

Introdução ao Acolhimento



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

INTRODUÇÃO AO ACOLHIMENTO

Florianópolis - SC
UFSC
2017

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Serviços Especializados e Regulação

Gerência de Complexos Reguladores

Central Estadual de Telemedicina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

Elis Roberta Monteiro

AUTORA

Luana Gabriele Nilson

REVISORES

Luise Lüdke Dolny

Marcos Aurélio Maeyama,

Josimari Telino de Lacerda

© 2017 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

CATALOGAÇÃO NA FONTE PELA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

U58i Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de
 Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina.
Introdução ao Acolhimento [Recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina ; autores,
Luana Gabriele Nilson. – Florianópolis : UFSC/ Núcleo
 Telessaúde de Santa Catarina, 2017.
 31 p. : il.

 Modo de acesso: telessaude.sc.gov.br

 Inclui bibliografia.

 1. Atenção Básica à Saúde. 2. Acolhimento. 3. Saúde
 pública. I. UFSC. II. Nilson, Luana Gabriele. III.
 Título.

CDU: 614

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Ilustrações: Catarina Saad Henriques

Design de Capa: Vanessa de Luca Bortolato, Catarina Saad Henriques

CURRÍCULO DA AUTORA - LUANA GABRIELE NILSON

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família pela UFSC. Pesquisadora com experiência de trabalho em várias áreas da saúde. Atualmente, desenvolve seus trabalhos no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS-UFSC), como Bolsista CAPES e no Núcleo Telessaúde SC. Experiência de atuação e apoio em Saúde Coletiva - foco na Atenção Básica à Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO	6
Unidade 1 - Modelo de Atenção Ampliado e Humanização na Saúde.....	8
1.1 A Política Nacional de Humanização	9
1.2 Acolhimento como diretriz da PNH.....	12
Unidade 2 - Acolhimento como forma de transformar o cuidado	17
2.1. O que significa “acolher”?	18
2.2. O trabalho em equipe para identificação do contexto de vida da população a fim de garantir o acolhimento resolutivo	20
Unidade 3 - Diferentes formas de acolher em saúde	24
Conclusão e Referências Bibliográficas.....	30

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Introdução ao Acolhimento!

Este minicurso inicia a discussão sobre o Acolhimento como postura profissional e diretriz para o processo de trabalho.

Os seus objetivos de aprendizagem são:

- **Conhecer** o modelo de atenção ampliado em saúde e sua relação com o acolhimento e a humanização.
- **Conhecer** o Acolhimento como caminho para mudanças e para o acesso à saúde.
- **Conhecer** diferentes formas de implementar o acolhimento no processo de trabalho.

Os conteúdos estão divididos em 3 Unidades de Aprendizagem:

UNIDADE 1	Modelo de Atenção Ampliado e Humanização na Saúde.
UNIDADE 2	Acolhimento como forma de transformar o cuidado.
UNIDADE 3	Diferentes formas de acolher em saúde

Ao final da leitura de cada unidade de aprendizagem você poderá realizar atividades de Autoavaliação para fixação de conceitos importantes.

Para finalizar o curso e receber seu certificado é obrigatória a realização da atividade final de avaliação.

Lembre-se que todas as atividades de avaliação devem ser respondidas também no Ambiente Virtual Moodle Telessaúde para verificar se suas respostas estão corretas.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema;



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

Modelo de Atenção Ampliado e Humanização na Saúde

Modelo de Atenção Ampliado e Humanização na Saúde

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Apresentar o modelo de atenção ampliado em saúde e sua relação com o acolhimento e a humanização.

1.1 A Política Nacional de Humanização

As ações em saúde derivam de uma concepção saúde-doença, o que quer dizer que a forma como pensamos determina a forma como atuamos no trabalho (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Ao longo da história, a visão de saúde e doença sofreu muitas mudanças, influenciadas pelo contexto histórico, cultural, econômico e social de cada época. Maeyama e Cutolo (2010) apresentam um resgate histórico sobre as mudanças na forma de se compreender saúde e doença: Iniciamos nos séculos XVII e XVIII, com a **Teoria Miasmática**, a qual apontava que as doenças eram transmitidas pela contaminação do ar, da água e dos dejetos humanos; nessa época, entendia-se que as más condições do ambiente, determinavam a ocorrência de doenças, e as intervenções tinham caráter higienista/preventivista, atuando nestes condicionantes para proteger a saúde. Posteriormente, no século XVIII, surge a **Medicina Social de Virchow** que apontava as más condições de trabalho, renda e moradia, ou seja, as condições de vida a que as pessoas estavam submetidas, como causas das doenças. Nesta fase, mesmo com o desconhecimento da existência de microrganismos causadores de doenças, essas teorias deram conta, parcialmente, de resolver os problemas de saúde.

No final do século XIX, com a **Teoria do Germe de Pasteur**, todas as outras teorias anteriores são desconsideradas e a causa biológica passa a ser única, gerando o movimento de que a saúde pode apenas ser recuperada com a eliminação deste agente biológico causador. É importante destacarmos que este modelo unicausal - biomédico, apesar de ter-se tornado hegemônico nos serviços ao longo do século XX, não deu conta de melhorar os indicadores sanitários e as condições de vida das pessoas, porém favoreceu o intenso desenvolvimento e a valorização do complexo médico-hospitalar.

Com o passar do tempo vem a necessidade de repensar o modelo de atenção. No Brasil, inicia-se na década de 1970 o **Movimento pela Reforma Sanitária**, que objetivava uma saúde universal e integral. O auge da Reforma Sanitária Brasileira ocorre em 1986, com a VIII **Conferência Nacional de Saúde**, cujo texto final serve de base para a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, que dentre outros encaminhamentos determina a reorganização do modelo de atenção a partir da abordagem integral 7 do processo saúde-doença, que aqui chamaremos de **integralidade**. A visão do processo saúde-doença na ótica de integralidade, considera os contextos social, ambiental, psíquico e biológico, necessitando, portanto, de ações, de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

A integralidade apresentada aqui é entendida ainda como a confluência (união) de saberes de várias categorias profissionais em busca da construção de uma atenção que permita identificar, apropriar e compreender as necessidades de saúde da população para prestar de um atendimento humanizado e qualificado, a partir do enfrentamento de desafios cotidianos como a criação de vínculos afetivos e autonomia, frutos de uma relação de confiança entre os atores envolvidos (gestão, trabalhadores e usuários). Uma integralidade focalizada, resultado da soma de esforços para uma resposta positiva à necessidade apresentada. Não é possível um cuidado integral sem o acesso universal e equânime e sem a sensibilidade de olhar cada sujeito ou coletivo de forma única. A integralidade demanda o conhecimento das necessidades e demandas individuais e coletivas, o que extrapola a abrangência do setor saúde. Assim, a integralidade precisa ser pensada também na construção de uma rede de serviços que possa dar conta do cuidado necessário, tendo na Atenção Básica a coordenadora e orientadora do cuidado, mas com apoio dos diferentes níveis de atenção, de forma articulada e integrada, fazendo referência e contra-referência (CECÍLIO, 2007)

Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf)

Para que as práticas de saúde mudem e se consiga um trabalho sem fragmentação, precisamos abordar a forma como as práticas são produzidas. O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias (danos decorrentes de tratamento) devido a não observação das diferentes necessidades (BRASIL, 2012. p. 32). Já o acesso compreende a facilitação da entrada da pessoa na rede de cuidado do SUS, estando próximo à população para acolher, escutar e atender às suas necessidades de saúde com qualidade e resolutividade.

A Política Nacional de Humanização (PNH) reforça um aspecto que mais tem chamado atenção nas avaliações dos serviços de saúde: é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe.

Ligada a esse aspecto está a presença da organização do processo de trabalho centrada no modelo biomédico, focada na doença e não no indivíduo. A realidade das equipes indica, então, a necessidade de mudança.

Uma prática humanizada e acolhedora requer postura profissional dialógica e organização para o trabalho interdisciplinar, como valorização do outro na equipe e dos usuários pelos profissionais.

Unidade 1

Convidamos você agora para assistir o vídeo “Humanização para o Acolhimento em Saúde”, com o consultor da PNH – Carlos Garcia Junior, em que a PNH é apresentada a você e são abordados conceitos importantes para a sua compreensão da humanização na saúde. Esta video-aula ajudará a compreender melhor a importância do trabalho humanizado e acolhedor e vai estimular a melhorar o ambiente de trabalho na sua unidade, tornando-a um espaço mais convidativo para a comunidade, entendendo como a ambiência e a acessibilidade podem qualificar o acolhimento aos usuários.

O acolhimento como uma das diretrizes da PNH precisa ser compreendido em suas dimensões ética (do cuidado para ouvir e atender às diferenças), política (compromisso com o usuário que envolve articulação institucional em redes) e estética (para valorização inventiva do cuidado, de forma inovadora, com intervenções interdisciplinares para escolha de um modo de fazer saúde que se dá alinhada a cada realidade, por usuários, profissionais e gestão). Pensar humanização e acolhimento é pensar além do que é visível, está muito mais na sensibilidade presente nas relações, no compartilhamento e na construção conjunta do cuidado.

Figura 1. Resumo histórico da Central Estadual de Telemedicina em Santa Catarina.



Fonte: Elaboração própria.

PARTE 1: <http://migre.me/jbEHC>

PARTE 2: <http://migre.me/jbEId>

É essa mudança que estamos buscando em você. Importante, portanto, é destacar alguns aspectos apresentados pela PNH:

A PNH, lançada em 2003, “busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar”, de forma transversal, permeando todos os processos para o fazer saúde.

Unidade 1

Há uma aposta em inovações na saúde, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) de forma a fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos, aumentando a corresponsabilidade na produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários na gestão e prestação do cuidado, com equidade, reconhecimento da diversidade e valorização de todos.

O HumanizaSUS luta por um Sistema Único de Saúde (SUS) mais humano e construído com participação e comprometimento de todos, propondo um trabalho coletivo para um SUS mais acolhedor, ágil e resolutivo, com qualificação da ambiência, melhores condições de trabalho e atendimento.

Queremos uma Atenção humanizada. Para isso saiba mais sobre a PNH no link abaixo. Fique à vontade para ler todo o documento, mas leia, obrigatoriamente, as páginas 12 e 13, que tratam das diretrizes gerais para a implantação da PNH nos diferentes níveis de Atenção.

Link: <http://migre.me/j4h0Y>.

1.2 Acolhimento como diretriz da PNH

As políticas que norteiam o trabalho em saúde pública no Brasil, para que o SUS aconteça em toda a sua essência, apontam o acolhimento como um dos eixos centrais.

Dentre as diretrizes da PNH para a Atenção Básica à Saúde (ABS) está o estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão de usuários para aperfeiçoar os serviços, reduzir filas, hierarquizar riscos e possibilitar o acesso aos demais níveis do sistema.

Destacamos desde já que acolhimento não é sinônimo de triagem para a consulta médica, mas uma **escuta qualificada**, que valoriza as queixas do usuário e garante o encaminhamento necessário para o caso, o que se pode traduzir em respostas resolvidas na própria unidade e o que não for possível de se direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse processo é imprescindível que o usuário compreenda as orientações e os motivos da solução proposta. Assim podemos criar na atenção ao usuário novas alternativas para o atendimento na equipe e racionalização da busca pelo médico.

Escuta Qualificada: “A escuta deve ser realizada de forma que garanta a privacidade do usuário, para que possa expressar suas reais necessidades, construindo uma relação de confiança entre o usuário e o trabalhador” (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004 apud MAEYAMA et al, 2007, p.43). A escuta qualificada deve acontecer em todos os momentos de encontro entre profissionais e usuários de forma a valorizar o que é dito, com respeito às diferenças e se colocando no lugar do outro para realmente possibilitar um encaminhamento resolutivo.

Unidade 1



O acolhimento com escuta qualificada pressupõe uma postura ética, sem hora ou profissional específico para fazê-lo, que implica partilha de saberes, necessidades, possibilidades e contempla a responsabilidade do profissional e equipe sobre o usuário, desde sua chegada à Unidade e em todo seu percurso pelos serviços.

Já a triagem é um processo pelo qual se classifica e seleciona os atendimentos.

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Santa Catarina desaconselha o emprego do termo triagem, e “esclarece que os profissionais de Enfermagem não fazem triagem e nem diagnóstico que substitua o trabalho médico, assim como não decidem quem será, ou não será atendido nas Unidades de emergência. A Enfermagem participa do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco [...]” conforme protocolos estabelecidos no serviço.

SAIBA MAIS

Leia mais a respeito disso na Nota Pública do Coren-SC sobre acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência: <http://migre.me/j4h7G>

O acolhimento deverá facilitar o acesso dos cidadãos, ultrapassando os obstáculos para que o usuário chegue à assistência. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o acolhimento pode ser pensado de duas formas:

- A.** Como fundamento e diretriz, possibilita o **acesso universal** e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, promovendo vínculo e corresponsabilização, o que inclui pensar na acessibilidade, que vai além de garantir o acesso, contemplando a facilitação deste;
- B.** Como parte do processo de trabalho com a implementação da escuta qualificada, classificação de risco, avaliação integral de necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade, de forma a ofertar uma assistência resolutiva (BRASIL, 2012b).

Universalidade de Acesso: O acesso universal é a garantia de todo o cidadão ao serviço público de saúde. Isso não quer dizer que todas as suas necessidades serão atendidas neste ponto de atenção, mas que os serviços de saúde devem-se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e ofertar resposta positiva e ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outro ponto de atenção da rede.

Unidade 1

Não é suficiente pensar que o acolhimento se resume a organizar a demanda espontânea e programada por meio da classificação de risco, sem realizar outras ações que atendam às necessidades do usuário. É preciso pensar que modelo de atenção você e sua equipe querem desenvolver e realizar esforços em busca da satisfação da equipe e dos usuários. Para isso, refletir sobre as inúmeras questões relacionadas à melhor compreensão dos problemas demandados e à garantia de acompanhamento e responsabilização pela equipe junto ao usuário é imprescindível.

Acolher e deixar sem resposta pode ser pior que não acolher. Precisamos favorecer respostas positivas e encaminhamentos seguros, em tempo oportuno, ou mesmo a articulação intersetorial para que as atividades ofertadas contemplem todos os aspectos demandados por um indivíduo, uma família e/ou pela comunidade. Se não repensarmos a forma em que nosso serviço está organizado e a oferta de serviços que garantimos, de nada adianta organizar a agenda para atendimentos programados e espontâneos, pois teremos uma grande demanda espontânea e nosso acolhimento não dará conta de responder às necessidades apresentadas pelos usuários.

Vejamos um exemplo: Um usuário com hipertensão chega à unidade para ser atendido, sem consulta agendada. Está com a pressão arterial descontrolada (PA 200/140mmHg) e com sintomas (cefaleia, náusea). Quando é recebido e avaliado pela equipe, percebe-se que há algum tempo ele não faz o acompanhamento na unidade.

- A maneira mais tradicional de conduzir esse caso é garantir que, após ser realizado o acolhimento e a classificação de risco em uma sala apropriada, o indivíduo seja encaminhado para consulta médica, em que é devidamente medicado e orientado para o controle periódico da pressão arterial, retorno à unidade para retirar a medicação e alimentação adequada, livre de sal e gordura. Nesse contexto, não há qualquer preocupação com as vulnerabilidades apresentadas pelo indivíduo, portanto, não há integralidade no cuidado.
- Outra possibilidade de atendimento após a avaliação é o encaminhamento do usuário para consulta médica e de enfermagem (consulta compartilhada), em que, além de ser medicado, sai com exames agendados e retorno para 12 seguimento do cuidado. Ainda, é convidado para participar das atividades em grupo na unidade e recebe atenção especial para as dúvidas que traz sobre a necessidade de tomar a medicação mesmo quando não sente nada e de reduzir o consumo de alimentos embutidos (mortadela, linguiça) que gosta tanto.
- Após o atendimento, a enfermeira e o médico anotam o caso para ser discutido em reunião de equipe, pois o cuidado integral e longitudinal não estava acontecendo, e uma discussão para repensar as ações e a organização da equipe no atendimento a quem tem problemas crônicos é necessária. Na discussão, em parceria com todo o grupo e com o apoio do NASF, poderão desenvolver o **Plano Terapêutico Singular** para garantir o cuidado resolutivo e traçar estratégias para visitas e construção do cuidado em parceria com o usuário, que desconhece de fato seu próprio problema.
- Os Agentes Comunitários de Saúde e toda a equipe precisam estar preparados para acolher e responder aos problemas, mas também conhecer os usuários crônicos, permitindo assim estabelecer continuamente o diálogo para o cuidado e acompanhamento. Ao abordar integralmente o problema e oferecer diferentes formas para manejo e controle, é possível minimizar a ocorrência de eventos agudos e complicações, qualificando também o serviço ofertado.

Unidade 1

O acesso deve ser organizado para que o usuário seja recebido, acolhido com uma escuta qualificada e tenha uma resposta positiva ao seu problema, recebendo o atendimento ou encaminhamento necessário e seguindo sob responsabilidade da sua equipe (MAEYAMA et al, 2007).

Ao final da leitura desta unidade de aprendizagem, você e sua equipe poderão iniciar a discussão sobre o atendimento humanizado e acolhedor em seu local de trabalho, possibilitando maior satisfação de usuários, equipe e gestão.



Para que se garanta de fato o acolhimento do usuário, não basta recebê-lo de forma educada e garantir seu acesso à consulta médica ou de enfermagem. É necessário mudar o modelo de atenção, pois as necessidades na lógica da integralidade vão muito além da consulta, que de forma geral apontam para ações educativas, de prevenção, de promoção da saúde, e de responsabilização da equipe, sempre de acordo com o contexto do usuário e da comunidade.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II, 2012a, 290 p. disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CECÍLIO, LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. 2007. Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf). Último acesso: 17 de março de 2014.

MAEYAMA, MA et al. **A Construção do Acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas**. Marcos Aurélio Maeyama (org.). Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas. Bombinhas, 2007.

MAEYAMA MA, CUTOLO LRA. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2010; v.39, n.1, p.89-96.