

Introdução ao Acolhimento



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

INTRODUÇÃO AO ACOLHIMENTO

**Florianópolis - SC
UFSC
2017**

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

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

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Serviços Especializados e Regulação

Gerência de Complexos Reguladores

Central Estadual de Telemedicina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

Elis Roberta Monteiro

AUTORA

Luana Gabriele Nilson

REVISORES

Luise Lüdke Dolny

Marcos Aurélio Maeyama,

Josimari Telino de Lacerda

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

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

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

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

 Modo de acesso: telessaude.sc.gov.br

 Inclui bibliografia.

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

CDU: 614

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Ilustrações: Catarina Saad Henriques

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

CURRÍCULO DA AUTORA - LUANA GABRIELE NILSON

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

SUMÁRIO

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

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Introdução ao Acolhimento!

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

Os seus objetivos de aprendizagem são:

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

Os conteúdos estão divididos em 3 Unidades de Aprendizagem:

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

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

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

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

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



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



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



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

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

Modelo de Atenção Ampliado e Humanização na Saúde

Modelo de Atenção Ampliado e Humanização na Saúde

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

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

1.1 A Política Nacional de Humanização

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unidade 1

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

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

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



Fonte: Elaboração própria.

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

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

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

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

Unidade 1

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

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

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

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

1.2 Acolhimento como diretriz da PNH

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

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

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

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

Unidade 1



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

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

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

SAIBA MAIS

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

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

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

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

Unidade 1

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

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

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

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

Unidade 1

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

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



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

Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

Unidade 2

**Acolhimento como forma de
transformar o cuidado**

Acolhimento como forma de transformar o cuidado

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

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

2.1. O que significa “acolher”?

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

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

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

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

SAIBA MAIS

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

Unidade 2

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

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

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



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

SAIBA MAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unidade 2

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

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

SAIBA MAIS

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

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

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

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

Unidade 2

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

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

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

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

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). ISBN 978-85-334-1843-1.

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

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

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

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

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

Unidade 3

**Diferentes formas
de acolher em saúde**

Diferentes formas de acolher em saúde

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Apresentar diferentes formas de implementar o acolhimento no processo de trabalho.

Consolidar este modelo de atenção potencializado requer assim uma atuação profissional transformadora, com informações transparentes e vínculos efetivos entre equipe e usuários para estabelecer relações de trocas e confiança. Precisamos também superar algumas fragilidades, como o acolhimento “não acolhedor” nas unidades, a falta de qualificação profissional, a desorganização do processo de trabalho tanto na assistência quanto na organização e gerência.

As políticas de humanização e de atenção básica buscam um modo de fazer saúde que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da valorização da comunicação entre sujeitos e serviços; a aproximação entre atenção e gestão para que o cuidar e o gerir caminhem juntos; e o protagonismo dos sujeitos na produção da saúde.

Isso só poderá acontecer se realizarmos as mudanças que desejamos, iniciando pelo agir acolhedor. Por isso, convidamos você agora a imaginar esse processo de mudanças acontecendo em sua unidade. Vamos iniciar assistindo ao vídeo em que Túlio Batista Franco responde a algumas perguntas sobre o Acolhimento (Figura 2).

Figura 2.



LINK: <http://migre.me/j4hFu>

Fonte: Elaboração própria.

Acreditamos que agora muitas de suas dúvidas já foram esclarecidas. Seguimos então dizendo que o acolhimento em sua unidade, como prática inserida no processo de trabalho, poderá acontecer de diferentes formas dependendo da sua realidade.

Unidade 3

O acolhimento precisa ser pensado a partir das necessidades demandadas pela população de sua área de adscrição e de qual é a melhor forma para responder a essas necessidades. Pode ser que o caminho seja criar um grupo para promoção de saúde por meio de rodas de conversa (com uso de Terapia Comunitária, Biodanza, dentre outras alternativas). Mas também pode ser que a maior demanda seja por olhar de outra forma para o manejo das ações de puericultura, pré-natal, planejamento familiar, acompanhamento de pacientes com problemas crônicos, prevenção do câncer; mediante o acesso garantido às consultas, aos grupos e a outras ações de educação em saúde, a encaminhamentos necessários, a visitas domiciliares, a medicações.

SAIBA MAIS

Você pode saber mais sobre algumas dessas técnicas assistindo às seguintes webconferências disponíveis no portal do Núcleo Telessaúde SC:

- Princípios básicos da Terapia Comunitária (<https://www.youtube.com/watch?v=whVBbuhDtm0>)
- Diagnóstico Comunitário (<https://www.youtube.com/watch?v=-tboGslCZ40>)
- Trabalhando com Grupos na ABS (<https://www.youtube.com/watch?v=dIjCHdbvpqA>)

Fazemos acolhimento ao disponibilizarmos espaços na comunidade para construir o modelo de atenção desejado em parceria, quando a participação popular é aceita, escutada, considerada e quando deixamos de expor tudo que sabemos para sentar e ouvir a comunidade a fim de partilhar saberes e tornar o cuidado horizontal e as relações mais concretas. Ainda, pode ser que em sua unidade seja necessário um grupo para acolher pessoas em tratamento de tuberculose e hanseníase, mas, também, que a necessidade dos usuários seja o agendamento pelos Agentes Comunitários de Saúde para avaliação odontológica, devido dificuldade de acesso à unidade.

Independente da forma como se operacionalize, quando a equipe se responsabiliza por dar aos diferentes um atendimento distinto e que atenda integral e resolutivamente a cada necessidade, está acolhendo e garantindo acesso aos usuários.

É urgente e indispensável que mudemos nossa forma de atender à demanda, sem mais programação de chegada de todos à unidade no mesmo horário, mas facilitando e garantindo o acesso, o acolhimento e o cuidado (amplo e integral) durante todo o período de trabalho, reorganizando e humanizando nossas agendas e o nosso agir em saúde na Atenção Básica.

Para que o acolhimento se traduza de forma concreta em mudanças e melhorias no dia a dia de trabalho, é preciso que os sentidos sejam transformados em ações. E não existe uma forma única de realizar acolhimento à demanda. A possibilidade de diferentes modelagens deve-se ajustar ao contexto da sua unidade e contar com a participação dos trabalhadores na análise, dialogada e compartilhada, e escolha pelo melhor modo de acolher.

Unidade 3



Além disso, é importantíssimo refletir que o acolhimento envolve também o atendimento à demanda espontânea, mas que, em geral, a maior parte da agenda das equipes está destinada ao atendimento da demanda programada: consultas agendadas, visitas domiciliares, grupos, reuniões, atividades de educação em saúde, atividades administrativas.

Para o acolhimento à demanda espontânea, há algumas possibilidades:

- Pode ser desenvolvido pela equipe de referência do usuário, com a organização da equipe para que haja profissionais para realizar a primeira escuta e ofertar adequadamente os serviços que vão atender as necessidades de cada um. Nesse modelo podem-se revezar os profissionais que acolhem, de forma que a equipe consiga desenvolver todas as suas atividades. É importante que todos estejam conscientes do modelo para que o profissional que acolhe tenha a retaguarda do restante da equipe sempre que houver necessidade.
- Quando há mais de uma equipe na mesma unidade, é possível que as equipes se revezem no acolhimento, permitindo que as outras equipes desenvolvam outras atividades. Porém, é importante atentar para que a equipe de referência não perca a responsabilização e o vínculo com a população adscrita. As várias equipes em uma mesma unidade também podem se organizar de forma a cada equipe acolher a sua população no início do turno e depois, durante o restante do período de trabalho, ficar uma equipe apenas responsável por acolher a demanda e dar os encaminhamentos. Esta forma de acolher exige que as equipes se comuniquem bem e tenham uma gestão organizada das agendas.
- Há a possibilidade de realizar o acolhimento coletivo; a agenda deve ser organizada para que, no início do turno de trabalho toda a equipe possa participar da primeira escuta dos usuários, em um espaço onde são também apresentadas questões relacionadas à organização da unidade, processo de trabalho da(s) equipe(s) e podem ser realizadas ações de educação em saúde. Nessa modelagem é importante atentar para a possibilidade de constrangimento das pessoas, devendo ser garantida a escuta individualizada. Ainda, para a sequência dos trabalhos na unidade, deve ser associada outra forma de acolher no restante do turno de trabalho, garantindo o encaminhamento resolutivo a todos os usuários que procurarem a unidade.



Você e sua equipe devem ter sensibilidade para perceber qual a forma de acolher que melhor responde às características dos profissionais e usuários. Toda a equipe deve ser envolvida nesse processo, sem esquecer-se das demandas e necessidades em saúde bucal. Uma estratégia após o consenso da equipe sobre a modelagem mais adequada em sua unidade é orientar a população sobre a proposta e solicitar opiniões, o que pode ser feito através das visitas dos agentes comunitários de saúde.

Unidade 3

A organização da demanda deve levar em conta o número de equipes na unidade, o número de profissionais por equipe, a população sob a área de adscrição da equipe, quem são os profissionais que participam do acolhimento da demanda espontânea, as especificidades de cada território e características da população, a estrutura física e ambiência da unidade, as principais demandas atendidas pela equipe, qual a oferta de serviços da equipe e unidade, o que leva os usuários à unidade, como se distribui a demanda ao longo do dia na unidade, entre outras questões relativas ao fluxo de usuários e a organização da equipe.

Por último, é importante falar sobre o **acolhimento da demanda espontânea com classificação de risco na Atenção Básica**, que se refere ao espaço individualizado de escuta e avaliação, exclusivamente por profissionais de nível superior, onde os indivíduos têm seu risco estratificado para que o atendimento seja realizado pela equipe da forma mais adequada e resolutiva possível, em tempo apropriado. Os indivíduos são ouvidos e a avaliação leva em conta o problema clínico, mas também as situações de risco e vulnerabilidade envolvidos, para que o caso seja classificado como não agudo – podendo ser orientado e programado seu atendimento, ou agudo – quando deve ser classificado para atendimento imediato, prioritário ou no dia.

Ainda, listamos abaixo vários relatos com diferentes abordagens sobre o Acolhimento para você ler e encontrar caminhos possíveis para acolher em saúde:

1) Relatos publicados na Comunidade de Práticas (para acessar você deve se cadastrar no site da Comunidade de Práticas: <https://novo.atencaobasica.org.br/>

a) Humaniza SUS – Melhoria do Acesso, da Qualidade e do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde/ Piranguinho MG: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1477>

b) Dança Circular Sagrada: Acolhimento mais Humanizado no Município de Recife: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1872>

c) Acolhimento na Atenção Básica: estratégias para (re)organização dos serviços: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/2080>

d) Projeto Acolhimento - construindo competências e acessibilidade no SUS: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/10152>

e) Experiência com Grupos de Acolhimento e Apoio Psicológico (GAAP) na Atenção Primária, no município de Florianópolis: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/975>

f) Acolhimento para o parto humanizado: o curso de gestantes “mamãe coruja” e a valorização da equipe de saúde da família em um pré-natal diferenciado: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1119>

g) Acolhimento em Saúde Bucal na Prefeitura Municipal de Fortaleza: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/194>

Unidade 3

2) Relatos publicados em Informativo do Telessaúde SC:

a) Relato com foco na organização da agenda para programação de consultas, pois o principal problema era o excesso de filas para atendimento (página 12): <https://telemedicina.ufsc.br/rctm/public/modules/stt/dados/telessaude/publicacao/2499/1375786949.pdf>

b) Relato que apresenta ações de equipe para se capacitar sobre plantas medicinais de forma a acolher o uso feito pela comunidade (página 10): <https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/public/modules/stt/dados/telessaude/publicacao/1953/1367856790.pdf>

Sempre haverá casos em que a equipe de ABS não tem recursos suficientes para o manejo e resolução total do problema, podendo e devendo contar com os demais níveis de atenção para isso. Há muitos momentos em que o encaminhamento é necessário e o serviço não está disponível, dificultando uma atenção em saúde de qualidade. Há dificuldades para implementar a territorialização, identificar demandas para trabalhar com grupos, organizar agendas, criar protocolos, enfim, várias questões das quais o acolhimento é dependente e que não daremos conta de abordar nesse curso.

CONCLUSÃO

Reconhecemos estas fragilidades e que há muitas limitações ainda no SUS, especialmente no nível especializado e destacamos que o Núcleo Telessaúde SC é seu parceiro para qualificá-lo e capacitá-lo para resolução de demandas clínicas, de processo de trabalho ou de gestão e coordenação. Utilize o serviço de teleconsultorias e tele-educação do Telessaúde sempre e terá esse apoio a distância para fortalecer sua prática profissional. Somos seus parceiros e nossos serviços são alternativas para pensar o contexto individual de sua equipe com nossos teleconsultores e encontrar caminhos.

<http://telessaude.sc.gov.br>

Referências Bibliográficas

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

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

