

**Grupo de Estudos em Saúde da Família**  
**Tema Acolhimento**

**Leonardo Cançado Monteiro Savassi**  
**Rodrigo Pastor Alves Pereira**  
**Joana Lourenço Lage**  
**Maria Aparecida Turci**  
**Marília Kathya Coutinho**

*A idéia é que o Grupo de Estudos em Saúde da Família não se encerre ao final da reunião, mas que seja o início de um amplo e extenso debate virtual, com o máximo possível de participações, para que possamos construir um marco teórico a partir de mais experiências exitosas, através de uma ferramenta on-line ainda a ser definida.*

*Leonardo Cançado Monteiro Savassi*

*Em todos os momentos da historia do Programa Saúde da Família, em nossa vivência de profissionais da ponta, houve a necessidade de se definir um Marco Conceitual para o Acolhimento. Procura-se aqui definir quais são as boas experiências em acolhimento. Que na verdade, é um termo bem nacional, de pesquisadores brasileiros do LAPA/UNICAMP. Não há um termo equivalente internacional, porém o Acolhimento segue o caminho das funções da APS definida por Bárbara Starfield. É um instrumento que potencializa as ações da APS. A idéia deste módulo é discutir como ele potencializa as quatro - ou onze - funções da Atenção Primária, e a preocupação é de trazer para a discussão as pessoas que vivenciam não a teoria, mas a prática do Acolhimento na Estratégia Saúde da Família no cotidiano das USF. Há um material muito rico a partir dos cursos de especialização do BHVida e Veredas, de onde vem algumas das experiências exitosas.*

*Rodrigo Pastor Alves Pereira*

*O Grupo de Estudos em Saúde da Família é uma oportunidade de aprofundamento teórico, sobre a prática diária das Equipes de Saúde da Família, mas também de formação de identidade da estratégia Saúde da Família e dessa Especialidade, a Medicina de Família e Comunidade. (...) Creio que esta discussão não pode terminar aqui e, mais que a ampliação virtual desta, precisamos de novos momentos como este para colocar frente a frente a gestão e os profissionais para trocar experiências.*

*Maria Aparecida Turci*

*“Acolhimento abre portas e me sinto acolhida aqui. Não há como falar de acolhimento sem falar de humanização, pois é ferramenta da humanização, e não há como falar de humanização sem falar da humanização para o trabalhador da saúde, que lida numa fronteira cruel. Todos lidamos com a pobreza e ela é cruel para quem está lá e para quem se vê diante dela e tem que achar soluções alternativas, definitivas, paliativas ou de suporte. A humanização do SUS como um todo passa pela Estratégia Saúde da Família, passa pela redução de indivíduos por equipe. Não há como dar acolhimento, atendimento, consulta qualificada se você não tiver tempo para ouvir e chance de poder sentar e olhar no outro.”*

*Joana Lourenço Lage*

*“Nesse momento, é importante dar uma parada, fotografar a situação e visualizar saídas. Registrar o processo de trabalho é importante para enxergar as coisas, para ver como trabalhamos para ver nossos defeitos e mudar. Usar o instrumento da pesquisa para orientar os caminhos. Estamos construindo o SUS, é um modelo novo. O BHVida/ Saúde integral apareceu ontem, vem para enriquecer o cuidado básico mesmo, para ver indivíduo de modo integral. Irrita ver o paciente que aguardou 2 horas pelo atendimento médico e não teve ao menos seu cartão de vacina checado. Precisamos avaliar o profissional que temos na rede e construir este profissional.”*

*Marília Kathya Coutinho*

## **1. Definição**

Instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na sua relação com o usuário do serviço de saúde **(1)** No *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*, o termo *acolhimento* está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. No *Dicionário Houaiss*, o termo *acolhimento* não existe, porém *acolher* significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração” **(2)**.

## **2. Introdução**

A conceituação do acolhimento passa, necessariamente, por uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde. Os serviços de saúde, ao contrário de outros serviços do mundo industrializado, têm como marca a necessidade de reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo na produção da saúde. Nessa relação, o médico muda o seu objeto de trabalho (da doença para o doente) e faz surgir a necessidade de novas tecnologias em saúde, dentre elas o acolhimento. O uso sistematizado do conceito e a produção científica vinculada ao Acolhimento, em Atenção Primária à Saúde (APS), datam do início da década de 90, com os trabalhos do grupo de pesquisadores do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (Lapa/Unicamp). À época o conceito de acolhimento utilizado é, segundo Deborah Malta (1996), *uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/ responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção* **(3, citado por 2)** Ou ainda, segundo Fracolli, L.A. (2001) *é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a*

*identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde (4, citado por 2).* Estas definições incorporam à análise os pressupostos da transdisciplinaridade e da valorização do trabalho em equipe, tão caros à mudança paradigmática que o PSF do Brasil deseja pôr em curso e faz do acolhimento uma tecnologia brasileira em sua essência.

### **A interface com os conhecimentos de APS**

De encontro a tendências recentes da pesquisa em APS, o acolhimento parece encontrar eco em trabalhos que apontam a importância do vínculo (“medical home”) e da acessibilidade nos resultados dos cuidados de saúde (5). O conceito de APS (Bárbara Starfield, 2004), base da sistematização do estudo do acolhimento, é o somatório de funções a se cumprir dentro do sistema de saúde, que explicitam a peculiaridade desse nível de atenção. Mais do que identificar a APS como *local* de prestação de cuidados (como unidades básicas de saúde), ou tipo de profissional prestador, tal arranjo permite comparar com base em elementos funcionais os vários arranjos de APS, inclusive de tipo de serviço e de profissional prestador do cuidado. A pesquisadora utiliza as seguintes funções para avaliação da APS: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados.

É importante explicitarmos melhor tais funções da APS, como forma de localizar e contextualizar o objeto de estudo.

- 1) **Atenção ao primeiro contato / Acessibilidade:** A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção. Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada.

*A idéia de uma “porta” faz sentido. Primeiro, a pessoa não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a muitos de seus problemas. Os indivíduos que acreditam que têm um problema de saúde deveriam poder consultar com um profissional que pudesse ajudá-los a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional ou se é um problema auto limitado que não necessita de atenção adicional. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho e orientação de um médico de APS facilite a seleção da melhor fonte de atenção (6).*

A atenção ao primeiro contato faz com que surjam desafios na prática profissional caros à APS : a influência do contexto social nas manifestações das doenças, a variedade de formas de apresentação das mesmas, a inserção do cuidado em momentos precoces do surgimento dos quadros mórbidos, entre outros. Entretanto, são esses mesmos desafios que permitem que a APS seja considerada como porta de entrada do sistema de saúde, superando em benefícios os outros níveis de atenção quando assim utilizados. É através do reconhecimento tácito da multicausalidade e dos determinantes sócio-culturais do processo saúde-doença que o nível primário de atenção consegue adequar o cuidado às características das pessoas e comunidades. Vários estudos mostram a maior adequação do cuidado, além de melhor relação custo-benefício, da utilização da APS como porta de entrada do sistema. A *acessibilidade* é o elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção ao primeiro contato. A grosso modo, o indivíduo irá utilizar ou não o

serviço de saúde dependendo do grau de acessibilidade do mesmo. Aqui entenderemos a acessibilidade como a adequação entre a oferta de serviços e a demanda por esses serviços e a subdividiremos em: disponibilidade de serviços, acessibilidade geográfica, comodidade ou acesso sócio-organizacional, possibilidade de pagamento ou acessibilidade financeira e aceitabilidade.

- 2) Longitudinalidade: “capacidade de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (7). *O alcance da APS implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como ‘sua’; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa ( não para a doença); e que esta relação existe por um período de tempo definido ou indefinido, até que explicitamente seja alterada.*
- 3) Integralidade: o conceito de integralidade aqui expresso exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-la. O recurso identificado como necessário nem sempre é disponível ou capaz de ser prestado por esse nível de atenção, porém é o reconhecimento das necessidades e a relação entre indivíduo/coletividade/equipe, para alcança-lo, que melhor descreve o conceito de integralidade.
- 4) Coordenação da atenção: “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Tal descrição ilustra bem o papel do profissional de atenção primária em relação aos indivíduos por ele atendidos. *A coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.* Diz respeito também ao exercício da referência e da contra-referência entre os serviços de saúde, com foco na pessoa e “advogando” para a mesma dentro do sistema de saúde.

### **A interface com os conhecimentos da ESF**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no SUS em 1994, é hoje norteadora da política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil e tem como objetivo “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde- doença e da necessidade de ações que vão além da prática curativa” (MS 1998). A unidade de saúde da família estrutura-se em princípios de: territorialização/adscrição de clientela, integralidade, hierarquização, caráter substitutivo da UBS’s e trabalho em equipe multiprofissional. Estes conceitos apontam para as potencialidades do acolhimento, enxergado como ação de saúde, como ferramenta transdisciplinar em APS que encontra subsídios importantes nos objetivos do PSF.

O acolhimento aumenta a utilização da ESF como “porta de entrada” se influenciar positivamente o padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e em questões sócio-organizacionais do serviço tais como: horizontalidade das relações

cuidador/indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas e oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população, entre outras. Parece afetar o caráter de longitudinalidade do cuidado, na medida em que objetiva a formação de vínculos pessoais e duradouros e a identificação e responsabilização mútua entre equipe/indivíduo. Potencializa também a integralidade do serviço, na medida em que facilita aos cuidadores acesso aos problemas dos indivíduos e reconhecimento de necessidade de novos saberes, tecnologias, materiais e insumos que possibilitem uma prática mais integral. Por último, parece afetar a coordenação de cuidados através da percepção de novas necessidades e a integração das informações anteriores sobre o indivíduo na abordagem desta, seja no próprio serviço ou em outro nível de atenção.

Ainda assim, com tantas potencialidades, o acolhimento encontra dificuldades na apreensão de seus conceitos por parte dos trabalhadores em saúde. As equipes de saúde freqüentemente deparam-se com questões como:

- quem acolhe?
- qual é o horário do acolhimento ?
- em qual lugar?

Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de apreensão, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento. O mesmo não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo, devendo a "postura acolhedora" fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos, facilitando o cumprimento das funções da APS. No dia-a-dia das unidades de saúde, as equipes devem se preparar para utilizar a sua infra-estrutura de forma criativa, garantindo os pressupostos do acolhimento, adequado às realidades locais. Em um viés psicanalítico, as equipes devem estar atentas às limitações do acolhimento. Reconhecer e acolher o desejo do outro não implica na sua satisfação. Segundo Freud, o mal-estar origina-se da imposição de limites ao desejo, fato gerador de sofrimento, porém regulador e ordenador da vida em sociedade. A preparação dos profissionais para a função do acolhimento deve reconhecer as teses acima e ampliar o entendimento das relações equipe e usuários e dos membros da própria equipe. É desejável que o sentido de acolher ultrapasse as fronteiras da relação equipe/usuários e comece a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no dia-a-dia do trabalho, estimulando seus membros a relatarem dificuldades que podem ser trabalhadas dentro da equipe ou não. A idéia básica do acolhimento é oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

### **Em que consiste o acolhimento enquanto diretriz operacional**

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O tema do acolhimento apresenta, portanto a possibilidade de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade. Enfim, que a proposta de acolhimento não seja descendente: instituição-equipe-usuário, e sim que esteja presente nas várias relações oriundas do trabalho em saúde. A somatória dos relatos e propostas acima traz em si um novo desafio: perceber o acolhimento como imperativo ético na humanização do processo de trabalho em saúde.

### **3. Experiências de Acolhimento em Minas Gerais: O caso de Belo Horizonte**

**BREVE HISTÓRICO:** Belo Horizonte vinha reestruturando o SUS desde a década de 80, mas busca o referencial teórico do acolhimento em 1994, com a implantação do “Projeto Vida” (reorganização da atenção à saúde da criança para redução da mortalidade infantil). O Município desenvolve uma série de ações para a melhoria da atenção, com ações como a Busca ativa ao RN em situação de risco, definição de risco, e percebe que quando estes clientes acompanhadas precisavam no atendimento no CS, não tinham acesso, indo para o PS ou mesmo a óbito. Identifica-se então “o não acesso como problema” nos processos agudos, já que os demais clientes de “programas” como gestantes, hipertensos, com acesso a rede básica, mas quando estavam fora do enquadramento, havia a dificuldade de acesso. Sob a necessidade de rediscussão do processo de trabalho é feita a proposta de implantar a idéia do acolhimento (8).

A PBH evolui entre 1995 a 2002 com poucos avanços limitados: acolhimento restrito ao distrito piloto (em quase todos os CS) e experiências pontuais (dependia do interesse e do desejo) com pouca institucionalização na rede, visando melhoria do acesso a APS, mas identifica a falta de uma parte da assistência para dar a resolutividade (a integralidade), e ainda o problema da vinculação ao CS (responsabilização). Neste momento surge a demanda de implantação do Saúde da Família (2000: Implantação do PACS; 2002: Implantação PSF). (gráfico)

Em janeiro de 2002 a PBH tem implantadas 172 equipes, e já em junho do ano seguinte chega a mais de 450, sendo que até Março 2005, 506 equipes. É, portanto, uma implantação robusta, rápida e maciça, de conversão de modelo, ocupando uma rede já existente ao contrário de outros locais, com conversão da rede, significando a ampliação de quase 200% em hora/trabalho/enfermagem e quase 100% de hora/trabalho/médico. Com potencial para possibilitar acesso e ações ampliadas. No ano de 2003 é implantado o programa BH-Vida: Saúde Integral, com uma discussão mais profunda da questão da integralidade, a partir do crescimento da rede básica. É realizado o Seminário para reorganização da atenção básica, de onde saíram Diretrizes assistenciais pactuadas por todos os CS da cidade. Na época a SMS ia aos CS para discutir a questão do funcionamento das UBS, dos horários, e do acolhimento, tempo para o mesmo, dentre outras ações, sendo utilizado o conceito de Débora Malta: “(...) mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população.” (MALTA et al, 1998, p. 128). Há um movimento vigoroso da rede de reestruturação do processo de trabalho resultando em 2004 em um aumento robusto do atendimento, em que pela média, cada morador de BH foi atendido em uma USF ao menos uma vez ao ano. Ou

seja, 20.000 passam por dia nos CS cidade sem agendamento, fora as que vão agendadas, para vacinação, medida da PA, etc. numa média de 62 pessoas por CS.

Diagnostico de situação, realizado em 2004, demonstrou que o acolhimento já é uma política institucional, que está incorporado às práticas da rede, que ampliou o acesso, porém que há a inexistência de um “padrão de acolhimento”. A realidade atual da capital:

- 504 equipes implantadas
- 140 Unidades Básicas de Saúde
- 2.200 ACS
- 76% de cobertura da população
- 1.500 milhão de indivíduos cadastrados
- 192 equipes de saúde bucal implantadas
- 65 equipes de saúde mental
- Outros médicos e especialidades que permaneceram na rede: 195 médicos pediatras, 112 clínicos e 145 ginecologistas de apoio.

Foram apontados os seguintes problemas em relação ao acolhimento na rede:

- “Portas escancaradas”: banalização do atendimento em saúde (consultas banais, um possível fácil acesso levou a banalização do uso da UBS)
- Dificuldade de escuta qualificada diante da demanda volumosa
- Despreparo para a clínica ampliada (não se sabe o que é clínica ampliada, e com um instrumental biomédico de formação falho. Para que lado ampliar a clínica? Social? Psicanalítico? Epidemiológico?).
- Predomínio da “lógica médica”, o objeto do desejo é a consulta médica, e funciona como “a equipe poupando a agenda”.
- Só a atenção básica abriu as portas: outros níveis e outros setores não. Embora a Escola tempo integral esteja em discussão.
- Falta de consenso sobre a participação do médico na linha de frente do acolhimento (alguns CS levam o MFC para a primeira escuta, outros que a presença do mesmo na linha de frente modificava a procura da população, levando os “agudos”).
- Sobrecarga do enfermeiro (quase dedicado ao acolhimento)
- Dificuldade de conciliar acolhimento e atividades programadas
- Busca, no acolhimento, da consulta médica, como um mau entendimento a respeito, mas apenas como mais uma etapa no “difícil processo de conseguir a consulta”
- Desgaste dos trabalhadores: dentre os motivos de desligamento da UBS, demanda excessiva, além do vínculo.

Uma ampla escuta da questão do acolhimento gerou o conhecimento da existência de **múltiplos conceitos**, de acordo com vários grupos de trabalho realizados com membros da equipe, usuários, gestores, a maioria deles errôneos ou deturpados, como a seguir:

**Triagem** para a consulta médica; onde o enfermeiro não se sente capaz de triar para o médico, e o médico critica o acolhimento que não foi “bem triado”

**Atendimento da demanda espontânea:** para sobrar espaço para os grupos, como consultas normais.

Local de **agendamento de consultas** ou outras ações (inclusive porque a agenda está na sala do acolhimento)

**Recepção** do usuário no centro de saúde

**Serviço ou setor** do centro de saúde (assim como a vacina, a sutura, a farmácia)

**Modelo de atenção!** (como se fosse um modelo substitutivo ao PSF e não como um dispositivo do mesmo, às vezes como concorrentes)

Possibilidade de atendimento do **caso agudo**. (“acolhimento é só quinta, mas o agudo eu atendo todo dia”)

Diretriz da **humanização** dos serviços

Possibilidade de **escuta qualificada**

**Postura acolhedora:** o local do CS para ser simpático e acolhedor com a população, como se não fosse necessário ser acolhedor no resto do CS.

Quadro 1. Avaliação dos Gerentes de CS:

**PARES DE OPOSTOS**

Discriminação de vulnerabilidades diferentes com encaminhamentos para atividades programadas	Predomínio da escuta de queixas → atendimento agudos (Pronto Atendimento)
Múltiplas entradas	Porta única
Encaminhamento do acolhimento para Diversidade de atividades (grupos /visita domiciliar/plano terapêutico)	Encaminhamento para consulta médica ou de enfermagem
Acolhimento geral	Acolhimento por equipe
Acolhimento o tempo todo	Acolhimento com horário fixo
Clientela cativa / freqüente usualmente o Centro de Saúde	Clientela “solta”/ usuário ocasional
Escuta qualificada	Triagem/disciplinas/BARREIRA
Acolhimento/Escuta Qualificada/Vínculo/Autonomia	Patologização da demanda/ciclo vicioso da medicalização (redução do tempo para conseguir exames e receitas )
Satisfação dos trabalhadores/compreensão da proposta e incorporação	Desgaste da equipe/estresse/sofrimento/”limite”
Gerente coordenador e planejador	Gerente assistencial
Acolhimento é porta aberta, escuta humanizada, garantia de acesso	Acolhimento como “barreira”, demora no atendimento, falta de privacidade “varias pessoas juntas, um paciente escutando o que o outro esta dizendo”
Acolhimento como estratégia para captar pessoas para programas	Acolhimento desorganiza os programas

## O QUE NÃO DEVE SER O ACOLHIMENTO

- Triagem para a consulta médica unicamente (mesmo reconhecendo que uma escuta eficaz pode criar novas alternativas na atenção ao usuário, racionalizando a utilização das consultas médicas) “que bom que as consultas médicas aconteçam no momento oportuno para as pessoas que conseguem-nas no momento oportuno”.
- Estratégia de disciplinamento da demanda (todo mundo vem no acolhimento de manhã, acabando com a fila, e simplesmente mudando a fila de lugar e horário).

## O QUE DEVE SER

- Dispositivo para garantir a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, ultrapassando a lógica "programática" – os nossos usuários da rede básica não são os mesmos de 15 anos atrás, com problemas diferentes, e não tão estruturados em protocolos e programas, necessitam abordagem individualizada.
- Espaço para a escuta qualificada e reconhecimento das necessidades dos usuários
- Espaço de reconhecimento de risco e vulnerabilidade dos indivíduos – necessitamos de retirar a pessoa do acolhimento para um grupo de apoio, ou mesmo consulta, além da vulnerabilidade pré-definida (idade)
- Espaço pedagógico para atuação da equipe envolvendo novos saberes e tecnologias, realizando a clínica ampliada
- Postura das equipes de saúde (deve ser a postura da equipe “acolher”)
- Deve estar presente em todos os espaços e momentos de encontro

ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DE PORTA DE ENTRADA DA DEMANDA ESPONTÂNEA  
São apontadas estratégias visando uma organização melhor do serviço, não sendo aqui interpretadas como regras ou normas:

**1) Conhecer a demanda:** perceber o que é a demanda, o que casa mais demandas e criar fluxos e estruturação. Outra opção é retirar os agendamentos do acolhimento, reduzindo a demanda. “Sair do congelamento da atual demanda e da postura de “reféns” para uma postura mais pró-ativa”.

### **2) Sugestões para o atendimento à demanda espontânea**

- Estruturar portas de entrada distribuídas pelo horário de funcionamento do CS.
- Informar e orientar sobre o funcionamento do CS, sobre atividades ofertadas e agenda das equipes
- Reforçar recepção como o local prioritário de agendamento, e não o “Acolhimento” ou sua estrutura física.
- Criar outras portas de entrada, outros fluxos, outros direcionamentos
- Presença do médico na linha de frente do atendimento à demanda espontânea? (Questionável)
- Viabilizar tempo para todas as atividades propostas - AGENDA
- limite de 25% do tempo despendido: “não fazer só acolhimento”
- Deixar pessoa de referência para escuta e principalmente para identificar os casos agudos

### **3) Novas formas de organização do CS**

- Aumentar o grau de autonomia do usuário (até que ponto a porta aberta aumentou a dependência das pessoas pelo serviço para as ações em saúde, ensinar a cuidar)
- Planos de ação para os doentes crônicos (projeto terapêutico).

- Grupos de hiperutilizadores - Não apenas atende-los via acolhimento, que não será resolutivo.
- Ampliar cardápio conforme necessidades levantadas no próprio acolhimento: violência doméstica, egressos hospitalares, busca ativa, visita domiciliar, etc.
- Utilizar informações em saúde
- Outros dispositivos de escuta e identificação de vulnerabilidades: ACS (trabalhar melhor o ACS par auxiliar a acolher), vigilância à saúde, reuniões com a comunidade
- Estudar eventos sentinela para analisar possíveis problemas de fluxo ou referência
- Destacar “prontuário grosso” para propor plano terapêutico
- Elaborar e publicizar a agenda da equipe: instituir o dia “do retorno” dia “do INSS”

#### **4) Relação entre as Equipes**

Criar espaços de troca de informações entre as equipes: troca de informação entre UBS e SMS, entre uma unidade e outra, etc.

#### **5) Relação com a comunidade**

- Informação e divulgação aos usuários dos horários de funcionamento e serviços existentes no CS
- Identificar espaços de convivência na comunidade ou estimular sua criação para redirecionamento das demandas
- Realizar abordagens coletivas na recepção – reunir os pacientes, para ensinar o funcionamento, antes mesmo do acolhimento.
- Utilizar o "Guia do Usuário" do SUS-BH
- Realizar seminários com a população
- Resgatar sabedoria popular e implicar os usuários no seu processo saúde-doença
- Criar estratégias de comunicação com comissão local e comunidade
- Finalizando: não é mágico, um passo depois do outro, necessitamos que as equipes sejam ajudadas. Há hoje inclusive um desgaste da palavra “acolhimento”, deseja-se ressignificar o termo. Uma posição mais pessoal.

#### **4. Experiências de Acolhimento: avaliação do usuário hiperutilizador.**

Todo mundo que trabalha em Saúde Pública tem esta percepção e conhece os hiperutilizadores, e sabe que eles “incomodam”. Estão presentes sempre no CS.

1) Introdução: A presença do usuário chamado no jargão da equipe de hiperutilizador é uma realidade local dos centros de saúde. Foi realizada então pesquisa na tentativa de identificar alguns elementos integrantes do processo saúde-doença que não estavam sendo percebidos pela equipe, o que demanda um olhar ampliado, com abertura para outras áreas além da contribuição do dia a dia, lançando mão de uma visão antropológica (contexto social, cultural, experiências de vida, relações afetivas e no trabalho), com análise dos signos, significados em suas falas e representações no processo saúde-doença

Proporcionou-se então uma ampliação terapêutica do Serviço de Saúde baseado no tripé de integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade.

2) Caracterização do problema: Objetivos: analisar mais a fundo quais elementos que estavam nesta formação deste processo de amadurecimento. Grupo caso composto pelos usuários do centro de saúde (agosto a novembro de 2003) mais do que 4 visitas neste período como critérios de inclusão, e com critérios de exclusão aqueles que não eram adscritos, os que tinham necessidades especiais plausíveis para o retorno acima de 4 vezes, os que tivessem déficits cognitivos que impedissem-nos de entender o trabalho/termo de

consentimento. Magnitude: percebeu-se a partir do trabalho, a importância para a atuação da própria equipe. Transcendência: esperava-se que estes elementos poderiam estar auxiliando em outras áreas além da saúde. A respeito da vulnerabilidade, ESF tinha controle “bastante razoável” desta seleção destes casos nas fichas de produtividade e nos prontuários.

3) Metodologia: Baseado em coleta de dados no CS Itamaraty, chegou-se ao grupo caso composto por 10 mulheres com idade entre 30 e 67 anos, as quais foi aplicado questionário semi-estruturado. A área de cobertura do Centro de Saúde é de cerca 17.000 habitantes distribuídos em 3 equipes, com uma barreira geográfica (Lagoa da Pampulha) significativa. Em cima deste grupo foi aplicado um questionário de 6 perguntas. Os resultados foram detalhados, mas são sintetizados a seguir:

- 1) O senso comum na definição de saúde, com o objetivo de desfocar a questão da doença, e entender o que é a saúde para estas pessoas: “Quando eu falo a palavra saúde o que te vem na memória?” Representações individuais em relação ao conceito de saúde, o foco da pergunta está voltado para seus conceitos, para a experiência individual. “Saúde” para essas usuárias compreendeu os seguintes aspectos, identificadas em várias respostas diferentes: “bem-estar”, “uma busca”, “não ter doença”, rotina de vida ativa e ausência de preocupação, saúde fragilizada (mesmo o conceito de saúde remetido automaticamente a doença), “cuidar da saúde”, “fazer o controle”, “ter sossego”, “Saúde é não sentir nada”, “Ter saúde para poder lutar”, destacando o conceito de saúde como evidência da doença.
- 2) Foco no interior do sujeito, colocando-o como o objeto e o objetivo da reflexão. A construção do “eu” saudável: “Você se percebe uma pessoa saudável?” Não se sentir saudável é uma constante nas entrevistas realizadas. Parece haver uma condição em que a doença é algo “desejado” ou “sempre esperado”. Ela parece possibilitar aos sujeitos a ampliação de seu campo relacional, vinculado aos sentimentos de compaixão, e solidariedade que os seres humanos estabelecem com as pessoas que são portadoras de doenças, isto ouvido do próprio paciente.
- 3) Transcendendo o modelo pessoal de saúde. “Você percebe alternativas, ou sabe se existem alternativas mais saudáveis para a sua vida?”. Nessa questão pretendia-se fazer emergir, todos os “espaços” que pudessem possibilitar melhorias na qualidade de vida e na saúde das entrevistadas. (você tem condição de sair disto?) As respostas foram: ir ao psicólogo, ter ocupação, caminhada, igreja, sair, passear, lazer, preocupar menos, Yoga, não beber, não fumar, dormir bem, ver jornal, ficar em casa, chás, ir ao médico, trabalho voluntário, remédio, namorar.
- 4) Fatos, memórias e processos de saúde: “Descreva um fato que te vem na memória, que marcou a sua vida”. “Existe algum fato relacionado a sua saúde que te marcou?” tentativa de descobrir como sua experiência de vida, pessoal, social, cultural pode ter influenciado no processo de adoecimento, em uma visão realmente mais antropológica: Reconstrução dos fatos, das histórias, dos momentos importantes: compreensão ampliada dos sujeitos, valorizando e reconhecendo suas experiências como coprodutores de seus conhecimentos correlacionados com suas questões de saúde. Todos tinham um fato a relatar e estes tinham uma conexão direta em seu processo de

adoecimento, sendo este um processo muito mais amplo, dinâmico, com raízes em todas as questões de vida.

- 5) Um ensaio para a construção da identidade: “Você é hoje a mesma pessoa de vinte anos atrás?”. Essa questão tinha uma finalidade de intervenção, pois pressupõe que a partir desse momento o indivíduo passará a observar o “eu”, isto é, se tornara um objeto de conhecimento. Essas tentativas de construção de “identidade” podem ser vistas quando os sujeitos trazem para o discurso elementos que fazem parte de si próprio. A percepção de si próprio e o auto-conhecimento, possibilita brechas para que possamos levantar em um atendimento com esse usuário pontos de reflexão sobre questões ligadas ao sujeito que estariam diretamente relacionadas com os sintomas e com sua forma de adoecer ou manifestar a doença.
- 6) Criando “novos” significados para o Centro de Saúde: “Na sua opinião o centro de saúde responde as suas expectativas no sentido de resolver suas questões de saúde?” As usuárias mostraram perceber no centro de saúde uma importância muito grande, tanto como um espaço de saúde, quanto como um espaço de lazer, de afetividade e muitas vezes como o único local de demonstrar seus sentimentos. A maioria tem uma visão positiva, sendo o único local onde as pessoas podem demonstrar o seu sentimento, conversar e ser ouvido, um local de escuta. Outro fato importante é que na visão dessas usuárias a respostas as suas questões de saúde tem sido eficazes.

4) Considerações: É importante destacar neste processo a diferenciação feita a partir dos profissionais da ponta a respeito da dicotomia Doença x Pessoa doente, como conceitos completamente diferentes. o cotidiano, lida-se com pessoas doentes com uma bagagem de vida. Há a necessidade de se buscar o equilíbrio entre o uso do Saber técnico x Abordagem do Indivíduo. O Saber nosso é anterior ao paciente, porém o usuário não conhece a doença, não conhece as conseqüências. E é importante para o doente ser informado, ser incluso no processo terapêutico, para haver inclusive maior adesão do paciente. O adoecimento funciona como forma de comunicação, ou seja, o paciente vai ao CS para ser ouvido. A doença é uma forma de se comunicar, para ser acolhida, para ser ouvida. Dentro do processo de trabalho em saúde familiar e comunitária: importância da inserção do indivíduo na sua família e na sua comunidade, e todos os eventos que funcionam como fatores de risco, fatores predisponentes. Estabelecimento do diálogo, comunicação, informação que eu tenho nem sempre é a mesma que o meu paciente vai ter. Estes pacientes precisam utilizar o serviço de saúde, com sobrecarga, com demanda excessiva, para tentar uma resposta para seus problemas, e o sistema não consegue dar uma resposta simplesmente com os meios convencionais e técnicos habituais. No caso em questão, os pacientes foram encaminhados para grupos de relaxamento, dentro da própria USF.

### **5. Experiências de Acolhimento: avaliação do profissional de Saúde**

Apresentada a experiência do Centro de Saúde Primeiro de Maio, uma avaliação do processo de Acolhimento por parte dos profissionais da equipe. O estudo mostra inicialmente que a maior busca pelo atendimento no CS, no período estudado, é da mulher. Dado esperado pela ESF, pois “demonstra o comportamento da mulher em cuidar de sua

família e de si mesma”. Esse dado sugere falha em atingir a universalidade da população, pois a parcela do sexo masculino que busca o atendimento está em menor proporção.

Foram atendidos, no acolhimento, usuários de todas as faixas etárias, porém as faixas etárias que mais demandaram atendimento foram: a de 30 a 49 anos (25,5%), os maiores de 60 anos (15,5%), as crianças de 1 a 5 anos (13%), e os adolescentes (13%).

Quanto ao tempo de espera, 18% da população foi atendida, no acolhimento da ESF em menos de 1 hora. O tempo de espera para o atendimento está explicitado na tabela abaixo:

Tabela 1. Tempo de espera pelo Acolhimento da ESF 1 , no período de 17 a 29 de fevereiro de 2003.

<b>Tempo de espera</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 hora	36	18
Uma a 2 horas	86	43
Acima de 2 horas	14	07
Ignorado	64	32
Total	200	100

Chama a atenção é que 32% dessa população não teve seu horário de saída registrado, demonstrando mais uma vez o descaso com seu processo de trabalho.

Dentre os motivos de procura, 25,5% da população buscou atendimento para apresentação de resultados de exames, 24% por “problema agudo facilmente identificável”. O terceiro motivo, correspondendo a 19% foi “problema agudo com comprometimento orgânico”, que exigia exames, e o quarto motivo foi “problema administrativo” correspondendo a 16,5% dos atendimentos. Apesar de os profissionais de saúde terem sido instruídos para o preenchimento do instrumento de pesquisa, verificamos que 42,5% dos formulários não foram preenchidos. Além disso, 34% dos formulários foram preenchidos incorretamente, em um total de 76,5% dos formulários analisados não contribuíram para a informação. Isso evidencia uma grande dificuldade no processo de trabalho da equipe, e o fato de os formulários não estarem registrados, significa que os pacientes não foram avaliados pela pesquisa.

Tabela 2. Motivo de procura pelo Acolhimento da ESF 1 , no período de 17 a 29 de fevereiro de 2003.

<b>Motivo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Administrativo	33	16,5
Problema agudo facilmente identificável	48	24
Problema agudo com comprometimento orgânico	38	19
Queixas agudas mal definidas	11	5,5
Resultados de exames	51	25,5
Avaliação preventiva	19	9,5
Total	200	100

Foi avaliado o registro do que o usuário pensa sobre seu problema e a qualidade de escuta do profissional de saúde e sua capacidade de reconhecer a demanda do outro. Identifica-se

que 53,5% dos campos do instrumento foram preenchidos de modo incorreto, além de 24,5% que não foram preenchidos, perfazendo 78%. Houve em 22% uma escuta qualificada, reconhecendo a demanda do outro. Novamente observamos que 70,5% dos impressos não foram corretamente preenchidos. Somados aos 3% deixados em branco, tem-se 73,5%. Isso reforça a falta de compromisso do profissional de saúde com seu processo de trabalho.

Tabela 3. Soluções apresentadas pelo Acolhimento da ESF 1 , no período de 17 a 29 de fevereiro de 2003.

<b>Soluções Apresentadas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Consulta médica	84	21,0
Consulta do enfermeiro	62	31,0
Ações programáticas	11	5,5
Solicitação de exames	12	6,0
Alta	01	0,5
Ignorado	29	14,5
Total	200	100,0

Na avaliação global do Acolhimento, dos duzentos pacientes avaliados, 47% foram encaminhados para o médico, 31% para o enfermeiro e 15% não foram registrados no devido campo do instrumento (evidencia um descompromisso do profissional de saúde com o seu processo de trabalho).

A maior proporção de atendimentos (87,5%), no Acolhimento foi realizada pelo auxiliar de enfermagem. Houve pequena participação dos profissionais de nível superior nessa atividade e pouca resolutividade do auxiliar de enfermagem na tarefa de acolher. Estes resultados nos chamam a atenção para o processo de trabalho da ESF 1, que está repetindo o modelo hegemônico, centralizado no médico e nos exames.

Os atendimentos do Auxiliar de enfermagem representaram do total dos 200 atendimentos de acolhimento, dos quais 47% são repassados para o médico, e 31% para o enfermeiro. O que nos chama a atenção é que nenhum procedimento de enfermagem foi realizado e praticamente tudo foi repassado para um terceiro. A resolutividade deste profissional no acolhimento é mínima: 3,5%. Além disso, 6% dos pacientes tiveram exames solicitados. Isto requer a avaliação de um profissional de nível superior.

O enfermeiro realizou 22 atendimentos, dos quais 77% é encaminhado para o médico.(primeiro momento). Ainda é possível verificar que este profissional não dá nenhuma alta. Em 9% dos atendimento, solicitou exames, e que nenhuma atividade específica do atendimento de enfermagem foi realizada.

O médico realizou somente duas consultas de acolhimento, com uma alta e uma solicitação de exames complementares.

Na avaliação do usuário e do profissional de saúde, o tempo de espera pelo atendimento foi considerado de bom a ótimo.porém há falta de preenchimento de 42,5 % do campo, em

média, no instrumento de avaliação. Quanto a duração do atendimento, tanto o usuário e o profissional ficaram satisfeitos. Apenas 1% dos profissionais consideraram pouco o tempo dispensado ao usuário. Ressalta-se que no período do estudo, a média de atendimentos foi de 16,6 usuários por dia. Tanto o usuário quanto o profissional de saúde ficaram satisfeito com o atendimento, 58% em média. Novamente há falta de preenchimento de 41,5% em média do campo nos formulários. Em média, 58,5% dos usuários e profissionais ficaram satisfeitos com a solução apresentada no atendimento. Observa-se ainda uma grande proporção de formulários não preenchidos (38% em média).

Tabela 4. Motivo de insatisfação de usuários e de profissionais com Acolhimento da ESF 1 , no período de 17 a 29 de fevereiro de 2003.

Motivos de Insatisfação pela avaliação do usuário e do profissional	Usuário		Profissional	
	n	%	n	%
Formulário em Branco	96	48	93	46,5
Apoio médico	13	6,5	62	31
Tempo	6	3	-	-
Materiais, instrumentos e espaço físico	-	-	9	4,5
Nada	81	40,5	20	10
Outros	4	2	16	8
Total	200	100	200	100

Quanto aos motivos de insatisfação. 47,25% dos campos não foram preenchidos. Enquanto 6,5% dos usuários reivindicam apoio médico, em 31% dos casos os profissionais o fazem. Dos usuários acolhidos, 40,5% não identificam deficiência no Acolhimento, enquanto apenas em 10% dos casos os profissionais estão satisfeitos. Em 8% dos casos os profissionais de saúde identificaram como causa de insatisfação, a falta de apoio de outros membros da equipe. Enquanto em 4,5% deles identificam a falta de material.

O trabalho demonstra de maneira prática a avaliação realizada sobre o acolhimento em um período específico de trabalho, embora não tenha força estatística para definir a resolutividade global do acolhimento, assim como não representa a resolutividade dos profissionais desta equipe devido ao curto período de tempo da avaliação.

Porém, nas palavras da própria autora, serve para fotografar a situação de momento do Acolhimento, para então buscar saídas no sentido de melhorar a qualidade da produção no nível local.

### Referências Bibliográficas

1. PEREIRA, RPA. **Acolhimento**. *Jornal InterAtivo*. Belo Horizonte, AMMFC: ano 1, n.1 2004. p. 2. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>. Acesso em 20 ago 2006.
2. PEREIRA, RPA. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família**. In: *Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade: GESF*. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf>. Acesso em 20 ago 2006.
- 3 - FRANCO,T.B. ; BUENO,W.S. ; MERHY,E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde : o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*; 15(2) (supl2) : 121-131, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019)

- 4 - FRACOLLI L.A.; MAEDA, S.T.; BRITES, P.R.; SEPÚLVEDA, S.C.F.; CAMPOS, C.M.S.; ZOBOLI, E.L.C.P. - **A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência** . *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 68 – 72, 2003. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista5\\_2/visita.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista5_2/visita.html)
- 5 – STARFIELD, B. SHI, L. **The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence**. *Pediatrics*. 2004. May; 113(5Suppl):1493-8. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/113/5/S1/1493>
- 6 – STARFIELD, B. **Acessibilidade e primeiro contato: a porta**. In: *Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002. Pág:207-246.
- 7 – ALPERT, J.; CHARNEY, E. **The Education of Physicians for Primary Care**. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service, Health Resource Administration, 1974. (Pub. 74-3113)
- 8 – TURCI, MA. **O acolhimento nas unidades de atenção básica de Belo Horizonte**. AMMFC: Grupo de Estudos em Saúde da Família, 2006. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf/ACOLHIMENTOAMMFC.ppt> Acesso em 29 de agosto de 2006.
- 9 - Dener Carlos dos Reis; Joana Lourenço Lage; Juliana Elias Duarte Sarah Pereira de Freitas "Em estudo sobre demandas reais e subjetivas de usuários que freqüentam o Centro de Saúde com periodicidade além do esperado para sua saúde". Monografia de Conclusão de Curso. BH Vida, Especialização em Saúde da Família.
10. Marília Kathya Coutinho; Ana Paula Aparecida Coelho Lorenzato "Um olhar sobre o processo de trabalho da ESF – 1, do Centro de Saúde Primeiro de Maio de Belo Horizonte: - Focalizando o acolhimento da estratégia de saúde da família, no período de 2001 a 2003". Monografia de Conclusão de Curso. BH Vida, Especialização em Saúde da Família.
11. Lage, JL. "Usuários que freqüentam o Centro de Saúde com periodicidade além do esperado para sua saúde: Identificação, análise e redirecionamento terapêutico". <http://www.smmfc.org.br/gesf/Grupos%20de%20Estudo%20AMMFC.ppt>. Acesso em 29 de agosto de 2006.
12. Coutinho, MK "Estratégia de Saúde no CS 1º de maio". Apresentação. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/CS1demaio.ppt>. Acesso em 29 de agosto de 2006.

Como citar este documento

SAVASSI, LCM; PEREIRA, RPA; TURCI, MA; LAGE, JL; COUTINHO, MK.  
**Relatoria do GESF: Tema Acolhimento.** *Grupo de Estudos em Saúde da Família.*  
AMMFC: Belo Horizonte, 2006 (Relatório,16p). Disponível em  
<http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriaacolhimento.pdf> [acesso em \*\*/\*\*/\*\*\*\*]