir as necessidades da população, de forma integral, como proposto pelos princípios que regem o sistema, sendo que estes, principalmente seus princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), buscam uma democratização no atendimento e melhora da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2000).

Essas transformações, em grande parte, se devem da mudança da concepção de saúde, que antes era restrita a ausência de doença, restringindo também as práticas de saúde às ações curativas, ou seja, apenas remediar os agravos, sem valorizar o contexto ao qual este agravo está conectado, e também fatores do indivíduo relacionados ao processo saúde/doença (BRASIL, 2000). De acordo com BRASIL (2000), essa concepção meramente curativa deu espaço à outra na qual engloba um conjunto de fatores que se relacionam a qualidade de vida do indivíduo, como moradia, educação, saneamento básico, trabalho, lazer fazendo com que o conceito de saúde se torne mais amplo, e com isso exija dos serviços de saúde outras ações além das curativas, como prevenção e promoção de saúde, e faz com que o usuário seja abordado de forma biopsicossocial, ou seja, agora as ações devem ser voltadas para o bem estar do indivíduo e não somente ao agravo.

O Acolhimento nas Unidades de Saúde, nesse contexto, aparece como forma de transformar as relações entre os usuários e as equipes de saúde, promovendo humanização no atendimento, uma vez que se efetivo, resulta em uma resposta a procura do usuário (BRASIL, 2006).

5.2 Conceito de acolhimento

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). Acolhimento, em suas várias concepções expressa uma aproximação, um “estar com” ou “estar perto de”, sendo assim, uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2006). Consiste em um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário, o acolhimento é a porta de entrada dos usuários e promove responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária (SMITHD; LIMA 2004).

O Acolhimento consiste de uma postura ética e de cuidado, atendimento com abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, também implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas. Isso permite hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas reais necessidades. Assim, ele envolve, supõe e estimula um sentido ético individual e coletivo, sendo fundamental para orientar a postura do profissional. Mas envolve também questões de organização e prática do trabalho (TESSER *et al.*, 2010)

Teixeira (2003) refere ao acolhimento como correspondente a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede do serviço.

No que diz respeito à ética se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de

estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; e política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2006).

O acolhimento está presente em todas as relações e encontros, não tem hora e nem local para acontecer. No âmbito dos serviços de saúde, não teria um profissional específico para realizá-lo, devendo as equipes estar preparadas para receber a população e realizar uma escuta qualificada desta, ou seja, o acolhimento nos serviços de saúde trata-se da escuta dos cidadãos e de suas queixas e compromisso de resposta as suas necessidades, (BRASIL, 2006).

O Acolhimento está baseado um direito constitucional dos indivíduos que é o direito de acesso aos serviços de saúde. Como a APS é a porta de entrada desse sistema, é necessária uma estratégia que permita um fluxo facilitado das pessoas e uma estratégia que garanta o integral e humanizado para promover a responsabilização e vínculo (TESSER et al., 2010) . Além disso, uma das características para a efetividade e o sucesso da APS é o fácil acesso, o que torna crucial o desenvolvimento de organizações institucionais e práticas profissionais facilitadores desse acesso (TESSER et al.,2010). A proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem simplesmente maior acesso à consulta médica, mas propõe-se a servir de elo entre necessidades dos usuários e várias possibilidade de cuidado (TESSER et al.,2010).

O acolhimento, enquanto diretriz da PNH, aponta para questões organizacionais e práticas do trabalho, enfatizando a dimensão ética e política na postura dos profissionais em contato com a o paciente, bem como a reestruturação do modelo assistencial e de gestão, no intuito de facilitar o acesso às ofertas do serviço, facilitar e ampliar a clínica, favorecer a multidisciplinaridade e incluir outras abordagens na compreensão das demandas dos usuários e dos processos relativos às doenças (MENEZES, 2014).Nesta visão, o acolhimento é considerado um processo, resultado das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, exigindo posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as

necessidades desses usuários e trazendo de volta a humanização e o respeito com o outro (MENEZES, 2014).

O acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (FREITAS *et al.*,2010).

O processo de humanização se baseia nessa perspectiva, na transformação da cultura assistencial, a fim de que sejam valorizados os aspectos subjetivos, históricos e culturais dos profissionais e usuários para melhorar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento. Para transformar a cultura assistencial baseada nos princípios da humanização, é fundamental uma investigação do processo de trabalho enquanto instrumento que proporcionará informações chave para os assuntos pertinentes. A modificação da cultura requer um comprometimento dos profissionais envolvidos no processo de cuidado com estímulo à criatividade e iniciativas individuais. Logo, faz parte do novo cenário da saúde repensar e reinterpretar o conceito de saúde para além da biologia e principalmente a valorização de uma política de cuidado integral em sua dimensão física, psíquica, social e espiritual (FERREIRA *et al.*,2000).

5.3 Acolhimento na organização do processo de trabalho

A PNH está baseada em três princípios estruturantes: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando a modificações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde (PEREIRA *et al.*,2010). A fundamental efetivação desses princípios depende de uma atenção básica

que seja a porta de entrada do sistema e organizadora da rede dos serviços. A humanização perpassa os processos de trabalho e os atores envolvidos na atenção básica (PEREIRA et al.,2010). Para que isso aconteça, é necessário que sejam utilizados vários mecanismos na produção de saúde a exemplo dos grupos de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, entre outros. A implementação desses dispositivos exige o comprometimento de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde (PEREIRA et al.,2010).

O acolhimento é uma tecnologia fundamental dentro dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas sim no paciente, ele pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro.

Estudos mostraram que o acolhimento foi identificado como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional (PEREIRA et al.,2010).

Segundo o mesmo autor em outra perspectiva, o acolhimento apresentou-se fundamentado no modelo clínico-biomédico, sendo o atendimento baseado no modelo queixa-conduta e como forma de triagem. O acolhimento proposto nos estudos é baseado no acolhimento dialogado. Sendo assim, a comunicação apresentou-se como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando imprescindível a abertura do profissional para uma escuta qualificada. Para Pereira et al.,(2010), muitas vezes a atuação dos profissionais restringe-se aos tecnicismos, não valorizando a realidade pessoal, isto é, as angústias vivenciadas pelos paciente que estão vulneráveis a uma situação desconhecida. Torna-se real a ideia que essa postura torna impossível um atendimento humanizado, em que o usuário se sinta acolhido. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura humana. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Se faz diferente da triagem, por não constituir uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde). É a relação

humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, devem estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles procuram. Compete aos trabalhadores de saúde, conhecer a história de vida dos usuários, a fim de favorecer escolhas e caminhos a serem seguidos com comprometimento, segurança e esperança de uma resposta positiva ao seu perfil atual (PEREIRA et al.,2010).

O acolhimento é uma ferramenta tecnológica de intervenção, pautado em uma busca pela universalidade do acesso e na avaliação de risco do paciente, com estratificação de prioridades, que representa um importante avanço no sentido da humanização da atenção e envolve questões de organização e prática do trabalho. Geralmente, se conhecem dois modos de acolhimento, denominados “formal” e “informal” podem ser encontrados na Atenção Primária a Saúde (APS). O primeiro consiste no atendimento programado e individual, com ações, metodologias e espaço definidos, o acolhimento denominado informal é o que não predispõe horário e nem local específico, sendo o usuário atendido (LOPES et al.,2013). Apesar de o acolhimento ainda estar em processo de construção, já existe um reconhecimento por parte dos profissionais que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários. O vínculo requer a confiança do usuário em relação aos trabalhadores, no sentido dos últimos serem capazes de equacionar os problemas de saúde, e não só isso, capazes de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio ao manejo de obstáculos. Além disso, envolve um grau de afetividade manifestada na expressão corporal e nos modos de comunicação verbal (LOPES et al., 2013).

Conforme Leite et al., (1999,p.2),o acolhimento não só humaniza o atendimento, como também auxilia na organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, pois é um modo de atender a todos os usuários que procuram as unidades de saúde, ouvi-los e ofertar as respostas mais adequadas, prestando atendimento com resolutividade e responsabilização, ou seja, dar resposta às dúvidas e angústias, encaminhar para o setor em que deve ser atendido, orientar quando for o caso quanto a outros serviços de saúde, para a continuidade de assistência dentre outros.

O acolhimento vem se constituindo numa das ferramentas utilizadas para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos, de qualidade com responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades de saúde dos usuários (LEITE *et al.*, 1999, p.2)

Auxilia na redução da demanda nas unidades e organização desta, uma vez que depois de escutado o paciente, muitos de seus problemas poderiam ser resolvidos neste momento, pois muitas vezes ocorre procura dos serviços para esclarecimento de dúvidas, e também organiza na medida em que aborda como será o atendimento adequado a sua queixa, como por exemplo, no caso de pacientes que procuram serviço para atendimento de demanda espontânea e se trata de um caso crônico que não necessita de atendimento imediato mas sim de um acompanhamento a longo prazo de sua patologia. Em todos os casos, ocorre uma resposta ao usuário, e uma garantia de que seu problema esta recebendo atenção da equipe, que se responsabilizará em oferecer respostas e encaminhamentos adequados. O vínculo com os usuários do serviço de saúde aumenta a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço (TESSER *et al.*, 2010). Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito com toda sua subjetividade, o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia. Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato (TESSER *et al.*, 2010). O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção (TESSER *et al.*, 2010). Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir (SCHIMITH., 2004). Obviamente, há que gerenciar horários de médicos e enfermeiras para ações de acolhimento, pois eles são requisitados para supervisionar tal avaliação, negociação e prosseguimento do cuidado. Tal proposta depende de uma abertura dos profissionais para um compartilhamento de responsabilidades e decisões, respeitados os “núcleos de competência” de cada profissão, mas flexibilizando os rituais típicos de consultas e procedimentos, de decisão clínica e de avaliação de risco/vulnerabilidade (TESSER *et al.*, 2010).

Quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas as pessoas, quanto mais aberto e acessível o serviço a todos os tipos de demanda, maior a possibilidade de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o acolhimento e garantir o acesso. O que não significa perder de vista grupos prioritários, fazer busca ativa, vigilância e promoção da saúde. O funcionamento do acolhimento cria a necessidade de ampliar a oferta de serviços e de cuidados na APS: se só se dispõe de consultas de médicos e enfermeiros, só se poderá oferecer isso aos usuários e nunca haverá o suficiente. Mas é possível e desejável a oferta e invenção de outros rituais de encontro, outros *settings* terapêuticos, individuais e coletivos. Tal diversificação dos serviços é necessária e deve haver um estímulo institucional para sua construção. Outra necessidade é um processo constante de educação permanente e capacitação clínica para os profissionais não médicos, que comumente não exercitam sua clínica com tamanha responsabilidade e participação na avaliação e decisão de cuidados (TESSER et al.,2010).

Souza et al.(2011) realizou um estudo que mostra a efetividade de um atendimento humanizado e uma estratégia de acolhimento a mães e recém nascidos que obtiveram resultados relevantes; o acolhimento mãe-bebê é uma estratégia de grande relevância na atenção à saúde da mulher e da criança que está dentro das possibilidades de atuação do enfermeiro, com autonomia e prestação de um atendimento humanizado e resolutivo. Nesta perspectiva, a partir do conhecimento da realidade das mães e recém-nascidos, o enfermeiro pode realizar importantes ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos nos primeiros dias pós-parto, contribuindo para uma melhor qualidade de vida desta população.

É a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, devem criar com os diferentes pacientes que a eles procuram, compete aos trabalhadores de saúde, conhecer a história de vida dos usuários, a fim de favorecer escolhas e tratamentos a serem seguidos com comprometimento, segurança e esperança de uma resposta positiva ao seu

perfil atual. Os profissionais de saúde podem e devem tratar os usuários e familiares com solidariedade, compaixão e calor humano (PEREIRA, 2010).

Para o mesmo autor o afago, o carinho e a ternura fazem a diferença na assistência e atenção à saúde, a ternura, denota cuidado essencial afeto e cuidado. É um conhecimento que vai além da razão, emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros. Em suma, é preciso trocar velhos conceitos do modelo biomédico por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunitário, a participação democrática na busca de soluções para cada realidade singular e para a cada subjetividade, enfim, é preciso transformar a prática de saúde em processos dinâmicos, participativos e solidários.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A Unidade de Saúde Cabanas como já dito anteriormente, abriga três equipes de PSF, atendimento de demanda espontânea realizado por um plantonista, atendimento de ginecologia e pediatria, além de atendimento de saúde mental por psiquiátrica. O bairro abriga uma população de aproximadamente 11.000 habitantes, todos na área de abrangência da unidade. O atendimento na unidade sofre com a sobrecarga de demanda por parte dos pacientes e desorganização desta demanda, levando a insatisfação dos usuários que muitas vezes saem da unidade sem ter seu problema encaminhado de forma satisfatória. Para isso foi proposto que as equipes sejam qualificadas a realizar a escuta e acolher a todos que procurem o serviço, além de se organizarem entre si para realizar esse acolhimento.

Para que isso ocorra serão realizadas apresentações expositivas aos funcionários, ministradas pelas equipes de PSF, onde será apresentado o conceito e importância de se realizar um acolhimento adequado e também a fim de qualificar as equipes a realizar escuta adequada. Para esse procedimento os funcionários devem atentar-se aos seguintes parâmetros durante a comunicação com o paciente:

- Procurar descobrir o sentido da doença para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não

sejam coincidentes com a ciência oficial. Exemplo: por que você acha que adoeceu? É impressionante perceber as portas que essa pergunta abre na Clínica: ela ajuda a entender quais redes de causalidades o sujeito atribui ao seu adoecimento. Em doenças crônicas como o diabetes, quando a sua primeira manifestação está associada a um evento mórbido, como um falecimento de familiar ou uma briga, as pioras no controle glicêmico estarão muitas vezes relacionadas a eventos semelhantes (na perspectiva do sujeito acometido pela diabetes). Ao fazer esta pergunta, muitas vezes damos um passo no sentido de ajudar o Sujeito a reconhecer e aprender a lidar com os “eventos” de forma menos adoecedora.

- Procurar descobrir como o usuário se sente em relação à doença (como os problemas que ele relata afetam sua vida?). O mesmo tipo de lesão, ou infecção, ou situação social produz reações diversas. Esta pergunta possibilita uma avaliação do impacto do agravo e da capacidade do sujeito de lidar com limites que o corpo ou outras forças estão lhe trazendo.
- Procurar conhecer as singularidades do Sujeito, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre é possível, dependendo da situação, fazer estas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.
- Procurar perceber a chamada contra-transferência, ou seja, os sentimentos que o profissional desenvolve pelo usuário durante os encontros; procurar descobrir os limites e as possibilidades que esses sentimentos produzem na relação clínica. Existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois Sujeitos. O profissional está imerso nestas forças. Perceber a raiva, os incômodos e os rótulos

utilizados (bêbado, poliqueixoso, etc.), ajuda a entender os rumos da relação terapêutica, na medida em que, ato contínuo, pode-se avaliar como se está lidando com estas forças. Num campo menos sutil, é importante também analisar se as intenções do profissional estão de acordo com a demanda do usuário. O profissional pode desejar que o Sujeito use preservativos e não se arrisque com DST ou uma gravidez indesejada. O Sujeito pode estar apaixonado. O profissional quer controlar a glicemia, o Sujeito quer ser feliz. Enfim é preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário.

- Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos, ou não. Só não podem ser ignorados.
- Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também pode ser decisivo num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, se não para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do Sujeito.
- Fazer a História de Vida é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Como demanda mais tempo, deve ser usado com mais critério. Muitas vezes requer também que haja um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera.

As palestras serão baseadas na Política Nacional de Humanização do SUS, e serão divididas em três momentos, três encontros semanais na referida unidade. Dentre os profissionais participantes da capacitação estão os profissionais das três equipes de PSF (agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), e os responsáveis pela recepção, somando um total de 30 pessoas. Os encontros serão realizados na própria unidade, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. O horário a ser realizado será ao final das atividades da Unidade.

No primeiro encontro sob a coordenação da enfermeira serão levantadas questões sobre como está sendo feito o atendimento aos usuários? Quais as dificuldades encontradas? Problematizar e apresentar sugestões para sanar as dificuldades. Será apresentado e discutido um protocolo encontrado em trabalho presente na biblioteca virtual da plataforma do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, e verificar a possibilidade de implanta-lo na unidade.

No segundo encontro será apresentado o conteúdo teórico sobre acolhimento, todos os pontos relevantes ao acolhimento citados acima serão discutidos e esclarecidos e serão levantadas discussões de como esses pontos e conceitos teóricos serão aplicados na prática. Será distribuído material teórico para leitura como artigos e cartilhas do Ministério da Saúde sobre o PNH e sobre acolhimento (BRASIL 2006).

Neste encontro também será proposto uma divisão das equipes para que haja um profissional responsável por realizar o acolhimento na Unidade para otimizar o processo de trabalho sem sobrecarregar os funcionários, ou seja, será proposto aos profissionais a construção de uma escala para que as equipes sejam capazes de se revezarem no ato de acolher aos pacientes que procurem atendimento. A escala de profissionais responsáveis pelo acolhimento será apresentada e discutida na reunião geral, bem como será feito o acolhimento, duração, local e procedimentos, definindo também a data de início do acolhimento e um momento para avaliação do processos.

Após um mês de implantação, será realizada uma nova reunião onde serão avaliados os pontos positivos e negativos, as dificuldades o grau de satisfação dos usuários e se realmente houve melhorias no atendimento principalmente no sentido da humanização. Serão discutidas as implementações necessárias.

Poderão ser realizados outros encontros para avaliação do atendimento e escuta dos usuários de acordo com a necessidade das equipes.

Neste projeto propõe-se não somente a apresentação do conteúdo sobre acolhimento, seu significado, sua importância na humanização do atendimento e organização do processo de trabalho, mas também a reflexão sobre o atendimento aos pacientes nas unidades e a construção junto aos funcionários de um plano que possa garantir a melhoria deste serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é uma ferramenta de trabalho utilizada pelos profissionais de saúde nas Unidades que visa dar resposta adequada a procura do usuário nos serviços de saúde, através de escuta qualificada, e com isso, além da melhoria no atendimento, auxilia no fortalecimento do vínculo do cidadão com as equipes de saúde.

Na Unidade de Saúde Padre José de Arimatéia, ocorre ainda hoje uma deficiência no acolhimento aos pacientes da área de abrangência, uma vez que os profissionais não estão preparados e organizados para recebê-los de forma adequada, sendo que muitos que vão à unidade retornam sem ter sua queixa encaminhada adequadamente. A unidade sofre com a população numerosa da área de abrangência e a grande procura dos serviços oferecidos.

Espera que com a capacitação dos profissionais este problema seja sanado e ocorra uma melhoria no atendimento com a realização de um acolhimento eficiente, humanizando o serviço, e também proporcionando as equipes momentos de reflexões críticas e conscientes sobre as atividades realizadas e se organizem para promover as mudanças necessárias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização e da Gestão do SUS**. 3ª ed. Brasília. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS, **Princípios e Conquistas**. Secretaria Executiva. Brasília, 2000.

BRASIL **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) – 2013 D**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Humanização SUS**. v.1 Brasília, 2010.

DESLANDES SF. O Projeto Ético-Político da Humanização: Conceitos, Métodos e Identidade. **Comunic, Saúde**.v.9,n.7.2005.P. 389-406.

FERREIRA ABH. **Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa**. 11ªEd. Rio de Janeiro: Nacional, 2000.

JUNGES JF, BARDINI R, FERNANDES RBP, SCHEFER R, KOLLING O. O Discurso dos profissionais sobre a demanda e a Humanização. **Saúde, Soc**.v.21,n.23. 2012. p. 687-697.

LOPES GUDO, MENEZES TMO, MIRANDA AC, ARAUJI KL. Acolhimento: Quando o usuário bate a porta. **Rev Bras Enfem**, v.67,n.1. 2014 p.104-10.

OLIVEIRA, A.C. **Protocolo de atendimento em uma unidade de saúde em Mariana – Minas Gerais: Uma organização ao fluxo do cuidado ao usuário**. Curso de especialização em atenção básica. 2010.

PEREIRA ADA, FREITAS HMB, FERREIRA LLC, MARCHIORI TCRM, SOUZA TCH, BACHES DS. Atentando para a singularidade humana na atenção a saúde por meio de diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enf**. v.31,n.1. 2010 p.55-61.

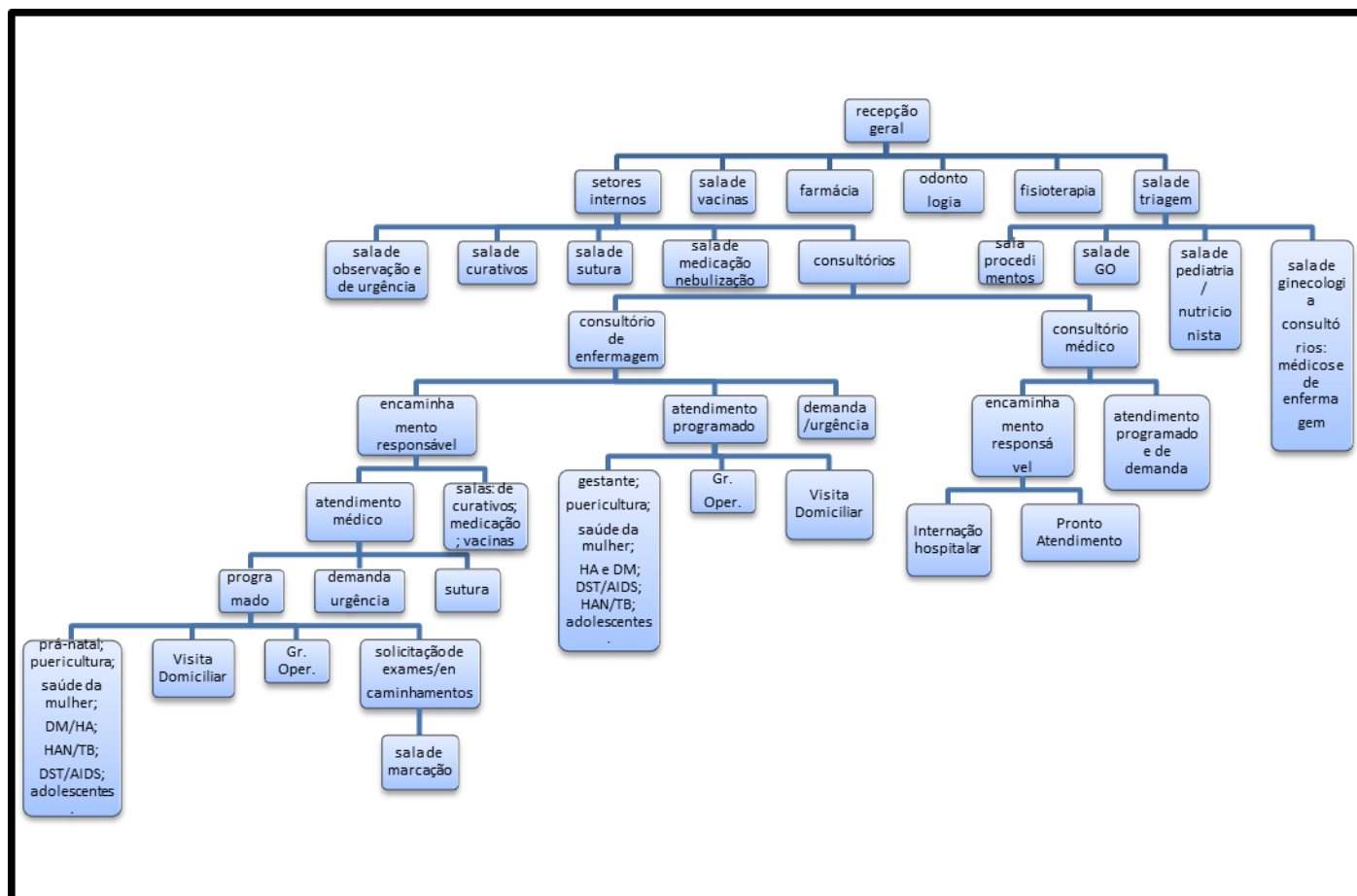
SCHIMITH DM, LIMA MADS. Acolhimento e Vínculo em uma equipe de PSF. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro. v.20,n.6 . 2004. p. 1487-1494.

SOUSA MNH, GOMES TNC, PAZ EP, TRINDADE CS, VERAZ CS. Estratégia acolhimento mãe-bebê: Aspectos relacionados à clientela em uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**. v.15,n.4. 2011. p.671-677.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <file:///F:/acolhiconversa.htm>. Acesso em: 11 out. 2013.

TESSER DC, NETO PP, CAMPOS GWS. Acolhimento e Desmedicalização social: Um desafio para equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva** v.15, n.3, 2010 p. 3615-3624.

ANEXO



Quadro3: Fluxograma de acolhimento da Unidade de Saúde Cabanas

Fonte: Oliveira, A. C. 2010.