

O ACOLHIMENTO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rodrigo Pastor Alves Pereira



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*”.

O uso sistematizado do conceito e a produção científica a ele vinculada, 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 o de ***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***⁽¹⁾. Ou ainda, *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. 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*⁽²⁾.

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⁽³⁾.

O conceito de APS da pesquisadora Bárbara Starfield, aqui tomado como base para a sistematização do estudo do acolhimento, entende a mesma como somatório de funções a serem cumpridas 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 (p. ex. 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.

Antes de abordarmos especificamente o “acolhimento” é importante explicitarmos melhor as funções da APS, como forma de localizar e contextualizar nosso 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 ajuda-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.⁽⁴⁾

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. È 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”⁽⁵⁾ . *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 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” (M.S.,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. Cabe notar, nesse ponto, que o acolhimento , enxergado como ação de saúde, encontra subsídios importantes nos objetivos do PSF.

Os conceitos acima apontam para as potencialidades do uso do “acolhimento” como ferramenta transdisciplinar em APS. O acolhimento pode aumentar a utilização da ESF como “porta de entrada”, na medida que consiga influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e que também consiga influenciar 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 também poder 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 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 poder afetar também 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. 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - 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
- 2 - FRACOLLI, L.A.; MAEDA, S.T.; BRITES, P.R.; SEPÚLVEDA, S.C.F.; CAMPOS, C.M.S.; ZOBOLI, E.L.C.P. - A visita domiciliária 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
- 3 – 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>
- 4 – 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.
- 5 – 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)