

<p>Cláudia Miranda</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</p> <p>CLÁUDIA MIRANDA</p>
<p>ACOLHIMENTO À DEMANDA IMEDIATA</p>	<p>ACOLHIMENTO À DEMANDA IMEDIATA: Desafios na organização do processo de trabalho na ESF</p>
<p>2013</p>	<p>Campos Gerais / MG 2013</p>

CLÁUDIA MIRANDA

**ACOLHIMENTO À DEMANDA IMEDIATA: Desafios na organização
do processo de trabalho na ESF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ana Maria Chagas Sette Câmara

Campos Gerais / MG
2013

CLÁUDIA MIRANDA

**ACOLHIMENTO À DEMANDA IMEDIATA: Desafios na organização
do processo de trabalho na ESF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ana Maria Chagas Sette Câmara

Banca Examinadora

Prof. Ana Maria Chagas Sette Câmara - Orientadora
Prof. Andrea Fonseca e Silva - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 26/10/2013

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e familiares pela paciência com que me acolheram durante este trabalho, e pelo incentivo que sempre me deram no decorrer de minha vida profissional.

E também agradeço o carinho e a sensibilidade de minha orientadora que foi de enorme importância para a conclusão do meu estudo.

“A escola pode aperfeiçoar o artista, criá-lo, nunca; porque não se melhora senão o que já existe”.

PAOLO MANTEGAZZA

RESUMO

Este estudo é uma revisão narrativa das publicações referentes ao acolhimento à demanda imediata nas equipes de saúde da família, identificando desafios e experiências exitosas. Foram consultadas as bases de dados do Google Acadêmico, utilizando o descritor “acolhimento” e a partir dos primeiros artigos identificados foi utilizado o método de busca *Snowball*. Além dos artigos, foram utilizados nesta revisão cartilhas e manuais do Ministério da Saúde. Há uma grande insatisfação da enfermagem em relação à sobrecarga de trabalho relacionada ao serviço na equipe de saúde da família; são raras as equipes onde o médico participa efetivamente do acolhimento, ficando todo o processo a cargo dos enfermeiros. O processo de acolhimento está bastante restrito ao autogoverno dos profissionais, e ainda há muita dificuldade das equipes e mesmo dos usuários em compreender o real sentido do acolhimento. A incorporação da classificação de risco de Manchester tem dado respaldo técnico para o acolhimento na atenção primária. O acolhimento, como forma de humanizar o acesso do usuário ao serviço de saúde e organizar o processo de trabalho das equipes, mostra que tem tudo para dar certo. É necessário ainda que haja muita capacitação e informação por parte dos órgãos de saúde para que todas as equipes se sintam seguras para acolher e conseguir dar resolutividade nas necessidades do usuário.

Palavras chave: Acolhimento; Acesso; Humanização.

ABSTRACT

This study is a narrative review of publications relating to the immediate demand in host family health teams, identifying challenges and successful experiences. Were consulted databases Google Scholar, using "host" and from identified articles were used search method Snowball. In addition to the articles, were used in this review booklets and manuals of the Ministry of Health The use of risk classification Manchester has given technical support to the primary host. There is a great dissatisfaction in relation to nursing workload related to the service staff in family health teams are rare where the doctor actually participates in the host, leaving the whole process in charge of nurses. The host process is quite restricted self-government professionals, and there is still much difficulty and even teams of users to understand the real meaning of the host. The host, as a way to humanize the user's access to health services and organize the process of team work, shows that it has everything to go right. It is also necessary that there is a lot of training and information by health agencies so that all teams feel welcome and safe to get to solving the needs of the user.

Keywords: Home, Access; Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
AB	Atenção Básica

SUMÁRIO

1 Introdução	10
2 Justificativa	12
3 Objetivo	13
4 Metodologia	14
5 Desenvolvimento	15
Seção 1 – Acolhimento	
Seção 2: Acolhimento como política de humanização	17
Seção 3: O papel gerencial no acolhimento e os recursos humanos	19
Seção 4: O acesso da demanda imediata aos serviços de saúde e sua relação com o planejamento estratégico situacional	21
Seção 5: O papel da classificação de risco no acolhimento	22
Seção 6: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB	23
Seção 7: Desafios para a implementação do acolhimento	24
6 Discussão	26
7 Conclusão	28
Referências	29

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) “é tido como política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime” (CONASS, 2011).

Com a regulamentação do SUS através da Lei Orgânica da Saúde em 1990 através das Leis 8.080 e 8.142, “várias ações tem contribuído para concretizar os princípios e diretrizes do SUS, incluindo propostas como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde” (CARVALHO *et al*, 2008, p. 93-5).

Levando em consideração essas ações, destaca-se o acolhimento, que segundo (OLIVEIRA *et al*, 2008, p. 362-73) “compreendido como um processo, uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, o estabelecimento de uma relação vincular” é também uma “ação que pressupõe, em última instância, a mudança da relação profissional e usuário através de parâmetros técnico, éticos, de solidariedade e de humanização”.

Muitas são as tentativas de organização do acesso à consulta médica realizadas pelas equipes de Saúde da Família, com a constante evolução dos modelos de atenção à Saúde, a melhoria da qualidade do acesso ao serviço de saúde tem sido tema de discussão entre gestores e profissionais de saúde. O método mais adequado, ou mesmo a fórmula ideal para realizar este acolhimento é muito singular, a única certeza que parece ser comum a todos é a de que precisamos humanizar este processo.

Organizar o acolhimento à demanda imediata nas equipes de saúde da família do município de Boa Esperança não tem sido tarefa fácil para os enfermeiros gerentes das equipes, algumas têm mais facilidades e criam estratégias para amenizar as dificuldades, mas nem sempre são da forma mais adequada dentro dos protocolos do Ministério da Saúde ou mesmo da Secretaria de Estado da Saúde.

Este estudo pretende revisar publicações referentes ao acolhimento à demanda imediata nas equipes de saúde da família, identificando desafios e experiências exitosas.

Será apresentado em forma de revisão narrativa, com tópicos que serão discutidos no final.

2. JUSTIFICATIVA

A identificação de experiências exitosas e análise dos estudos de referência do tema serão subsídios para a reorganização do processo de acolhimento nas equipes de saúde da família do município de Boa Esperança. A necessidade do estudo se dá pela grande dificuldade da organização do acolhimento da demanda imediata de usuários nas Unidades de Saúde da Família, baixa adesão dos profissionais para realizar o acolhimento na rotina, e também pela falta de informações e conhecimento adequado sobre o acolhimento.

3. OBJETIVO

Este estudo pretende revisar publicações referentes ao acolhimento à demanda imediata nas equipes de saúde da família, identificando desafios e experiências exitosas.

4. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão narrativa, que segundo Tavares (2010) é apenas uma avaliação, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas. Para minimizar o viés de seleção foi realizado um método de busca dos artigos.

Inicialmente foram selecionados artigos que continham como descritor a palavra “acolhimento, acesso e humanização”, na base de dados Google Acadêmico. A partir dos artigos identificados foi utilizada na metodologia a técnica “Bola de Neve”, onde os artigos iniciais, mais recentes indicam outros estudos que por sua vez indicam outros e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto “o ponto de saturação”. (BALDIN, 2011).

Quanto aos critérios adotados para inclusão neste estudo foram utilizados apenas artigos na língua portuguesa que abordavam o acolhimento na atenção básica, e com publicação nos últimos dez anos. Foram utilizadas também cartilhas do Ministério da Saúde relacionadas com o tema.

Os artigos sobre acolhimento a grupos específicos como gestantes, portadores de doenças crônicas e pacientes internados em Unidade de Tratamento Intensivo foram excluídos da análise por não integrarem o objeto do estudo.

Foram consultados (19) dezenove artigos, sendo (6) seis revisões de literatura, (6) seis pesquisas qualitativas, (1) um informe técnico e (6) seis cartilhas e ou manuais do Ministério da Saúde.

O conteúdo dos mesmos será apresentado em tópicos relacionados abaixo.

5. DESENVOLVIMENTO

Seção 1: Acolhimento.

O dicionário descreve de maneira bem clara e objetiva o termo acolhimento como “recepção que se faz a alguém, atenção, consideração” Ximenes, (1998), mas na rotina do serviço público de saúde temos observado várias descrições, e que de forma diferente chegam ao mesmo objetivo.

Levando em consideração a singularidade de cada um, é certo que cada profissional tem seu jeito de entender e colocar em prática o ato de acolher, criando assim denominações também diferenciadas para caracterizar o ato. Portanto, seja ele acolhimento, triagem, escuta qualificada, ou até mesmo classificação de risco, todos levam a um objetivo em comum que é de alguma forma organizar o serviço de saúde dando uma qualidade maior no acesso do usuário ao serviço.

Segundo Carvalho *et al* (2008), o acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com responsabilização pela solução do seu problema.

Para Baraldi e Souto (2011) o conceito de acolhimento, portanto, não está restrito à recepção da demanda espontânea, de modo que só ganha sentido se o entendermos como uma passagem da porta de entrada para os processos de produção de saúde. Desse modo, diferenciando o acolhimento da triagem porque o mesmo não se constitui apenas como uma etapa burocrática do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriadas por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber Fracolli e Bertolozzi (2003). Mas, para Santana (2011) entende-se por acolhimento não apenas a forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas também um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população, tendo em vista que muitos trabalhadores denominam acolhimento como demanda espontânea do usuário à unidade.

Sendo assim, de acordo com Takemoto (2007) os objetivos do acolhimento seriam por essa perspectiva: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a organização do processo de trabalho.

Seção 2: Acolhimento como política de humanização.

A trajetória do Sistema Único de Saúde já não pode ser considerada tão recente mais, já que passa dos seus vinte e três anos de implantação. E nessa longa trajetória muitos são os desafios de colocar em prática um sistema tão complexo e grande. Para promover a saúde e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, a acolhida aos usuários é um desses desafios importantes.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS – HumanizaSUS (2003) considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES, R; e PASSOS, E; 2005 apud BRASIL, 2009).

Na atenção básica as equipes de saúde lidam com problemas extremamente complexos do dia a dia das famílias, utilizando poucos equipamentos e sim, múltiplos saberes dos profissionais, juntamente com a prática desenvolvida na relação com os usuários. Nesta percepção a Política de Humanização nos mostra que “é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades (BRASIL, 2009).

Ainda nesse contexto, a Política Nacional de Humanização aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde – alguns “arranjos” – facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Aponta algumas diretrizes a serem colocadas como nossa “utopia”, que estarão sempre mais a frente. São elas: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde (BRASIL, 2009).

Já se trabalha a idéia de acolhimento no SUS a algum tempo, e com isso as experiências encontradas são tão heterogêneas quanto o próprio SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) reconhecer essa longa trajetória, ao falar em acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos.

Bom, com isso é importante não restringir o termo acolhimento somente ao problema da demanda espontânea nas recepções das unidades de saúde, e sim entender que é uma ação que qualifica as relações, e deve ser utilizado em qualquer encontro.

Segundo o manual de acolhimento à demanda espontânea do Ministério da Saúde:

[...] O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (BRASIL, 2011, p. 21-22)

Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Segundo Souza *et al* (2008) o acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica.

Seção 3: O papel gerencial no acolhimento e os recursos humanos.

Como técnica, o acolhimento instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas, resgata o conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência. E como reformulador do processo de trabalho, o acolhimento identifica as demandas dos usuários e, com isso, rearticula o serviço (OLIVEIRA, 2008 *et al* apud SILVA JÚNIOR E MASCARENHAS).

É comum quando se fala em organização do acolhimento das Unidades Básicas de Saúde voltarem esta responsabilidade permanente ao enfermeiro, seja pelo papel gerencial que o mesmo tem sobre as equipes de enfermagem e agentes comunitários. Mas, é notável que o enfermeiro sozinho não pode, e não consegue trabalhar a organização desse processo que tem se mostrado tão eficiente para melhorar e organizar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Observando o desenvolvimento do acolhimento em diversas unidades, e de acordo com Santana:

[...] Passou-se a questionar se diferentes modos de gerenciar um local poderiam facilitar ou dificultar o acesso à população, tendo em vista que a gerencia de uma unidade pode ser peça fundamental na transformação do processo de trabalho, e o fato de alguns autores acreditarem na potencialidade do acolhimento para reorganizar os serviços de saúde, apesar das dificuldades apontadas na literatura: falta de recursos humanos para operacionalizá-lo, excesso de demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, sobrecarga do trabalho do enfermeiro, manutenção do modelo médico centrado e resolutividade inferior à esperada. (SANTANA, 2011, p. 133-41):

Se o processo comunicativo é descentralizado e participativo, percebe-se uma maior responsabilização da equipe no compromisso de todos os profissionais em informar corretamente o usuário e tentar resolver o seu problema, e orientando sempre quanto ao fluxo de atendimento estabelecido na unidade.

O processo de trabalho em saúde de acordo com Andrade *et al* (2007) tem como característica fundamental o autogoverno, ou seja, é o trabalhador quem comanda seu próprio processo de trabalho. Essa liberdade lhe confere uma poderosa capacidade de exercer a mudança a partir do seu lugar específico de trabalho. Isso significa que as lógicas de produção do cuidado vão depender das atitudes que o trabalhador tem frente ao usuário, e essa atividade produtiva pode assumir diferentes perfis. Ele pode ser centrado nos interesses corporativos e privado ou no desejo de tornar o SUS um serviço de qualidade, com acesso universal e solidário.

É previsto que toda a equipe seja responsável pela realização do acolhimento, porém segundo Baraldi e Souto (2010) predominantemente são referidos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem como seus executores. Mesmo trazendo novas possibilidades de ação para o cotidiano desses profissionais, sua participação no Acolhimento tem gerado insatisfações relacionadas à sobrecarga de trabalho e à baixa aceitação por parte dos usuários.

Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que podem ser classificadas em tecnologias leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho). O aporte e a consolidação do uso dessas tecnologias acontecem de forma distinta para os enfermeiros, de acordo com as relações que estabelecem com os diferentes sujeitos participantes dos processos de trabalho, ou em diferentes momentos com o envolvimento dos mesmos sujeitos (ROSSI e LIMA, 2005).

Ainda de acordo com os autores, dentro deste contexto é importante salientar que são necessários processos gerenciais que reconheçam o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro do universo organizacional e que extrapolem o tecnicismo.

Seção 4: O acesso da demanda imediata aos serviços de saúde e sua relação com o planejamento estratégico situacional.

Segundo Baraldi e Souto (2010) apesar do grande investimento na rede assistencial com a implantação das Equipes de Saúde da Família, o processo de trabalho continuou reproduzindo a organização tradicional da assistência, centrado nas doenças, em práticas curativas e no saber médico, restringindo a capacidade de atendimento e, por conseqüência, o acesso dos usuários aos serviços.

Sendo assim o acolhimento se torna uma prática para mudar a forma de recepção tradicional, modificando a organização e o funcionamento de forma a deixar alternativas de resolução da demanda do usuário. Mas esse acolhimento não pode ficar restrito à demanda espontânea e nem se tornar apenas mais um processo burocrático de organização, e sim acontecer em todos locais e situações dentro da Unidade de Saúde.

Apesar de ser previsto como um dispositivo para a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Acolhimento na prática resultou, muitas vezes, em um pronto atendimento para as queixas agudas ou numa simples triagem. Continuou, pois, a funcionar sob a lógica médico-centrada, marcado pela baixa resolubilidade e baixa autonomia dos profissionais não médicos (BARALDI e SOUTO, 2010).

Para Santana (2011) é fundamental entender as dinâmicas que envolvem o Acolhimento e, conseqüentemente, a demanda espontânea. A interação das demandas programadas e espontâneas possibilita a elaboração de práticas preventivas e de promoção de saúde.

Para se estabelecer o Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família de forma consciente e organizada, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é recomendado. Ainda de acordo com Santana (2011) o PES é recomendado, dentre outras razões, porque no trabalho em equipes do PSF ele leva em conta a inclusão e o controle social, motivo pelo qual o PES pode ser considerado ferramenta gerencial importante. É esperado, no momento estratégico do PES, que gerente e técnicos reforcem “o que fazer”, “quem fará”, “quando”, “como”, “onde”, “com quem” e “com que recursos”. A proposta do planejamento estratégico pode ser uma forma de construir um novo modo de pensar que supere a rotina e a inércia burocrática.

Seção 5: O papel da classificação de risco no acolhimento.

Ao falarmos em classificação de risco estamos referindo-se ao Sistema Manchester de Classificação de Risco, que hoje esta sendo implantado nas Unidades de Pronto Atendimento e Saúde da Família no estado de Minas Gerais. Sem dúvida alguma o papel da classificação de risco no acolhimento da demanda imediata seja ela no ambiente da urgência ou mesmo na atenção básica, é um fator que respalda o profissional habilitado na tomada de decisão sobre o tempo de atendimento. A classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Estas ferramentas pretendem assegurar a atenção médica de acordo com o tempo de resposta de acordo com a necessidade do paciente (JÚNIOR e MAFRA, 2010).

O manual do Sistema Manchester de Classificação de risco diz ainda que:

[...] A tomada de decisões é parte importante da prática médica e de enfermagem. A avaliação clínica sólida de um paciente requer tanto raciocínio como intuição e ambos devem estar baseados em conhecimentos e aptidões profissionais. Muitos profissionais acreditam que a tomada de decisões depende apenas do “senso Comum” ou comportam mera “solução de problemas”. Até certo ponto, eles têm razão. Decidir, entretanto, é muito mais que isso, pois requer um certo nível de competência. É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após esta decisão. As decisões tomadas serão instáveis, aleatórias e potencialmente inseguras se não houver uma estrutura de referencia onde se basear. Uma capacidade sólida de tomada de decisão é essencial para um cuidado de boa qualidade (JÚNIOR e MAFRA, 2010, p. 31).

Na cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) as tecnologias, Acolhimento e Avaliação /Classificação de Risco, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho. Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho.

Seção 6: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB

A portaria 1.654 do Ministério da Saúde publicada em 19 de julho de 2011 criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e de qualidade nas equipes de atenção básica.

De acordo com Pinto (2012) esta medida apontou para o início de mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes.

Contudo, a parte decididamente mais importante do PMAQ se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na garantia do acesso da população e na qualidade da atenção com destaque especial para algumas linhas de cuidado tidas como prioritárias.

Uma delas estimula a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano. Assim, a política nacional estimula, por exemplo, a implantação do acolhimento, a constituição de uma agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe, o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho.

Seção 7: Desafios para a implementação do acolhimento.

Segundo Souza *et al*, (2008) apesar de o acolhimento ser, ainda, processo em construção nas unidades de saúde da família, os profissionais reconheceram que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários. Contudo, a pressão da demanda se reflete em sobrecarga de trabalho, comprometendo agendas de atividades grupais intra-equipes e com os usuários. Gera estresse e cansaço, ficando evidente que os profissionais carecem também de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador).

Embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pela equipe de saúde no cotidiano do trabalho, observou-se que se constitui em tema de conflitos e contradições que se expressam nas concepções dos profissionais e nas repercussões no processo de trabalho e na atenção à saúde (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Carvalho *et al* (2008) constataram também que a proposta de acolhimento é tida muito mais como um pronto-atendimento do que como um fator desencadeante de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso com a identificação e a satisfação das necessidades de saúde.

Baraldi e Souto (2011) conclui que o Acolhimento é um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, definido como uma prática que possibilita ao cidadão o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral por meio da interprofissionalidade e intersetorialidade assistencial, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental. Ou seja, uma ferramenta capaz de permitir que o SUS possa honrar efetivamente seus princípios constitucionais. Em outras palavras, os mesmos autores dizem que, implantar o Acolhimento desarticulado de uma rede assistencial e sem o resgate da interprofissionalidade no processo de cuidado o reduz a uma triagem e não possibilita uma melhoria do sistema de saúde na proporção necessária e desejada. Portanto, não funciona adequadamente se implantando como medida isolada.

Devemos, no entanto, destacar que algo já se conquistou na direção do reconhecimento da saúde como um direito. No mínimo, quando se amplia o acesso, reduzem-se as filas de espera e aumenta-se o respeito pela dor e dificuldades dos

usuários dos serviços. Contudo, reiteramos que a consolidação dos avanços alcançados com a implantação do acolhimento demanda que os agentes de tal trabalho sejam atendidos em suas necessidades de educação permanente, supervisão e apoio institucional a fim de que o trabalho que realizam seja qualificado de forma inequívoca (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

6. DISCUSSÃO

Analisando todos os conceitos de acolhimento descritos, não podemos deixar de relacioná-lo com a humanização do atendimento ao usuário, é certo que todos autores de alguma forma utilizam o termo humanizar para caracterizar o processo de trabalho do acolhimento. Seja por necessitar de algum modo, de incorporar neste processo as relações humanas de cuidado, respeito e comprometimento com o outro.

Em relação ao papel gerencial do acolhimento, percebe-se uma grande insatisfação da enfermagem em relação a sobrecarga de trabalho, e isso não pode ficar apenas em desabafos, é necessário que os gestores revejam esta situação real. Se levarmos em consideração tudo que é exigido do enfermeiro na área assistencial, administrativa e burocrática dentro de uma unidade de saúde da família, é possível perceber que é humanamente impossível cumprir com qualidade todo o trabalho.

Com relação ao acolhimento, são raras as equipes em que o profissional médico participa efetivamente deste processo, ficando a cargo do enfermeiro estabelecer a organização e execução do trabalho.

Sobre a utilização da classificação de risco de Manchester nas unidades de saúde da família, é importante ressaltar que mesmo sabendo do respaldo técnico que a mesma dá ao profissional ao acolher o usuário, existe uma insatisfação muito grande tanto dos profissionais enfermeiros quanto dos médicos, e isto se dá por vários motivos, seja pela complexidade na utilização do equipamento, habilidade, tempo dispensado no processo, e outros. Seja visto que este sistema foi criado para utilização nos serviços de urgência/emergência, e o ambiente de uma unidade de saúde da família com todas as suas funções de promoção, prevenção grupos operativos, recebe o sistema de Manchester mais como um problema do que como solução. Afinal, o sistema demanda muita atenção e tempo exclusivo para executá-lo.

Enfim, o acolhimento como forma de humanizar o acesso do usuário ao serviço de saúde e organizar o processo de trabalho das equipes mostra que tem tudo para dar certo. É necessário ainda que haja muita capacitação e informação por parte dos órgãos de saúde para que todas as equipes se sintam seguras para

acolher e conseguir dar resolutividade nas necessidades do usuário. E também é preciso educar os usuários sobre a importância do acolhimento, e de como este processo pode melhorar e organizar seu acesso não só a consulta médica, mas a todos os serviços da rede de saúde.

A implantação do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica vem trazer mais uma oportunidade de implementação do acolhimento como forma de acesso da população a rede assistencial de cuidados, e o incentivo financeiro pode ser uma forma singular de propiciar o comprometimento da gestão e das equipes em atingir o objetivo.

Contudo, muitos são os desafios ainda existentes para que o acolhimento com toda sua importância seja implantado, mas é certo que várias experiências de sucesso e mesmo os erros tem servido de direcionamento para que os profissionais possam articular novas possibilidades para uma acolhimento humanizado.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que o processo de trabalho das equipes em relação ao acolhimento está muito restrito ao autogoverno que as mesmas têm da situação. Ainda mais o profissional de enfermagem que acaba sendo o responsável por acreditar ou não nesse processo de organização da demanda imediata.

A estratégia utilizada para a organização do serviço deve ser adequada à realidade local e aos recursos humanos disponíveis.

É visto também que mesmo com todas as informações, e experiências de acolhimento em diversos locais do país, ainda há certa dificuldade de compreender o real sentido da palavra e do processo de acolhimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. **Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde.** 2007. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/v010n2.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

BALDIN, N; MUNHOZ, E.M.B. **SNOWBALL (BOLA DE NEVE): Uma Técnica Metodológica Para Pesquisa em Educação Ambiental Comunitária.** X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE. I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO – SIRSSSE. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba. 2011.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. **A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36. n.1. p. 10-17, Jan/Abr. 2011.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40p. : il. Color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde). 2 ed. Brasília-DF; 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Brasília: CONASS, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde/** Ministério da Saúde – Brasília: 2004.

CARVALHO C.A.P, et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**. 2008 abr/jun; 15(2):93-5.

FRACOLLI, L. A; BERTOLOZZI, M. R. A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem, Janeiro 2003 apud SILVEIRA, M.F.A. et al. **Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde**. Cogitare Enferm. 2004; 9(1):71-8.

JUNIOR, C. W; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2ª edição. Belo Horizonte: Setembro. 2010.

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNINI, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v.11, n.4, p.362-73, 2008.

OLIVEIRA, L.M.L. et al. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde**. Ver. APS, v.11, n.4, p.362-73, 2008 apud SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos metodológicos e conceituais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade: Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 241 257.

PINTO, Hêider Aurélio. INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012, 6.2.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. (2005). Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev bras enferm**, 58(3), 305-10.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

SANTANA, M. L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba**. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 133-41.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.24, supl.1, p.S100-10, 2008.

TAVARES, E. C. **Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática, 2010**. Disponível em: <http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=tcc&ma=orientador/espacotcc> Acesso em: 31 mai. 2013.

TAKEMOTO, M. L. S; SILVA, E. M . Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2007 Fev; 23 (2): 331-40.

XIMENES, S. **Minidicionário Ediouro**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.