



Saúde & Transformação Social / Health &
Social Change

E-ISSN: 2178-7085

rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

dos Santos, Débora Aparecida; Soares Shirasaki, Roberta Tomi; Lima Cangussu, Júlia
Maria; dos Santos, Débora Aparecida; Martins Fermino, Juliana; Thomé da Silva, Anelise;
Campos, Gabriela Luiza

Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica
conforme a Política Nacional de Humanização

Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 6, núm. 2, 2015, pp. 54-69

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265345668007>

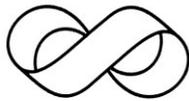
- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Artigos originais

Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização

Potential and difficulties in user embracement in primary care network as the National Policy of Humanization

Débora Aparecida dos Santos¹
Roberta Tomi Soares Shirasaki¹
Júlia Maria Lima Cangussu¹
Débora Aparecida dos Santos¹
Juliana Martins Fermino¹
Anelise Thomé da Silva¹
Gabriela Luiza Campos¹

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina

Resumo: O presente trabalho busca identificar as práticas de acolhimento entre profissionais da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina. Referente aos programas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); vinculados à Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tem por objetivo identificar potencialidades e dificuldades nas ações de cuidado percebidas por funcionários da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina, ao conhecerem os princípios do acolhimento colocados pela Política Nacional de Humanização. Essa pesquisa é de natureza qualitativa, quanto ao procedimento técnico utilizado e caracterizou-se como uma pesquisa-ação. Já o delineamento, classifica-se como estudo de caso de corte transversal. Quanto aos objetivos, destaca-se como um estudo descritivo e exploratório. Os dados coletados foram obtidos através do relato dos profissionais de saúde, logo após, a realização de oficinas de capacitação para os mesmos; e em outro momento, foram estruturadas entrevistas individuais com três profissionais aleatórios das Unidades de Saúde que fizeram parte da amostra desta pesquisa. O critério de escolha dos participantes foi baseado em dois aspectos, o primeiro, atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais o Programa PRÓ-PET-UNISUL desempenhou suas atividades de forma que contemplou 4 Unidades Básicas. E segundo, ter participado da oficina de capacitação em acolhimento. A análise e discussão dos dados enfatizou muitos avanços na área do acolhimento, porém, muitas dificuldades ficaram evidenciadas no que se refere a formação dos profissionais e a prática de saúde exercida pelos mesmos. Este deveria estar voltado para atenção integral ao indivíduo e não somente as queixas do usuário. O profissional deve compreender o acolhimento como uma nova política para a reorganização da oferta dos serviços de saúde, reconhecendo a complexidade da operacionalização deste processo.

Palavras-chave: Acolhimento; Humanização da assistência; Atenção primária à saúde; Serviços de saúde

Abstract: This work seeks to identify the host practices between professional of primary care network of a South Municipality of Santa Catarina State. Referring to programs: Reorientation National Program for Professional Training in Health (PRO-HEALTH); linked to the University of Southern Santa Catarina (UNISUL). Aims identify potencial and difficulties in the actions of care perceived by employess of a care network of basic South Municipality of Santa Catarina, to know the principles of the host placed by the National Humanization Policy. This search is qualitative nature, as the technical procedure used and was characterized as an action research. About the design, this ranks with a cross-sectional cohort study. As for the objectives, this stands out as a descriptive and exploratory study. The collected data was obtained through the reporting of health professional,

after, the realization of training workshops; and in other moment, was structured individual interviews with three random professionals from Health Units that were part of the sample of this research. The criterion for selecting participants was based in two aspects, the first, act in the Basic Health Units (BHU) in which the PRO-PET-UNISUL Program played their activities, included 4 Basic Units. In second, have participated in the training workshop in host. The analysis and discussion of the data emphasized many advances in the reception area, however, many difficulties were highlighted as regards the training of professional and the health practice exercised by the same. This should be facing to the full attention to the individual and not only the user complaints. The professional must understand the host as a new policy for the reorganization of the supply of health services, recognizing the complexity of the operation of this process.

Keywords: User embracement; Humanization of assistance; Primary health care; Health services

1. Introdução

O presente trabalho busca identificar as práticas de acolhimento entre profissionais da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina. Referente aos programas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE); vinculados à Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). O PRÓ-PET-SAÚDE são programas do Governo Federal, que ocorre por meio de equipes multidisciplinares e interprofissionais, formadas por profissionais atuantes na Rede Municipal de Saúde e professores e acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde. Tem por objetivo principal, redirecionar a formação em saúde no Brasil, para que esta esteja em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na década de 1990, em face das críticas a um histórico do setor saúde centrado num modelo hospitalar, a Atenção Primária à Saúde já era pensada como a porta de entrada do sistema de saúde, pela característica de estar “enraizada” na comunidade, sendo a principal referência de cuidado para a população. Nesse contexto, surgiu também o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que colocou pessoas vinculadas as Unidades Básicas de Saúde, as ACS, indo até os domicílios para coletar informações, e orientar as pessoas da comunidade acerca das ações em saúde disponibilizadas pela UBS. Assim, estreitando a relação da UBS com a comunidade.

Já em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF). Uma das grandes críticas a esse período foi a de que as práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas, por não oferecerem um cuidado à saúde, considerando os sujeitos de maneira integral (biopsicossocial). É nesse contexto que começou a surgir propostas metodológicas que pudessem melhorar o setor saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Básica. E é também nesse contexto que tem início a idéia de que as pessoas no sistema de saúde deveriam ser acolhidas.

No ano de 2000, com a XI Conferência Nacional de Saúde, o debate acerca do tema acolhimento ficou mais acirrado. Foram apontadas algumas dificuldades enfrentadas pelo SUS. Em 2003, na XII Conferência Nacional de Saúde, retornou-se ao debate sobre o acesso ao sistema, desde a valorização dos usuários e dos trabalhadores, até a participação e na gestão do SUS. Neste mesmo ano surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS- Humaniza SUS (PNH). O acolhimento se configura com uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, ou seja, os profissionais atuantes na área da saúde, bem como, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho.

Conforme Tesser¹ (2010), o acolhimento envolve uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana e empática e respeitosa ao usuário e implica na avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais. Acolhimento deve

permitir hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado, e ainda distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características. Ainda conforme o autor, o acolhimento é uma proposta voltada para a melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Baseia-se no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com os profissionais de saúde, em que há uma escuta, um processamento de sua demanda e a busca da resolução, se possível.

Já Franco; Junior² (2003), indicam que o acolhimento consiste em uma ferramenta, estratégia e arranjo tecnológico utilizado para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde, garantir o acesso em serviços humanizados, resolutos e de qualidade com responsabilização coletiva dos trabalhadores às necessidades dos usuários. Acolhimento também pode ser entendido, conforme Ribeiro; Rocha; et al³ (2010), não como um espaço ou local, e sim uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, buscando “abrigar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade sinalizada pelo caso em questão.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar dificuldades e potencialidades nas ações de cuidado percebidas por funcionários da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina, ao conhecerem os princípios do acolhimento colocados pela Política Nacional de Humanização.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar práticas realizadas pelos profissionais da rede de atenção básica de um Município do Sul de Santa Catarina que envolva o acolhimento.

Identificar potencialidades e dificuldades apresentadas nas práticas de acolhimento entre os profissionais da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina.

3. Percorso Metodológico

A caracterização dessa pesquisa é de natureza qualitativa, quanto ao procedimento técnico utilizado, caracterizou-se como uma pesquisa-ação. Já o delineamento, classifica-se como estudo de caso de coorte transversal. Quanto aos objetivos, destaca-se como um estudo descritivo e exploratório.

De acordo com Silva; Menezes⁴ (2002), a pesquisa de natureza qualitativa, caracteriza-se pela relação de uma dinâmica entre o sujeito e seu mundo real, existindo assim um vínculo entre a subjetividade e a objetividade que não podem ser compreendidas em número. Sendo assim, é a maneira mais adequada de se usar no contexto social. O delineamento caracterizado como estudo de caso, de coorte transversal, se deve ao fato da presente pesquisa se referir à realidade em particular, dos participantes investigados, no que se refere ao momento da realização da pesquisa.

Em relação à classificação do estudo como exploratório e descritivo, Gil⁵ (2002) afirma que a pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever as características

de um determinado grupo ou população, com objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças. Já a pesquisa exploratória caracteriza-se pelo objetivo de aprofundar ideias ou encontrar intuições, com o intuito de compreender o fenômeno estudado com maior profundidade.

Referente à classificação do estudo como pesquisa-ação, Gil⁵ (2002) afirma que tal pesquisa, caracteriza-se pela interação entre pesquisador e grupo ou população investigada. Nesta, se pressupõe uma ação planejada de caráter social, educacional, técnico, etc., na qual ao mesmo tempo em que se coleta dados acerca dos fenômenos investigados, se intervêm sobre determinada realidade, transformando-a. Assim, a presente pesquisa, envolveu uma atividade de educação em saúde sobre a temática do acolhimento, e a partir dessa atividade, foram levantados dados junto aos profissionais participantes da pesquisa. Os dados coletados foram obtidos através do relato dos profissionais de saúde, logo após, a realização de oficinas de capacitação para os mesmos; e em outro momento, foram estruturadas entrevistas individuais com três profissionais aleatórios das Unidades de Saúde que fizeram parte da amostra desta pesquisa.

Os participantes da pesquisa eram profissionais de saúde de ambos os sexos, atuantes na Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina. O critério de escolha dos participantes foi baseado em dois aspectos, o primeiro, atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais o Programa PRÓ-PET-UNISUL desempenhou suas atividades de forma que contemplou 4 Unidades Básicas. E segundo, ter participado da oficina de capacitação em acolhimento realizada pelo Programa PRÓ-PET-SAÚDE-UNISUL, cujo objetivo, foi a capacitação para o acolhimento.

Tabela 1. Número de profissionais de cada unidade de saúde

Unidades de Saúde	Nº Profissionais
UBS 1	15
UBS 2	7
UBS 3	15
UBS4	24

Fonte: Lista de presença capacitação, 2013.

Na primeira etapa da pesquisa, que foi a capacitação, participaram os 61 funcionários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas pelo PRO-PET-SAÚDE/UNISUL. Já com relação a segunda etapa da pesquisa, foi a entrevista individual semiestruturada, na qual participaram três funcionários de cada UBS. Sendo que, nesta etapa, buscou-se a diversificação dentre os participantes, ou seja, a representatividade de todas as categorias profissionais, conforme a disponibilidade desses no momento da entrevista. As entrevistas foram realizadas nas UBS referidas, nas quais os participantes desempenham suas funções. O tempo utilizado para a realização destas entrevistas foi de 30 minutos.

Conforme informado no parágrafo anterior o instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada (Apêndice B). Esse roteiro era composto por questões acerca das práticas de acolhimento, a partir da participação dos profissionais no processo de capacitação sobre o acolhimento. O roteiro também possuía uma seção de coleta de dados pessoais, tais como: idade; sexo; profissão; Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atua; tempo de atuação na área da saúde; tempo de atuação na UBS.

As oficinas de capacitação dos profissionais de saúde acerca das práticas de acolhimento foram realizadas nos dias de reunião com a equipe de saúde, nas Unidades

Básicas de Saúde (UBS). Estas tiveram a duração total de duas horas com cada UBS. Os conteúdos que foram contemplados na capacitação foram: o “conceito de saúde” (biopsicossocial); o “conceito de Integralidade (conforme preconiza o SUS); tecnologias de cuidado (leve, leve- dura e dura); o “conceito de acolhimento”; práticas de acolhimento (conforme preconizado pelo Ministério da Saúde); possíveis distorções nas práticas de acolhimento; aspectos favoráveis para a prática do acolhimento na UBS (estrutura, recursos materiais e humanos); aspectos que dificultam a prática do acolhimento na UBS (estrutura, recursos materiais e humanos).

Este estudo está alinhado com as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e nos princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. O projeto foi submetido a apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, cujo número do parecer fornecido foi 414.825. Logo após, iniciou-se a coleta de dados, organizado por meio da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a realização das observações e registro das mesmas durante as oficinas de capacitação, foi solicitada a autorização para a observação por meio do TCLE a cada um dos participantes da atividade da capacitação. Caso houvesse discordância de algum membro do grupo, as observações e registros não seriam efetuados, relativas àqueles participantes. O TCLE continha todos os itens relativos à ética em pesquisa: sigilo, não cobrança, divulgação dos resultados, possibilidade de desistência, desconfortos e benefícios, acesso aos pesquisadores, bem como dados gerais da pesquisa e dos pesquisadores.

Após o término de cada capacitação, foi oferecida aos participantes a possibilidade de acessarem as anotações sobre o que fora descrito acerca do andamento da capacitação. Para a realização das entrevistas foi efetuado um convite aos participantes ao término da mesma. As entrevistas foram realizadas pelos autores da pesquisa e foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes da entrevista, contendo os itens relativos à ética em pesquisa. Como as entrevistas não foram feitas mediante gravação de voz não foi necessário entregar o Termo de Consentimento para gravação, pois as entrevistas foram escritas pelos próprios entrevistadores.

4. Resultados E Discussão

Este capítulo apresentará os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Buscou-se analisar as práticas de acolhimento realizadas pelos profissionais da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina. De acordo com as características das ações desempenhadas por esses, verificou-se as potencialidades e dificuldades no desenvolvimento das práticas de acolhimento.

Conforme Tesser¹ (2010), o acolhimento é uma proposta voltada para a melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Baseia-se no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com os profissionais de saúde. Ocorre neste momento um primeiro contato entre o profissional e o usuário, e através da escuta, ato este de filtrar de forma qualificada as informações e necessidades da demanda de cada usuário faz-se o processamento da sua demanda e a busca da resolução, quando possível.

Identificaram-se nos dados desta pesquisa à existência de uma escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde das unidades investigadas. De forma que é o auxiliar administrativo, peça fundamental nesse processo, que desempenha a função de escuta

qualificada de maneira relevante, tanto quanto os outros colaboradores da unidade básica de saúde. Em relação ao processamento da demanda, em geral, não há uma estratégia ou forma de filtrar a demanda que chega ao serviço, porém cabe destacar o esforço por todos os profissionais da unidade, na busca da resolução ou direcionamento da mesma. Conforme depoimento:

"Saber o que o paciente está buscando na unidade, o que os funcionários tem a oferecer. Que ele saia satisfeito e com resolutividade dos problemas pela qual ele busca solução".

O Ministério da Saúde⁷ (2011) ressalta a importância da existência de múltiplos formatos de acolhimento frente às possíveis demandas espontâneas. Na realidade pesquisada neste estudo, verificou-se que as unidades de saúde desenvolvem práticas variadas de acolhimento, estas nem sempre vão ao encontro com o que orienta o Ministério da Saúde, afinal em sua maioria são modelagens de acolhimento com limitações que se devem: o número de equipes da unidade, o número de profissionais que realizam o acolhimento, das particularidades de cada população adscrita, da estrutura física e ambiência, entre outros.

A escolha pela utilização de um formato de acolhimento mais adequado segundo sugestão do Ministério da Saúde é aquele onde há um atendimento satisfatório às necessidades dos usuários, que gera menos sofrimento/sobrecarga para as equipes e que não sacrifica a atenção programada. Foi evidenciada nas unidades de saúde pesquisada a preocupação dos profissionais na resolução de conflitos e nas dificuldades particulares de cada usuário. Os profissionais porém, não conseguem focar na promoção, prevenção e na agenda programada, a qual inviabiliza o trabalho da estratégia de saúde da família, já que é este trabalho que caracteriza o programa. Percebe-se que esta rotina por caracterizar-se como pronto atendimento, vem sufocando a atenção básica, gerando conflitos entre a equipe, o que distorce a prática de acolhimento nas unidades e o papel da Atenção Básica em Saúde. O seguinte relato demonstra esta realidade:

"A própria equipe tem dificuldades de entender que esses pacientes não são uma necessidade que a unidade deve atender e absorver".

Conforme sinalizados anteriormente existem algumas formas de acolhimento preconizadas pelo Ministério de Saúde e as equipes podem optar pela utilização de um formato mais adequado ao cotidiano de sua realidade. O Ministério da Saúde propõem quatro formas de acolhimento, sendo elas: equipe de referência, equipe do dia, acolhimento misto e acolhimento coletivo.

O acolhimento pela equipe de referência do usuário é um formato de modelagem que se dá quando o usuário é acolhido por um ou mais profissionais de sua equipe, estes realizam a primeira escuta e negociam as ofertas mais adequadas. Esta prática pode ser realizada pelo enfermeiro que faz a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população da sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados. Fato este foi observado nas unidades de saúde abordadas neste estudo. Observou-se que na maioria das vezes, estas práticas são realizadas pelo enfermeiro e em raros momentos encontra-se mais de um profissional realizando a primeira escuta dos usuários e organizando seu acesso. Posteriormente o profissional da enfermagem assume outras atribuições, gerando assim a necessidade de que o acolhimento seja assumido por outro profissional de forma aleatória,

comprometendo outro colaborador da unidade, como foi visto na pesquisa com os profissionais da área administrativa. Isto ficou evidenciado no depoimento a seguir:

“Ajudar no que for possível, fazer o serviço bem feito”.

A equipe de acolhimento do dia e o acolhimento misto não foram encontrados nas unidades pesquisadas devido à ausência de mais de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, pois para que este formato de acolhimento aconteça é necessário duas ou mais equipes de saúde na mesma unidade. O modelo de acolhimento coletivo, permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de auto-avaliação dos riscos pelos usuários, isto conforme Ministério da Saúde⁷ (2011). Este modelo de acolhimento coletivo também não foi identificado na presente pesquisa, tornando-se inviável na realidade observada por estas unidades não disponibilizarem todos da equipe para atender a um grupo grande de usuários. Outro fator impeditivo é o espaço físico das unidades pesquisadas que não contempla uma sala própria para este fim.

Foi visto que todas as unidades pesquisadas realizam um atendimento baseado na escuta qualificada, de forma a filtrar as reais necessidades dos pacientes, para assim buscar a solução para seu problema. Fato este destacado no depoimento abaixo:

“A gente consegue captar o paciente quando começamos a ouvir. Eu tento conversar e ouvir, com calma. Assim consigo atender”.

Sendo assim, a escuta qualificada foi percebida como aspecto importante no ato de acolher pelos profissionais abordados na pesquisa, corroborando com os autores Duarte Jr; Scholze; et al⁸ (2009) que discorreram sobre a questão das diferentes experiências na implantação do acolhimento.

Percebe-se que a demanda espontânea é um fator que interfere nas práticas de acolhimento a serem pesquisadas pela equipe das unidades básicas de saúde. A busca pelo atendimento médico faz com que muitas vezes, o ato de acolher não aconteça, já que a prioridade é a intervenção médica. Essa cultura centrada no médico motiva o aumento da demanda espontânea e gera uma dificuldade de se exercer o papel da atenção básica, que tem como base o trabalho em equipe/multiprofissional e atenção básica em saúde. Já destacado e abordado nos parágrafos anteriores.

Desse modo, cabe atentar ao alerta de Campos; Neto; et al⁹ (2008), sobre a necessidade de se lidar com a demanda espontânea e com o inesperado na atenção primária em saúde (APS). Visto que a pressão da demanda espontânea tende, em geral, a acabar em atendimento médico. Observa-se que o “núcleo de competência” clínica do médico é mais amplo do que o de outros profissionais de saúde. No entanto, a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do “campo de competência” de todos os profissionais. As seguintes afirmações sinalizam que:

“As atividades já estipuladas, planejadas na UBS chocam com a demanda espontânea (acolhimento)”.

“Demandas de pronto-atendimento atrapalham os planejamentos e ações de prevenção e de promoção da saúde”.

Concluí-se que o acolhimento se não bem organizado pode transformar-se em um pronto atendimento, conforme explanado nos parágrafos acima. O planejamento em saúde, um apoio “administrativo” e técnico, assim como um número adequado de profissionais são essenciais para o desenvolvimento apropriado do acolhimento, onde se busca a satisfação do usuário e obtenha se possível, a resolutividade de seus problemas. Ao longo da pesquisa percebeu-se que o atendimento com resolutividade é o que os profissionais almejam. Isto ficou evidenciado nas falas dos profissionais citadas abaixo:

“Que ele saia satisfeito e com resolutividade dos problemas pelo qual ele busca solução.”

Segundo Beck; Mimuzi¹⁰ (2008 p.3):

“o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando demandas do usuário e replanejando o atendimento dos mesmos. Busca ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a organização do processo de trabalho nas unidades de saúde”.

O vínculo que se estabelece entre o profissional e o usuário é um dos pontos centrais desta proposta de trabalho. Para que ocorra o fortalecimento do vínculo é necessário estar atento as demandas explícitas e implícitas dos usuários.

Segundo os autores o acolhimento assume o papel mais importante do que uma triagem qualificada. Caracteriza-se por uma atividade que envolve a escuta, a identificação dos problemas e as possíveis intervenções para seu enfrentamento e resolução. Como já citado anteriormente é necessário qualificar a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço. Este relacionamento deve basear-se em aspectos humanitários de respeito, solidariedade, compreensão e a busca e resgate da cidadania. As potencialidades presentes neste processo são: a universalidade do acesso à saúde, a humanização da assistência e a reorganização do processo de trabalho em saúde. Aspecto este evidenciado nas falas dos profissionais entrevistados na presente pesquisa:

“A equipe trabalha também, na função de aliviar o sofrimento, melhorar a condição de vida, evitar e reduzir danos, favorecer a criação de vínculos”.

O acolhimento baseia-se na tecnologia leve de cuidado, a forma na qual se norteia as relações humanas e aqui também as relações de cuidado entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço. Assim, o cuidado se dá desde o momento de receber o usuário no serviço e a sequência de atos que o decorrem. Conforme evidenciado pelos profissionais entrevistados:

“Dou atenção, cada um é um caso, é preciso ter flexibilidade. A equipe tem que mudar a postura entre a equipe e com os usuários”.

Ao analisar os dados da pesquisa a universalidade de acesso esteve presente na fala dos profissionais, pois acolhimento busca garantir o acesso ao serviço, escutar os usuários e resolver seus problemas mais simples e se necessário encaminhá-los ou referenciá-los. Podemos observar este aspecto na fala abaixo:

“Pega o paciente, leva na sala de triagem, escuta as queixas, se puder resolver já resolve, se não encaminha para o profissional para o qual ele precisa”.

O acolhimento tem a função de inverter a lógica do funcionamento e organização dos serviços de saúde, assume a função principal de acolher, escutar e dar resposta positiva, que de forma ou de outra, irá interferir na saúde da população. Em muitos momentos da pesquisa percebeu-se um grande esforço dos profissionais de saúde em acolher a população mesmo que em muitos momentos este processo se dê de forma equivocada. Pode-se destacar a abordagem citada acima com a seguinte fala:

“Acolhimento é a porta de entrada, e é onde vão ter a impressão do posto”.

Ao analisar os dados coletados na presente pesquisa conclui-se que o acolhimento enquanto processo de trabalho apresenta-se como uma potencialidade, quando possibilita a ampliação dos espaços democráticos para discussão, para a escuta e as trocas. Conforme a fala citada abaixo:

“Receber o paciente ao chegar no posto, acolhê-lo, escutá-lo e encaminhar ao profissional para resolver suas queixas”.

Segundo Beck; Mimuzi¹⁰ (2008 p.4):

“O acolhimento pode revelar uma dinâmica instituidora que se abre as linhas de possibilidades, no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva.”

Pode-se afirmar desse modo, que as unidades pesquisadas baseiam suas ações em aspectos humanitários conforme citado pelos autores referenciados acima. O acolhimento realizado de forma humanizada torna-se então uma ferramenta que possibilitará a estruturação da relação entre a equipe de saúde e a população. Isto se dá pela capacidade da equipe em se solidarizar com as demandas do usuário e desta forma obter como resultado uma relação humanizada.

Conforme Beck; Mimuzi¹⁰ (2008 p.4):

“O acolhimento ainda é uma ação pouco clara para os trabalhadores das unidades de saúde da família – USF. É possível observar que embora os conceitos sobre acolhimento estejam apreendidos, a sua operacionalização ainda é uma ‘caixa preta’”.

Percebendo a relevância das afirmações dos autores, um dos objetivos da presente pesquisa foi identificar as dificuldades envolvidas para o desenvolvimento de práticas de acolhimento entre profissionais da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina.

Nota-se que o ato de acolher é um processo complexo que envolve fatores que vão desde a sua prática nas relações interpessoais, o arcabouço teórico, bem como os aspectos políticos e estruturais das unidades envolvidas.

Merhy; Feuerwerker⁶ inclui o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. O enfoque das tecnologias leves não está nos aspectos técnicos e sim nos aspectos relacionais. Diferindo da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras,

dependentes de equipamentos e nas leve duras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem.

Ainda na visão do mesmo autor, com relação ao acolhimento deve-se seguir a responsabilização, a resolução e a autonomização do usuário. Fato esse destacado na seguinte fala:

“Às vezes, escutar não tão difícil, mas é pela disponibilidade de tempo... elas tentam escutar, mas tem que agilizar, pois tem outro esperando. Também... não tem condições de ouvir todo mundo”

A fala dos profissionais entrevistados revela fatores que dificultam a realização do acolhimento conforme as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, sendo elas: a falta de capacitação dos profissionais; o processo de trabalho centrado no médico e na patologia, o que se resume ao modelo biomédico; a falta de organização do sistema devido inadequação das redes que formariam as linhas de cuidados, o que evidencia o distanciamento da gestão e Atenção Básica e a inadequação da estrutura física. Dificuldades estas também são destacadas por outros autores e estudiosos deste tema.

Um aspecto que recebeu destaque a partir das falas dos profissionais na presente pesquisa foi a falta de capacitação dos profissionais, que é interligada com a falta de preparo e a ausência de uma política mais efetiva de educação permanente, desde os conteúdos e temáticas mais básicas até os protocolos e temas mais específicos. Em algumas unidades foi observado que o agente administrativo e os agentes comunitários de saúde se responsabilizam pelo acolher em determinadas situações, fato este que pode vir a prejudicá-los, devido a falta de capacitação desses profissionais. Isso ficou evidenciado na entrevista com um dos colaboradores, onde este relata:

“Falta informação e preparo por parte dos funcionários. Faltam cursos para capacitação.”

Ao analisar os dados pôde-se inferir que os profissionais no cotidiano de suas práticas não relatam situações em que buscam a autonomia do usuário, os mesmos acreditam que devem realizar o acolhimento como uma forma de solucionar problemas imediatos. Fato este que revela certo despreparo dos profissionais, que fixam o foco na queixa principal, situação essa observada na seguinte fala:

“Sou clínico médico. Não posso atender questões psiquiátricas. Não tenho como.”

“Um outro profissional que falta, é complicado: psicólogo e psiquiatra. Outro dia vem alguém aqui conversar. Eu tentei orientar, porque era pensamento suicida. É difícil, não tem profissional.”

Outro aspecto evidenciado como dificuldade na presente pesquisa é o processo de trabalho centrado no médico e na patologia. Também em toda a bibliografia consultada, identificou-se que a prática do acolhimento fica a cargo da enfermagem, das técnicas de enfermagem e do profissional médico que faz a retaguarda para este atendimento. O que reforça o modelo acima citado de acolhimento centrado na doença, o que sobrecarrega a figura do médico e do enfermeiro. As falas a seguir nos remetem a esse forte apego ao atendimento biomédico, fato este identificado como limitador para a efetivação de um novo modelo de cuidado:

“O enfermeiro tem que decidir o que fazer. Complicado. Às vezes a gente consegue mandar direto para a emergência, mas tem gente que não entende. Quer ver o medico e não tem especialista. Tem que encaminhar”.

Esta dificuldade está relacionada à resistência em romper com os moldes tradicionais centrados na figura do médico. Em muitas situações o trabalho do médico fica em torno somente da agenda e das consultas, dificultando assim, a interação entre os profissionais da equipe. A figura do médico pode permanecer centrada nesta postura, o que o afasta da realidade vivida nas unidades de saúde. Desse modo, acaba por fragmentar a atenção ao usuário e sua participação em equipe. Logo, o médico acaba preso a um ciclo de atendimentos volumosos da demanda nele centrada, deixando de participar do todo que o cerca. O fato relatado acima faz com que o profissional médico vivencie conflitos nas praticas de atendimento, como citado a seguir pelo profissional entrevistado:

“Não tem como fazer grupos, ir para a escola, reunião de equipe (...). É tudo corrido. Só atendimento de demanda”.

Vários autores apontam este conflito na implantação de praticas de acolhimento devido à confusão com o atendimento as demandas espontâneas no formato de pronto atendimento. Tal fato é destacado por (FRANCO; JUNIOR², 1999, apud SCHOLZE; DUARTE; et al⁸, 2009) que relata em seu artigo as dificuldades encontradas na experiência com acolhimento. Aspecto relevante evidenciado em relação às linhas de cuidados em urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas. Tal distorção gera a discussão entre a forma de trabalho de Estratégia de Saúde da Família e Pronto Atendimento conforme nos mostram as falas seguintes:

“O PA manda o paciente de volta a UBS e isso aumenta a revolta do paciente”.

“Não tem reunião de equipe, de grupo, porque não tem tempo. Tem que atender”.

“A urgência fica sem acolhimento no posto...é inviável. A demanda é grande, não da conta!”

Essa percepção corrobora com o trabalho de Lima; Ramos¹¹ (2003), que aponta que os usuários relacionavam o acolhimento diretamente com a pontualidade dos médicos e a agilidade no atendimento da recepção, em unidades que preservavam um trabalho na forma médico-centrada, a partir da distribuição de fichas para atendimento. Esta mesma concepção foi mantida pelos próprios membros da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que relacionavam a organização do processo de trabalho da equipe com a falta de acesso ao atendimento clínico, e percebiam a ESF como dirigida aos usuários excluídos. Considerando esta premissa, não viam necessidades de maiores investimentos, mas, como adequada atuação de auxiliares de enfermagem na recepção, mesmo orientadas por opções limitadas de encaminhamento, utilizando a referência ao pronto-atendimento de acordo com a organização do trabalho, em lugar da necessidade do usuário. Nas unidades pesquisadas percebeu-se esta forte tendência medicalizante, como reforçada nas falas:

“No inicio me falaram para ir mais rápido, ouvia demais e atrasava os atendimentos”.

“O acolhimento aqui ocorre em casos de paciente de saúde mental ou hipertensos e diabéticos, porem a nossa maior demanda é de quadros agudos de alergia,

febre, dor de cabeça, dor de garganta, dor na coluna... estamos virando atendimento de emergência, daqui a pouco é melhor virarmos uma PA..."

Através da realidade pesquisada e da literatura o foco ainda está somente na queixa (aspecto biológico) e não na lógica centrada no usuário enquanto ser "biopsicossocial". O que fortalece a enraizada cultura de acolher a doença e assim centralizar o atendimento no profissional médico.

O modelo centrado na patologia a ser tratada pelo médico, chamado biomédico, apresenta-se fortemente enraizado na concepção dos próprios profissionais da saúde na atenção básica. Situação percebida na fala seguinte, a qual pontua o atendimento ampliado ao ser biopsicossocial como algo não inerente ao atendimento médico:

"A consulta médica acaba virando uma consulta biopsicossocial."

Percebe-se que mesmo que a implantação do acolhimento conduza os profissionais à prática dessa diretriz operacional, o deslocamento de algumas decisões, antes centradas no médico, para outros profissionais como técnicos e auxiliares de enfermagem, pode não ser bem compreendido pelos usuários. Os possíveis conflitos entre as propostas de descentralizar o trabalho da figura do médico e a concepção de atendimento em saúde trazida pelos usuários podem dificultar os esforços de comunicação, especialmente pela desvalorização dos profissionais que conduzem o acolhimento, gerando assim sobrecarga nas equipes de saúde, caso estas não sejam também acolhidas (OLIVEIRA, TUNIN e SILVA, 2008; PINAFO, LIMA, BADUY, 2008; SOUZA; et al, 2008 apud SCHOLZE, DUARTE; et al⁸, 2009). O exposto acima pôde ser evidenciado nas falas dos profissionais abaixo:

"Os funcionários devem ser melhor acolhidos, pois muitos pacientes chegam estressados. Deveriam compreender o lado dos profissionais também."

"O acolhimento nesta UBS é inviável por conta de falta de profissionais, ocorrendo na nossa primeira tentativa excesso de trabalho para a técnica de enfermagem que realizou a atividade, mas aceitamos sugestões de como implementar o acolhimento em nossa unidade".

Com os dados coletados na presente pesquisa, identificou-se que a falta de organização do sistema desarticula as redes de apoio à atenção básica na forma de linhas de cuidado. Os profissionais entrevistados que compõe a rede perceberam a fragmentação do cuidado quando buscam soluções as demandas dos pacientes acolhidos.

O modo como os serviços envolvidos no cuidado à saúde se organizam para atender as necessidades do usuário em todo seu trajeto é chamado linhas de cuidado. Para Franco¹² (2004), as linhas de cuidado operam em forma de inovação nas propostas assistenciais do SUS. Os relatos a seguir dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa demonstram sua percepção quanto à importância da organização das redes de saúde aparentemente desarticuladas no município:

"(...) a linha não funciona devido a "demora em conseguir especialista".

"As coisas tinham que ser mais rápidas. O processo tinha que andar mais, é tudo muito burocrático, muito demorado o atendimento ao paciente, podendo levar até um ano ou mais, para detectar que doença o usuário tem".

"A dificuldade é essa: o começo, começa; o meio também, mas o fim, não tem. O caminho é longo."

O autor ainda enfatiza que deve haver um pacto na construção da linha de cuidado, e a mesma é produzida através da adesão ao projeto terapêutico, a vontade política, aos recursos cognitivos e também aos recursos materiais. Agrega também a reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica, a capacidade de negociação e interlocução, a associação entre os aspectos técnicos e políticos, e o principal, a implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em saúde. Fatos estes que corroboram com as afirmações dos entrevistados:

"Tudo tem que estar em conjunto, pessoal da regulação, nós aqui (...)"

"Demora porque? Temos que saber porque para não demonstrar incapacidade e indignação ao sistema junto ao paciente, e dar uma explicação convincente".

"Na saúde as informações não se encontram, ocorrem mudanças no sistema sem explicação e sem avisos, não existem fluxogramas ativos e funcionais em todo o sistema de saúde municipal".

Essa fragmentação do cuidado percebida nas unidades de saúde trabalhadas gera distorções na prática do cuidado em saúde, pois deixa de seguir as normas de encaminhamento do sistema/serviço para dar lugar a troca de favores, questões políticas e benefícios particulares, como evidenciados a seguir:

"A gente sabe que vai chegar um momento que vai travar... no início eu ficava bem frustrada, pois não conseguia resolver o problema de todo mundo... Mas depois a gente aprende a utilizar outros meios".

As situações a seguir, mostraram a desarticulação entre as unidades de saúde e a gestão desde o processo de acolher até a questão da infraestrutura e as expectativas da população. Destaca-se também a importância da participação de todos os envolvidos no processo, a população, os gestores e os profissionais de saúde nos diversos níveis de complexidade do cuidado em saúde. Este aspecto se faz presente nas respectivas falas:

"A comunidade esta dobrando e as unidades tem a mesma estrutura de 5/10 anos atrás. Eles não investem nessa área de estrutura física".

Conforme evidenciado na fala citada acima, se notou que o aumento constante da população e a não expansão das unidades de saúde na mesma proporção faz com que não se consiga exercer o acolhimento de forma plena. Questão essa observada nas falas a seguir:

"Tão dando muita coisa pra UBS fazer. Eles tão passando pra gente e não dão estrutura nem equipe".

A meta estabelecida pelo gestor prioriza a quantidade de atendimento, conflitando com a idéia de proporcionar um atendimento de qualidade - ação esta que o profissional entrevistado tenta dar preferência, fato este mostrado na fala abaixo:

"Eles (gestão) dão mais importância à quantidade, do que à qualidade. Nós atendemos 12, mas todas muito bem atendidas".

Na fala a seguir foi bastante clara a questão da desarticulação entre a unidade de saúde e a gestão:

"O Gestor e a ponta deveriam falar a mesma língua". Falta de funcionários, estrutura, remédios é um grande problema. O Gestor deveria escutar mais a ponta".

O último fato que foi identificado como dificuldade é a inadequação da estrutura física das unidades de saúde. Este aspecto interfere diretamente nas práticas de acolhimento. O espaço físico inadequado gera sobrecarga de trabalho, problemas de

atendimento a demanda e por consequência a redução de atividades de promoção e prevenção. O dilema evidenciado acima foi exemplificado nas falas citadas:

"A estrutura física é péssima, temos condições de trabalho perigosas e o paciente nota tudo isso, e explode aqui pois é onde ele precisa vir e ser atendido".

"Em relação aos grupos, não da, porque não temos espaço. Estamos esperando a construção."

"A saúde em geral tá assim. Não tem estrutura em lugar nenhum."

Através dos estudos relacionados ao acolhimento, puderam-se perceber muitos avanços, porém, muitas dificuldades ficaram evidenciadas no que se refere a formação dos profissionais e a prática de saúde exercida pelos mesmos. Este deveria estar voltado para atenção integral ao indivíduo e não somente as queixas do usuário. O profissional deve compreender o acolhimento como uma nova política para a reorganização da oferta dos serviços de saúde, reconhecendo a complexidade da operacionalização deste processo.

5. Limitações Do Estudo

Na realização da capacitação na UBS 2, houve interferência na realização dessa em virtude da chegada do coordenador geral de saúde da Secretaria na Unidade, com isso encerrou-se as atividades daquele dia para que o estudo não sofresse mínima ou nenhuma interferência na coleta de dados.

Outro ponto a ser destacado como limitante no estudo foi a dificuldade do entrevistado em compreender os questionamentos acerca do acolhimento, de forma que o entrevistador não lhe fornecesse e nem influenciasse as respostas desse ao tentar esclarecer suas dúvidas.

Durante o período de elaboração do projeto e a pesquisa propriamente dita houve a troca de orientador, assim como de pesquisadores, logo, foi necessário um período de adaptação e ajustes não só do projeto, mas também de seus participantes para que os trabalhos pudessem dar seguimento.

6. Considerações Finais

O acolhimento apesar das diferentes formas de entendimento pelos profissionais representa uma grande conquista, principalmente ao usuário, isso não deve-se restringir ao repasse das informações para o usuário. Os profissionais de saúde não são os únicos a definir as necessidades de saúde, o usuário tem grande parte nisso. É importante que a comunicação seja efetiva para que os problemas sejam resolvidos da melhor forma possível, dessa forma ambos os lados (profissionais e usuários) saem satisfeitos com o serviço prestado. Muitas vezes o acolhimento demandará uma continuidade ao serviço prestado ou até mesmo um apoio matricial ou encaminhamento, não se limitando à queixa-conduta (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁷, 2011).

A importância de se ter uma equipe integrada e um bom relacionamento, assim como uma boa receptividade aos usuários, facilitam um acolhimento humanizado. Se a equipe está mobilizada fica mais fácil de articular este processo, pois é um processo dispendioso nos momentos iniciais podendo sobrecarregar os profissionais, pois, abre portas diante de uma demanda antes reprimida e cria novas expectativas. Apesar de ser uma cultura em construção, muitos profissionais já entendem o significado do acolhimento e passam a por em prática, mas, como o programa é novo, tem-se que ser

paciente para que haja toda uma reorientação no processo assistencial vigente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁷ 2011).

O acolhimento deve ser visto como uma ferramenta assistencial, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Isso faz com que os usuários deixem de ser pacientes para se tornarem participantes ativos em todo o processo da promoção de saúde. Percebeu-se que o Município caminha em direção a melhorias na saúde coletiva, apresentando possibilidades de construção de uma política mais efetiva relacionada ao acolhimento. Nesse sentido, a presente pesquisa pôde além de produzir conhecimento, ser uma ferramenta de transformação da realidade social, construindo uma Atenção a Saúde mais humanizada e eficaz em seus propósitos.

7. Agradecimentos

O projeto teve a participação de alguns integrantes que não puderam permanecer na pesquisa por motivos diversos, mas sua contribuição vale ser destacada em virtude da dedicação e por terem enobrecido o trabalho aqui finalizado. São eles: Samurana Machado Vieira, Isabela Siqueira, Ana Kovalski, Milene Inácio e todos os alunos participantes da área da Psicologia, Fisioterapia e demais voluntários.

8. Referências Bibliográficas

- 1 Tesser CD. **Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Ciência & Saúde coletiva. 15(3): 3515-624, 2010.
- 2 Franco Tulio B, Junior Helvécio M.M. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2ª edição; 2003.
- 3 Ribeiro LCC, Rocha Regina L, Ramos-Jorge Maria Letícia. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 26(12): 2316-22, dez, 2010
- 4 Silva Edna Lucia da, Menezes Estera M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 2001. 121 f. Dissertação (Pós-Graduação em Engenharia de Produção Laboratório de Ensino a Distância) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. [citado em 2013 maio 09]. Disponível em: <http://www.ufsc.br/pesquisa>.
- 5 Gil, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- 6 Merhy, EE, Feuerwerker LCM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In: Mandarin Ana Cristina de Souza; Gomberg Estélio. Leituras de novas tecnologias e saúde. 1. ed. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, p. 29-56.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea.** Brasília – DF, 2011: 1(28), série A, Normas e Manuais Técnicos, Secretaria da Saúde, Departamento de Atenção Básica; [citado em 2013 maio 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf.
- 8 Scholze Alessandro da Silva. Duarte Jr, Carlos Francisco. Silva; et al. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Comunicação Saúde Educação. 13 (31); 303-14, out./dez, 2009.
- 9 Tesser Charles D, Neto Paulo P, Campos Gastão WS. **Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.** Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva. 15(3), 2008.
- 10 Beck Carmem Lúcia C, Minuzi Daniele. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica.** Saúde, Santa Maria. 34 (1-2); 37-43, 2008.

11 Lima Maria Alice DS, Ramos Donatela D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 19(1): 27-34, jan-fev, 2003.

12 Franco Tulio B. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: HUCITEC; Chapecó, Prefeitura Municipal, 2004.

Artigo Recebido: 18.12.2014

Aprovado para publicação: 04.05.2016

Juliana Martins Fermino

Universidade do Sul de Santa Catarina -UNISUL

Av. Pedra Branca,25- Cidade Universitária

CEP: 88137-270 Palhoça, SC – Brasil

Email: juli.m.fermino@gmail.com
