

ACOLHIMENTO: NECESSIDADE E DESAFIO

Autores: Cristina Setenta Andrade, Túlio Batista Franco, Vitória Solange Coelho Ferreira, Natiane Carvalho Silva

Instituição: Universidade Estadual de Santa Cruz

Endereço: Km 16 da Rodovia Ilhéus/Itabuna CEP: 45650000

INTRODUÇÃO

O modelo hegemônico centrado nos procedimentos com forte enfoque curativista, gerou uma produção imaginária da demanda¹ pelos usuários na busca por atendimento médico, como capazes de julgar um problema de saúde, identificar a existência de uma patologia e propor medidas para tratar, alterar o modo de viver e restabelecer a saúde, que vem dificultando as propostas de mudanças na produção do cuidado integral em saúde no Brasil. De um lado, os usuários desconhecem o trabalho em equipe desenvolvido no Programa Saúde da Família, pouco valorizando a produção do cuidado de outros trabalhadores, responsáveis pelo seu cuidado. Por outro, os trabalhadores tem dificuldade na reorganização do processo de trabalho de saúde diante de um problema a ser enfrentado e não reconhecem as Unidades de Saúde da Família (USF), como espaço de exercício de micropolítica, onde é possível produzir mudanças. Com isto, filas intermináveis continuam ocorrendo em busca por atendimento médico e, a fragmentação no processo de trabalho em saúde prejudica a produção do cuidado das Unidades no atendimento das necessidades do usuários, que são desrespeitados, desacreditados e culpados pelos problemas de organização dos serviços existentes nas Unidades de Saúde da Família.

Em uma USF do município de Itabuna/Ba, onde o Programa Saúde da Família havia sido implantado há mais de dois anos, foi identificado uma excessiva demanda espontânea por consulta médica que levava os usuários a chegarem à USF pela madrugada sem garantia de atendimento, dificultada com medidas racionalizadoras que caracterizavam em uma situação desrespeitosa, de descumprimento do direito à saúde quanto à acessibilidade à USF. Enquanto isso, a Unidade desconhecia às demandas dos usuários no agravamento de suas necessidades de risco.

Nesse contexto, docentes e discentes da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) desenvolvem prática de ensino de enfermagem, e inquietaram para investigar a “porta de

¹ Produção imaginária da demanda pelo usuário, parte do pressuposto de que ela é socialmente construída e está, de uma maneira ou outra, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela

entrada” da USF como um território crítico, demandante de análises e permanentes intervenções da gestão no sentido dispositivos de mudanças nos processos de trabalho.

O desenvolvimento de uma pesquisa-ação sobre acolhimento na acessibilidade dos usuários em uma Unidade Saúde da Família do Município de Itabuna/ Bahia demonstrou a necessidade de vínculo entre o ensino e o serviço, e foi subsidiada pela pesquisa “a produção do cuidado na rede básica”, desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Saúde Coletiva da UESC que pôde contribuir na intervenção do processo de trabalho da Equipe Saúde da Família em uma perspectiva de educação permanente em saúde.

ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam à USF para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso. Tal entendimento, requer perceber o usuário que adentra à unidade de saúde a partir de suas necessidades de condições de vida, de vínculo entre o serviço e os trabalhadores que produzem o cuidado, de autonomia no seu modo de viver à vida e de sua queixa biológica que o levaram a procurar o serviço de saúde, de ser alguém singular (Cecílio, 2001, Merhy,2003). Além disto, reconhecer que o usuário tem uma história de vida que traz sua cultura, suas relações sociais e o ambiente de sua origem que contribui na formação de sua subjetividade (Franco & Panizzi, 2004). E assim, o usuário comparece a esse encontro com demandas mais ou menos explícita e com sua singular subjetividade.

Tal perspectiva, requer pensarmos em integralidade a partir dos usuários e suas necessidades, na reorganização do processo de trabalho das equipes saúde da família, na participação e na produção dos usuários seu cuidado.

O acolhimento, como diretriz operacional consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios: garantir acessibilidade e atendimento a todos que procuram serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional, que se responsabilize de escutar o usuário, com compromisso de resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (Franco, Bueno& Merhry, 2003)

Isto requer potencializar a utilização de tecnologias leves e leves-duras em um processo de trabalho relacional, produzido em um trabalho vivo em ato, a partir do encontro relacional que gera expectativas e produções entre trabalhador/usuário em espaços criativos

de intersubjetividades nas interpretações, falas, escutas e interdependência (Merhy, 1998). Também requer pensar que poucos estudos se preocuparam em analisar o trabalhador de saúde nesse processo de mudança da produção do cuidado em saúde (Onocko Campos, 2005).

O acolhimento a ser implantado por um serviço requer por parte da equipe o entendimento de que todos acolhem e todos serão acolhidos, isto representa uma relação prazerosa entre os trabalhadores e os usuários que produza no imaginário dos usuários a sensação de ser acolhido e de direito à saúde.

Tal perspectiva, possibilita a reorganização do processo de trabalho que rompe com a produção imaginária em busca da ficha de consulta médica e permite identificar outras necessidades dos usuário diante de sua dificuldade de acessibilidade ao atendimento médico. Por outro lado, o acolhimento produz ruídos nos serviços de saúde e pode desvelar como se produz a demanda dos usuários e assim funcionar como um analisador do processo de trabalho em saúde de uma Unidade. Assim concordo com Franco e Merhy, 2005 quando referem: “Supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde”.

Dessa forma, a reorganização dos serviços de saúde, tem como pressuposto a integralidade na produção do cuidado, em um processo de trabalho centrado no usuário e relações acolhedoras da equipe multiprofissional, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado.

Este entendimento, permite compreender que nesse espaço reservado, a sala de acolhimento, é possível criar espaços para uma conversa individualizada e qualificada dos usuários, buscando identificar a natureza de suas necessidades com ou não verbalização dos problemas em um atendimento humanizado na produção do cuidado, podendo se transformar em um “ato terapêutico”. O encontro do agente produtor com suas ferramentas tecnológicas com o agente consumidor, torna o usuário um sujeito que, em ato coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressões no modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para realização de um produto, finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes (produtor/consumidor), que podem até mesmo coincidir.

O cuidado é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser, resgata o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o

ser em seu sofrimento. É uma ação integral de relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento (Pinheiro & Guizardi, 2004).

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma investigação qualitativa com abordagem de pesquisa-ação. A investigação qualitativa parte do pressuposto que teoria e a prática são indissociáveis, com campos teóricos como referencial para o estudo, que segundo Minayo,1999:11 torna-se “o privilégio em toda atividade teórica supõe um corte epistemológico e um corte social e ambos governam sutilmente as realidades”. Na pesquisa qualitativa campo de estudo é entendido enquanto “recorte espacial que corresponde a abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO,2000,p.105).

A abordagem da pesquisa-ação se caracteriza pela identificação do problema a partir dos sujeitos que identificam e vivenciam o problema, pesquisadores e grupo participante, para construção de movimentos consensuados de caráter social, educacional, técnico capazes de responder com maior eficiência aos problemas reais através de ações facilitadoras que gerem impactos positivos (Thiollent,1998).

A pesquisa “Acolhimento: necessidade e desafio” partiu uma situação concreta, para uma ação orientada em função da resolução de problemas efetivos detectados na coletividade de uma Unidade de Saúde da Família.

O planejamento da pesquisa-ação foi flexível com várias preocupações a serem adaptadas em função da circunstâncias e da dinâmica interna do grupo investigador no relacionamento com a situação pesquisada.

MOMENTO I – Fase exploratória

O campo de pesquisa foi escolhido em função dos pesquisadores realizarem práticas de ensino no local, conhecer os sujeitos da pesquisa e suas expectativas, ter estabelecido um primeiro diagnóstico da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações, sendo apreciado prospectivamente a viabilidade de uma pesquisa-ação.

A investigação foi realizada na Unidade Saúde da Família Jacinto Cabral, situada no município de Itabuna/Ba, tendo como sujeitos a Equipe Saúde da Família (ESF), os usuários, alunos do Curso de Enfermagem da UESC e os pesquisadores. Entre pesquisadores, ESF e

usuários destacamos as condições de colaboração que envolveu a situação investigada, com identificação das pessoas em termos sociais e culturais, e os interesses políticos .

A Unidade Saúde da Família Jacinto Cabral foi implantada em julho de 2002, atende a uma população estimada de 4364 habitantes, sendo 2121 habitantes do sexo masculino e 2244 habitantes do sexo feminino, com predominância na faixa etária de 20-39 anos (33,5%).

A equipe foi estimulada para o problema, a partir de uma introspecção sobre o nó-crítico. Foi dada ênfase à análise das diferentes formas de ação, com reconhecimento dos aspectos estruturas da realidade social, em uma ação que envolveu um conjunto de relações sociais, estruturalmente determinada para detecção de apoios e resistências, convergências e divergências, posições otimistas e céticas da ESF e dos usuários.

Momento II- a colocação do problema

A identificação do problema a partir da Equipe Saúde da Família, dos usuários e pesquisadores caracterizaram excessiva demanda espontânea por consulta médica, que levava os usuários a chegarem à USF pela madrugada de micro-áreas de abrangência, caracterizadas pela violência, barreiras geográfica, sem garantia de atendimento, dificultada pela acessibilidade à consulta de distribuição de fichas diárias, onde o serviço desconhecia às reais necessidades da demanda segundo o grau de risco- agravamento. Por outro lado, havia um processo de trabalho centrado em procedimentos, com forte valorização da consulta médica, que desencadeava outras ações de saúde e colocava barreiras que impediam movimentos de mudança e refletia o receio da equipe de saúde tinha quando envolvia questões que poderiam intervir na prática de atenção médica.

Feito um balanço destes aspectos, o estudo de viabilidade permitiu aos pesquisadores o desafio da pesquisa sem criar falsas expectativas, mas com habilidade necessária para aceitação da situação por parte dos interessados.

MOMENTO III – o tema da pesquisa

A sensibilização ao problema foi realizada com um estudo de caso, onde identificou-se que a USF reproduzia um processo de trabalho que pouco envolvia os usuários e suas necessidades, com falta de vínculo dos usuários com membros da Equipe Saúde da Família e pouca participação do mesmo na produção do seu cuidado, tendo os pesquisadores elucidado a natureza e as dimensões do problema com análise e delimitação da situação inicial. Neste aspecto, foi analisado a vontade e a forma de participar dos participantes e a dificuldade de

compreensão com delineamento da situação final, em função de critérios de desejabilidade e de factibilidade e da identificação dos problemas a serem resolvidos para permitir a passagem. A partir de então, ocorreu uma discussão da necessidade de um movimento para solução do problema com apresentação da proposta de acolhimento pela Universidade Estadual de Santa Cruz. em que a ESF participou de forma efetiva colocando suas percepções sobre essa estratégia de ação, onde foi vivenciada a micropolítica do processo de trabalho na produção do cuidado em saúde. Foi consensuada e pactuada com a equipe de saúde a construção da proposta de implantação com responsabilização da Equipe de Saúde da Família pela saúde dos usuários da área de abrangência da Unidade.

A partir de então, foi realizada uma pesquisa teórica sobre acolhimento, processo de trabalho e integralidade em saúde pelos pesquisadores, estudantes da UESC e a enfermeira da USF, dentro de um campo teórico e prático sobre a relevância científica e prática. O trabalho foi metodicamente organizado, buscando informações pertinentes relacionadas com acolhimento.

Momento IV – a coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada por um grupo de observação composto de alunos do Curso de Enfermagem da UESC e pesquisadores, ocorrida em reuniões da ESF e nas filas formadas pelos usuários para atendimento médico. As técnicas utilizadas constou de entrevistas semi-estruturada, observação participante. Também foi colhido informações de relatórios da USF e do sistema de informação da atenção básica. Todas as informações foram utilizadas no andamento da pesquisa, respondendo às solicitações dos participantes nas reuniões de avaliação processual.

Momento V - Planejamento das ações

A elaboração do plano de ação consistiu em resgatar dos dados colhidos anteriormente, identificando os sujeitos participantes e como eles se relacionavam, com identificação das convergências, atritos e dos conflitos. Clareza dos objetivos pelos sujeitos participantes tangíveis da ação e os critérios de avaliação e garantir a continuidade da ação, assegurando a participação da população.

O plano de ação para implantação do acolhimento na USF Jacinto Cabral iniciou com a sensibilização da ideia que *todos acolhem e todos serão acolhidos* a partir da subjetividade dos sujeitos que operam processos tecnológicos no trabalho em saúde.

Foi definida a data de implantação, horário de atendimento do acolhimento do turno matutino e vespertino, número de consultas a serem agendadas (06) e encaminhadas para o pronto atendimento (10) e a os trabalhadores que atenderiam na sala de acolhimento. Todos foram responsáveis pela divulgação da implantação do acolhimento nos seus locais de atuação, a exemplo micro-áreas: agentes comunitários de saúde, USF (recepção, sala de espera) ESF, sendo utilizados faixas e cartazes com instrumentos facilitadores da divulgação nas

Foram estabelecidos os critérios o atendimento na sala de acolhimento com grau de prioridades para crianças/idosos/adultos a partir de parâmetro para riscos e definido que situações de urgência/ situações de emergência/urgência seriam atendidos fora do horário de acolhimento. Os resultados das deliberações foram obtidas através do consenso, sendo respeitadas as diversas alternativas.

Parâmetro para riscos

1 – CRIANÇAS

- **Riscos Máximo:** vômitos incoercíveis, convulsões, letargia, queixas respiratórias, diarreias (a partir de 3 evacuações), febre, emagrecimento e edema.
- **Riscos Intermediário:** Taquipnéia, ouvido com secreção purulenta, baixo peso e pústulas na pele.
- **Risco Baixo:** doença febril, baixo peso e anemia.

2 - GESTANTES

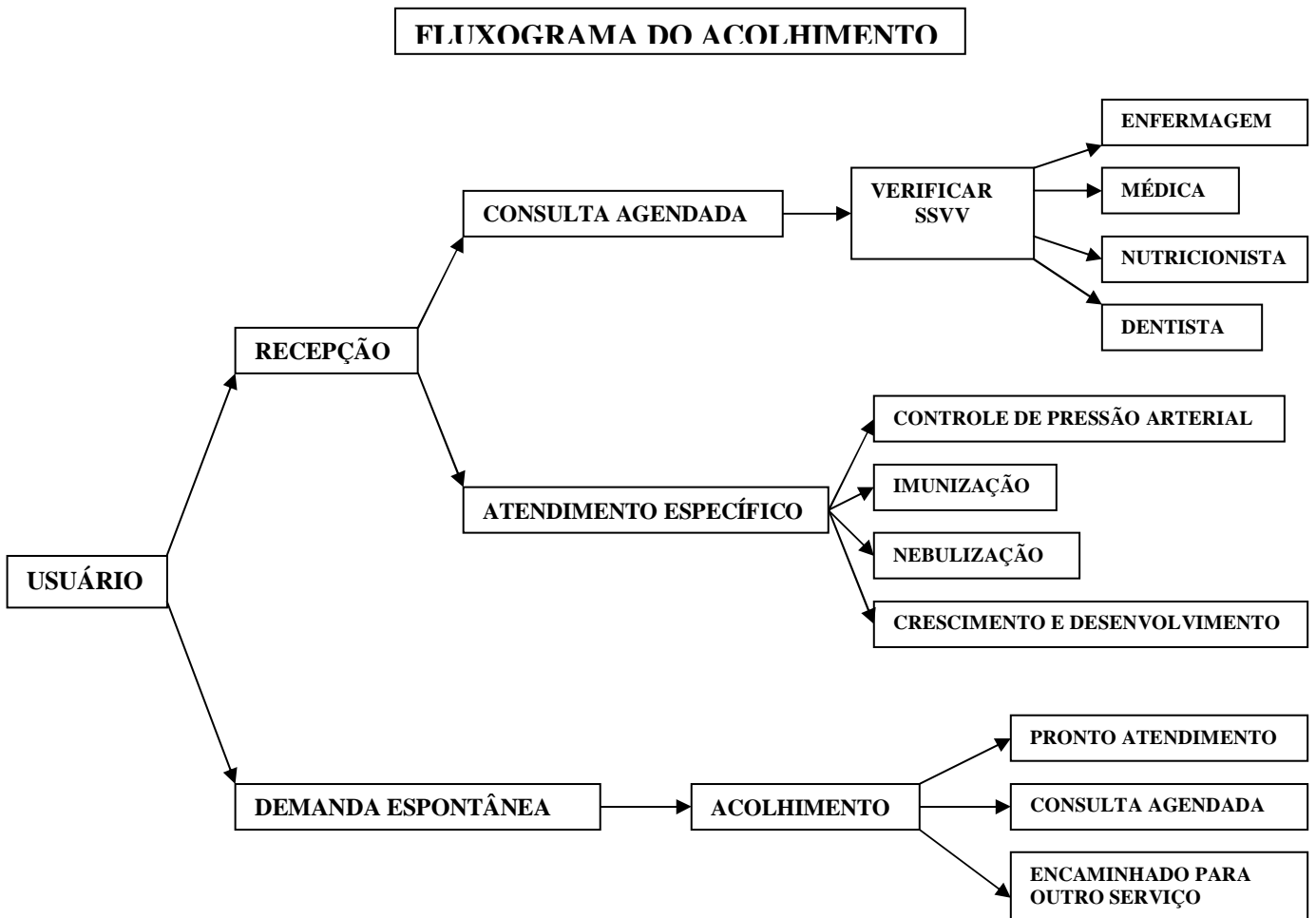
- **Riscos Máximo:** intercorrências
- Pré-natal

3 – IDOSOS

- **Riscos Máximo:** crise hipertensiva, hipo e hiperglicemia, desidratação, crise asmática e suspeita de pneumonia
 1. Pactuação: participação de todos;
 2. recursos necessários: referências;
termômetro/tensiômetro/estetoscópio/balança

MOMENTO III

Construção da linha do cuidado de atenção à saúde na Unidade Jacinto Cabral:



O fluxograma descritor, como instrumento analisador do fluxo assistencial permite visualizar os caminhos percorridos pelos usuários, quando buscam atendimento e sua inserção na USF (Franco & Merhry, 2003). A construção da linha do cuidado de atenção à saúde da USF buscou caracterizar que o usuário adentra na por duas vias. A primeira pela oferta organizada através da recepção para consulta agendada, onde é verificado os sinais vitais e encaminha para consulta médica, de enfermagem, de nutrição ou atendimento odontológico. A segunda pela demanda espontânea, onde o usuário, se necessário, é encaminhado para sala de acolhimento para encaminhamento ao pronto-atendimento, consulta agendada ou outro serviço de saúde do município.

MOMENTO IV – CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DO ACOLHIMENTO

USF JACINTO CABRAL - ITABUNA (BA)

ROTEIRO DO ACOLHIMENTO

DATA _____

1 – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____

Microárea: _____ Família: _____

Endereço: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

2 – CADASTRAMENTO NA UNIDADE:

() SIM \longrightarrow () Hipertensão () Pre-natal () PF () CD

() NÃO

3 – MOTIVO PELO QUAL PROCURA A UNIDADE:

() Consulta Médica () Consulta de Enfermagem () Consulta Odontológica

() Atendimento Específico () Outros : _____

4 – VERIFICAÇÃO DOS SSVV:

PA: _____ mmHg Temperatura: _____ °C Altura _____ metros Pulso: _____ Bpm

Peso: _____ Kg

5 – AVALIAÇÃO:

() Risco Máximo: _____

() Risco Intermediário: _____

() Risco Baixo: _____

6 – ENCAMINHAMENTO:

() Pronto Atendimento: _____

() Agendamento de Consulta: _____

() Serviços de Referência: _____

MOMENTO V – Execução e avaliação das ações

ACOLHER OS USUÁRIOS

O primeiro momento do acolhimento ocorreu na sala de espera para socialização do acolhimento implantado na USF e dos critérios de atendimento, solicitando aos usuários a divulgação desse processo de trabalho nos diversos espaços de convivência, promovido pela USF

O atendimento na sala de acolhimento priorizou às crianças, idosos e adultos jovens, respeitando os parâmetros de risco. O usuário era questionado sobre o motivo pelo qual procurou a unidade, sendo utilizado o roteiro do acolhimento como instrumento norteador, com atenção para predominância das tecnologias leves e, a partir da identificação para identificação das necessidades do usuário era encaminhado de acordo ao fluxograma descritor do acolhimento para agendamento de consulta, pronto atendimento, para outros serviços de referência ou o próprio acolhimento atendia à sua demanda.

A avaliação processual ocorreu a partir da UESC, com análise diária pela Equipe Saúde da Família sobre pontos negativos e positivos ocorridos no desenvolvimento da proposta do acolhimento ;

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos a partir do roteiro de acolhimento revelarão que a maior porcentagem de usuários acolhidos foi do bairro Novo Horizonte (60%), onde esta localizada a USF. Desses (22,60%), da micro-área 1 pelo fato de estar mais próximo da USF, seguido das micro-áreas 4 (15,50%) e 5 (13,10%), consideradas micro-áreas de maior risco. Revela uma demanda gerada condições de vida, que não é diferenciada na produção do cuidado.

Também revelou que os acolhidos, segundo parâmetros de risco, se equiparou entre o risco intermediário (41,70%) e o baixo risco (41,70%) em uma faixa etária que predominou entre 1- 4anos (27,40%) e 5- 14 anos (23,80%). Dos acolhidos 48,80% dos

usuários foram encaminhados para o pronto atendimento na USF e 41,70% para o agendamento de consultas.

Acolhimento:

O acolhimento proporcionou que todos fossem escutados e encaminhados de acordo as necessidades dos usuários, gerando o fim das filas que se formavam pela madrugada para atendimento no turno no matutino e pela manhã para o atendimento à tarde. Houve ruptura da condição de hígidez presente na USF para uma escuta solidária que desvela problemas e expõe os recursos a serem utilizados pelos usuários na solução de seus problemas.

Também gerou maior resolubilidade nas necessidades dos usuários e possibilitou o acolhimento ser um instrumento de identificação de problemas para reorganização do processo de trabalho. Os usuários participaram da proposta através da participação do seu cuidado e na socialização da proposta de acolhimento com seus pares. Concordamos com Malta et al, 2000 quando referem que a prática do acolhimento é um momento tecnológico com potencialidade para imprimir qualidade na atenção e nos serviços de saúde que imprime vínculos, promoção de cidadania e autonomização do usuário. Permite o desencadear de acompanhamento, vigilância com priorização de riscos e agravos e estreitamento de vínculos com os usuários, que são reconhecidos como sujeitos de direito.

Processo de trabalho da ESF

O acolhimento gerou identificação de problemas do processo de trabalho em saúde que iniciavam pelo atraso da recepcionista e de outros profissionais à USF, sobrecarga de trabalho da técnica de enfermagem, permitindo o redirecionamento dos encaminhamentos da recepção para a sala de acolhimento para maior resolubilidade aos problemas de saúde da população.

Também redirecionou procedimentos de atenção médica para atenção de enfermagem e de outros profissionais, como também para outros serviços do sistema municipal com revalorização de todos os trabalhadores na atenção à saúde.

Além disto, proporcionou maior integração da equipe e maior conhecimento sobre o saber da equipe sobre a percepção do usuário em um aprendizado, próprio da pesquisa-ação que está associado ao processo de investigação que gera, utiliza a informação e orienta a ação.

CONCLUSÃO

A percepção da integralidade como eixo estruturante da educação permanente permitiu que o vínculo ensino/serviço gerasse movimentos de mudanças na acessibilidade à Unidade Saúde da Família e na reorganização do processo de trabalho da equipe saúde da família com incipiente participação dos usuários. Essas mudanças, promoveram motivação e reconhecimento da micropolítica existente na Unidade Saúde da Família.

Os ruídos gerados dos encontros e desencontros desse processo de produção instituinte potencializou um novo desenho organizativo da USF usuário-centrado e um processo de formação técnico, cultural e político nos alunos em que as demandas da sociedade estavam implicadas em um cenário micropolítico, como artefato sócio-educacional de conceber, selecionar, produzir, organizar, implementar para dinamizar conhecimentos e atividades visando a formações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS R.O. 2005. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*- v 10 n.3.

CECÍLIO LCO 2001. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde, pp. 113-126. In *Os Sentidos da Integralidade*, Pinheiro & Mattos (orgs.). Ed. UERJ-IMS-ABRASCO, Rio de Janeiro.

FRANCO, T.F. MERHY E. E. A produção imaginária da demanda in Pinheiro R. & Matos, R.A. "Produção Social da Demanda", IMS/UERJ-ABRASCO-LAPPIS, Rio de Janeiro, 2005.

FRANCO T. F.e Merhy E.E. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos. In Merhry et al, MERHY, E.E., FRANCO, T.B. et al, *O Trabalho em saúde:olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY E. E. *Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.* In Merhry et al, Trabalho em saúde:olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

PINHEIRO & GUIZARDI, 2004. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In Pinheiro R e Mattos R

SILVEIRA. P. A.F. O acolher Chapecó. In Franco (org). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec: Chapecó, 2004.

THIOLLENT M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo, 8ª ed.; Cortez editora,1998.