

Unidade 2

**Acolhimento como forma de
transformar o cuidado**

Acolhimento como forma de transformar o cuidado

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Apresentar o Acolhimento como caminho para mudanças e para o acesso à saúde.

2.1. O que significa “acolher”?

Tendo como base o que você estudou na primeira unidade de aprendizagem, passaremos agora a estudar algumas estratégias para organização de um processo de trabalho acolhedor.

O trabalho em Atenção Básica à Saúde (ABS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) é complexo e exige para sua construção uma articulação entre bases teóricas (conhecimento), metodológicas (métodos e técnicas) e bases éticas. Para iniciar o trabalho deve-se partir do conhecimento do território no qual se está inserido e das famílias e sujeitos sob responsabilidade da equipe.

Para iniciar nossa discussão sobre o desafio que é fazer acolhimento e a compreensão da importância do termo acolher, citamos alguns significados trazidos pelo dicionário Aurélio: **Definição** - dar acolhida ou agasalho a, receber alguém, atender, aceitar, acolher com agrado as sugestões, dar crédito a, dar ouvidos a, amparar-se etc.

Estamos em um momento da história no qual é exigido que pensemos e façamos melhor do que já foi feito. Não podemos mais aceitar que a consulta médica seja a única oferta de uma unidade de saúde. Precisamos nos desafiar e nos incomodar com a falta de respeito aos princípios básicos no cotidiano dos serviços de saúde e assim buscar mudança da realidade assistencial que está dada. Precisamos ajudar também a construir serviços em que todos os profissionais tenham a mesma importância e possam dar sua contribuição para satisfazer as necessidades de saúde da população. Essa reorientação dos serviços para a produção de cuidado digno vai exigir que você se exponha enquanto profissional, que todos discutam juntos e façam um diagnóstico das potencialidades e fragilidades, partindo da territorialização, que permite o conhecimento comunitário dos problemas e necessidades da população adscrita por meio do mapeamento da área sob responsabilidade de sua equipe.

SAIBA MAIS

Para conhecer uma experiência bem sucedida de Acolhimento, sugerimos a leitura do Livro **“Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho”**. Nele você encontra todo o relato das mudanças na Atenção Básica de Chapecó a partir da inserção contextualizada do acolhimento. Dê atenção especial às páginas 70 a 110.

Unidade 2

Em “Acolher Chapecó” percebemos que, para alcançarmos à mudança que queremos no modelo assistencial, o acolhimento satisfatório, a responsabilização da equipe de saúde, a resolutividade e a autonomização são eixos estruturantes, capazes de orientar a prática clínica e promover o estabelecimento de vínculos e responsabilizações entre equipe e usuários, tornando as relações mais próximas e humanizadas, o que qualifica a assistência e o “ato cuidador” (FRANCO et al, 2004).

De acordo com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde, a implantação do Acolhimento na unidade contempla a importância de uma escuta qualificada para atender aos princípios do SUS no contato com os usuários, já que, com a escuta, propor uma solução com segurança é possível, por meio de respostas positivas às necessidades apresentadas. A preocupação deve ser para não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, mas sim, ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. O acolhimento deve facilitar o acesso dos cidadãos, ultrapassando os obstáculos para que o usuário alcance a resolução de seu problema, devendo estar presente em todas as relações equipes-usuários.

É importante destacar que acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2011, p. 19).



O acolhimento não é uma etapa do trabalho ou uma sala de atendimento e requer trabalho em equipe e observação integral do usuário de forma a melhorar a assistência. E é com essa proposta que convidamos você a seguir conosco sua aprendizagem e suas descobertas sobre a implementação do acolhimento como fundamento e diretriz que norteia a prática de cada profissional de saúde, e como parte do processo de trabalho nas UBS.

SAIBA MAIS

Para lhe dar apoio à discussão sobre qualificar a escuta do seu usuário neste primeiro contato com os profissionais de saúde, recomendamos, inicialmente, a leitura das páginas 19 (a partir do item 2.1) a 22 do **Caderno de Atenção Básica número 28 - Acolhimento, Vol. I**, disponível no link: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf - Esta leitura apresenta os caminhos para o trabalho acolhedor das equipes de saúde na Atenção Básica.

2.2. O trabalho em equipe para identificação do contexto de vida da população a fim de garantir o acolhimento resolutivo

Precisamos melhorar o vínculo e o compromisso de profissionais e usuários para tornar as equipes de saúde da família e de Atenção Básica realmente de escolha prioritária pela população. Para isso, um importante passo a ser dado é identificar quem é a população sob responsabilidade da sua equipe, quais suas características específicas e de que forma essa população interage com o serviço de saúde. Isso será importante para possibilitar o estabelecimento do fluxo de trabalho na sua unidade. Além disso, **reconhecer quem são os profissionais que integram a equipe, suas potencialidades e fragilidades** também é de extrema importância para que se realize uma capacitação e formação adequada com o intuito de preparar todos para acolher, levando sempre em conta a formação profissional e as implicações desta para a assimilação de conceitos, condutas e protocolos a serem seguidos.

É possível avaliar a comunidade pela qual se é responsável e reconhecer a presença de condições geradoras de vulnerabilidades (riscos) que podem requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.

Avaliar integralmente os usuários e analisar sua vulnerabilidade é difícil. Não existe um protocolo definido como existe para classificar o risco de patologias. É preciso ter sensibilidade para fugir exclusivamente do ser biológico e identificar aspectos sociais, psicológicos, econômicos. No momento em que o usuário procura ajuda ele está, geralmente, mais aberto para estabelecer diálogo com a equipe de saúde, que deve aproveitar a oportunidade. Um exemplo para avaliar as experiências/vivências do problema de saúde e vulnerabilidade são as questões apontadas no Caderno de Acolhimento (BRASIL, 2011, p.35), que propõe a escuta do usuário:

- 1) O que você acha que está acontecendo?
- 2) Por que essa situação incomoda você?
- 3) Como essa situação interfere na sua vida?
- 4) Como você percebe que a equipe pode ajudar hoje?

Essas questões apresentam uma ideia da forma de conversar com os usuários, mas devemos tomar cuidado para que não seja uma investigação, e sim que demonstre nosso desejo de escutar, ajudar, cuidar.

Identificar o contexto em que está envolvido na necessidade de saúde percebida é imprescindível para uma resposta positiva pela equipe.

O trabalho em equipe é fundamental para o sucesso dessa ação, desde a recepção ou portaria até a gestão da unidade, podendo identificar as situações de maior risco ou de sofrimento intenso. É fundamental que toda a equipe tenha sua capacidade clínica ampliada, qualificando a escuta de forma a reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar ou acionar intervenções.

Unidade 2

A agenda dos profissionais e da equipe deve ser organizada para atender às múltiplas demandas de sua área de abrangência, desde o atendimento clínico agudo até a programação para acompanhar o seguimento do cuidado de indivíduos e grupos específicos, realização de grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e com a comunidade, ações de educação permanente e promoção da saúde, mas esta programação deve ser realizada segundo as necessidades individuais e coletivas, rompendo com a lógica de pacotes pré-determinados como, por exemplo, as atividades clássicas de educação em saúde, sem diagnóstico prévio de necessidade.

A observação integral do usuário é necessária para aperfeiçoar a assistência. Observar características pessoais e familiares, contexto de inserção e vulnerabilidade social, história de vida e aspectos psicológicos, juntamente com o levantamento da queixa clínica, é imprescindível para o cuidado em saúde.

SAIBA MAIS

A clínica ampliada busca o ajuste entre os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários, sem privilegiar alguma matriz de conhecimento especificamente. A complexidade do cuidado exige o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. É preciso estabelecer diálogo e uma clínica compartilhada para alcançar êxito. Requer assim a compreensão ampliada do processo saúde-doença para construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas, de forma articulada e com apoio entre os profissionais da equipe (BRASIL, 2010).

Saiba mais em: <http://migre.me/j4hza>

Cooperação com a equipe e os usuários é indispensável para que a inserção do acolhimento seja facilitadora do cuidado, e não um obstáculo. Não é uma atividade simples e sim complexa, que requer compromisso e responsabilização de todos. Ainda, para que se efetive a capacitação da equipe para compreender a dinâmica que envolve o acolhimento, deve ser estendida para a população sob responsabilidade da equipe, com o intuito de que se possa pensar e discutir em conjunto, fomentando espaço para a participação popular, mas principalmente, inserindo os diversos sujeitos na construção de uma nova forma de se fazer saúde.

Nas unidades básicas, a recepção é o primeiro contato e havendo situações imprevistas, cuja avaliação e definição de ofertas não sejam possíveis de serem resolvidas neste local, é necessária a criação de um espaço adequado para escuta, análise e definição do cuidado, com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. É preciso cuidado para não expor aquele que estamos atendendo. Sugerimos que o acolhimento com avaliação mais detalhada seja realizado em uma sala que garanta privacidade e tranquilidade.

Unidade 2

Para a promoção de acesso com qualidade é preciso muito mais do que receber bem os usuários e garantir uma consulta no dia. É preciso repensar a oferta de serviços por nossa equipe, unidade, município. Estabelecer horário para atendimento programado, capacitar a equipe para a escuta qualificada e ter uma sala para acolhimento e classificação de risco pode ser um problema se o que oferecemos são exclusivamente consultas médicas. Precisamos repensar a estrutura da equipe e identificar se a atenção à saúde que prestamos está realmente voltada para as demandas da população pela qual somos responsáveis. E isso é acolher no sentido mais amplo: ir além de receber o usuário que nos procura por uma necessidade imediata, mas ficar atento a esta necessidade buscando enxergar o contexto envolvido, dando respostas que incluam a integralidade desses aspectos, o que exige pró-atividade (antecipação e responsabilização), visão e ações ampliadas.

Limitações e fragilidades como o excesso de pessoas sob responsabilidade das equipes de ABS são determinantes quando buscamos reorganizar a lógica assistencial. O território de atuação das equipes geralmente é distribuído de acordo com a disposição geográfica e proximidade da unidade de saúde de referência com as famílias adscritas, respeitando um limite populacional. Hoje, o Ministério da Saúde já determina, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, que o número de pessoas adscritas por equipe da Estratégia Saúde da Família seja de, no máximo, 4 mil pessoas, mas preferencialmente 3 mil.

Em 2013, por meio da portaria 2.355, o Ministério da Saúde passa a permitir que o cálculo do teto máximo das equipes de Saúde da Família seja feito tendo como população mínima 2 mil pessoas, o que permite uma outra dimensão na lógica de pensamento frente ao trabalho destas equipes. Para unidades básicas de saúde com Saúde da Família, o total de habitantes vinculados deve ser de até 12 mil; já para unidades sem Saúde da Família, o total pode ser de até 18 mil habitantes sob sua responsabilidade.

É necessário que se estabeleça o que a unidade terá condição de atender e o que poderá ser encaminhado conforme protocolo estabelecido entre todos os pontos da rede, pois, se cada unidade estabelece seu fluxo sem pactuar com os demais serviços, o usuário começa a peregrinar entre uma unidade e outra sem ter sua necessidade atendida. Para isso, é importante conhecer a rede de serviços que existe em seu município e região.

Referências Bibliográficas

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. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). ISBN 978-85-334-1843-1.

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, 2012, 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. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). ISBN 978-85-334-1697-0. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013: Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html

DICIONÁRIO DO AURÉLIO on-line. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Acolher.html>, acesso em 05 de fevereiro de 2014.

FRANCO, TB et al (org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004.