

PROPOSTA DE ACOLHIMENTO INTERDISCIPLINAR A PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.

Maíara Alves do Nascimento ¹
Raíssa Souza Taveira ²
Roberta de Oliveira Cacho ³
Enio Walker Azevedo Cacho ⁴

RESUMO

O acolhimento é uma ferramenta que promove ordenação dos processos de trabalho em saúde, exigindo a articulação dos saberes da equipe multiprofissional, a fim de construir o processo avaliativo e conclusivo das necessidades identificadas nos casos acolhidos. Desta forma, este estudo teve como objetivo descrever a experiência de implantação de uma proposta de acolhimento interdisciplinar a pacientes pós acidente vascular cerebral na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí – FACISA. Trata-se um relato de experiência de acolhimento interdisciplinar, formado por alunos e professores dos cursos de Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem, além de profissionais como Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudióloga e Fisioterapeutas, alunos do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação, sendo aplicado com pacientes assistidos no projeto de extensão “Facisa no combate ao AVC” no ano de 2019. A proposta de acolhimento foi idealizada em três fases: reunião multiprofissional; construção da ficha e aplicação da ficha. O processo de implantação de acolhimento tem demonstrado potencialidade no objetivo de obter informações básicas sobre os pacientes que assiste, proporcionando um auxílio no direcionamento das tomadas de decisões e encaminhamentos. Permitindo ampliar a compreensão do acolhimento, convertendo-o num lugar de encontro entre profissionais e usuários e a um espaço simbólico de relações sociais e de diferentes percepções e demandas de cuidado.

Palavras-chave: Acolhimento. Pesquisa Multidisciplinar. Acidente Vascular Cerebral.

INTRODUÇÃO

Na perspectiva de melhorar o acesso aos serviços e às condições clínicas dos usuários da saúde, viabilizar mudanças nas relações entre profissionais e fornecer mecanismos que

¹ Mestranda do Curso de Ciências da Reabilitação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, maiaranascimento@hotmail.com.br;

² Mestranda do Curso de Ciências da Reabilitação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, raissa.taveira.rt@gmail.com;

³ Doutora em Ciências Médicas e Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, ro_fisio1@hotmail.com;

⁴ Professor orientador: Doutor em Cirurgia e Professor do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, eniowalker@gmail.com.

geram melhor resolubilidade clínica, foi introduzida, em meados da década de 90, a Diretriz de Acolhimento nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2006; CAMELO *et al.*, 2016). Sendo representada como uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, o acolhimento consiste no primeiro nível de contato do usuário que procura o serviço para o seu consequente direcionamento e atendimento, tornando-se o momento que favorece o delineamento do que o serviço pode oferecer, como avaliar e discriminar a demanda de atendimento (Ministério da Saúde, 2010; JORGE *et al.*, 2011).

O acolhimento é uma ferramenta que promove ordenação dos processos de trabalho em saúde, exigindo a articulação dos saberes da equipe multiprofissional, a fim de construir o processo avaliativo e conclusivo das necessidades identificadas nos casos acolhidos, além de ocupar um lugar central no projeto terapêutico institucional. Por isso, deve ser priorizado na organização dos processos de trabalho e cuidado, e ser considerado nos processos de educação permanente das equipes, para que não se torne uma triagem burocrática (MOREIRA, 2017), e não seja compreendido apenas como a oferta de um simples serviço, mas sim, como uma prática de acolhida as necessidades específicas de cada usuário.

A regionalização do ensino universitário com promoção de ações de extensão sólidas é um dos principais objetivos dos cursos da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA/UFRN, pois buscam estruturar a formação profissional dentro da perspectiva de ensino, pesquisa e extensão (Projeto Pedagógico do curso de Fisioterapia, 2012).

Um de seus projetos, “FACISA NO COMBATE AO AVC”, alicerça-se no objetivo de combate a uma das doenças que apresenta índice de maior morbimortalidade no mundo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Para isso, o projeto conta com uma equipe multiprofissional formada por alunos e professores dos cursos de Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem, além de profissionais como Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudióloga e Fisioterapeutas, alunos do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação, que juntos buscaram mecanismos para implementar uma proposta de acolhimento a esses pacientes, além de criar estratégias para estadiamento clínico e triagem profissional.

Diante dessas realidades e tendo o conhecimento sobre o grande impacto social e econômico do AVC, justifica-se a iminência da necessidade de reformulação dos sistemas de atendimento, para que busque uma forma integrada de olhar o paciente, viabilizando as estratégias de diagnóstico e tratamento desenvolvidas (HACHINSKI, 2010).

Contudo, com a implementação dessa proposta, faz-se necessário a realização de uma avaliação sobre o impacto organizacional e clínico com vistas a serem realizados possíveis ajustes. Dessa forma, este trabalho apresenta o objetivo de descrever a experiência do processo de implantação de acolhimento no projeto de extensão “Facisa no Combate ao AVC”.

METODOLOGIA

A proposta de acolhimento realizada no projeto “Facisa no combate ao AVC”, teve como principal perspectiva a mudança de estratégia na forma de admitir os pacientes ao serviço, buscando oferecer uma visão ampla no cuidado a saúde, com diversos olhares por meio de uma equipe multiprofissional e proporcionando uma relação mais humanizada entre terapeutas e pacientes, aprimorando dessa forma o cuidado aos usuários.

Para isto, a proposta de acolhimento foi idealizada em três fases. Na primeira fase foram realizados encontros multiprofissionais compostos por: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudióloga, nutricionista e enfermeira, tendo a finalidade de construir uma ficha de acolhimento em formato de triagem, que seria aplicada de forma compartilhada pelos profissionais e discentes que compõem o projeto, sendo refletido nesta etapa acerca das comorbidades associadas que se apresentam com maior frequência no público ao que se pretendia aplicar, discutindo quais os dados mais relevantes a serem adicionados na ficha de acolhimento, a melhor forma de apresentação dos mesmos, em como a sequência de organização das informações, de forma a fazer com que o instrumento de coleta de dados pudesse reunir informações das áreas específicas de atuação dos profissionais, no entanto, favorecendo que sua aplicabilidade pudesse ser realizada por qualquer um destes. Desta forma, essa fase configurou uma das mais relevantes na construção da proposta de acolhimento, pois possibilitou o diálogo multiprofissional e interdisciplinar sobre as condições de saúde da população que se propôs a assistir.

Na segunda fase, a ficha foi utilizada em momento de acolhimento inicial realizado pela equipe multiprofissional, com participante pré-selecionada, para que pudesse ser elencado as possíveis potencialidades e falhas do instrumento utilizado. Durante esta etapa os profissionais foram produzindo questionamentos, que previamente não haviam sido previstos na fase de elaboração da ficha, permitindo a observação da necessidade de modificação de alguns elementos do instrumento, assim como a inserção de outros questionamentos que se faziam importantes para o conhecimento da demanda do usuário que estava sendo acolhido.

Após a aplicação da ficha de acolhimento, deu-se início a terceira fase, na qual os profissionais envolvidos na elaboração da ficha e que participaram do acolhimento inicial, realizaram um novo encontro para discussão da experiência vivida, sendo exposto neste momento as limitações percebidas durante o período de acolhimento, as informações adicionais que durante o processo foram apresentadas e que, no entanto, não havia sido elencadas na ficha para consequente mensuração, destacaram-se as potencialidades da proposta, assim como foi realizada a apresentação de sugeridas e viáveis alterações no modelo original, com a finalidade de aperfeiçoar o processo de acolhimento. Essa fase permitiu aprimorar a visão dos profissionais sobre as reais necessidades apresentadas pelo usuário, desconstruindo o modelo médico, cujo o foco está pautado na doença e ampliando as possibilidades de escuta qualificada. Ao término dessa fase, sendo realizada as sugestões apresentadas pelos profissionais, chegou-se ao modelo final da ficha de acolhimento.

FIGURA 1 - Processo de construção da proposta de acolhimento



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando as discussões realizadas nos encontros promovidos pelos profissionais, deu-se origem a uma ficha de acolhimento, que contempla questões referente ao levantamento de informações sobre o usuário assistido, abrangendo de forma global todas as áreas profissionais envolvidas no programa. As abordagens dessas áreas foram consideradas na elaboração dessa ficha, pois compreende que essa prática constitui um elemento essencial de mudança na forma de admissão desses usuários, possibilitando um aumento na capacidade de compreender esse indivíduo em sua integralidade, seguindo para isto os princípios que norteiam o SUS. (LEITE *et al.*, 2010).

A versão final da ficha de acolhimento foi dividida em oito partes, sendo estas: dados pessoais, dados familiares, dados antropométricos, sinais vitais, caracterização do paciente, antecedentes patológicos, escalas específicas e a tomada de decisão acordada por todos os profissionais envolvidos. A estruturação deste instrumento levou em consideração o conhecimento prévio da realidade da população estudada, ordenando os dados de forma a favorecer o planejamento do cuidado a partir das informações fornecidas.

Inicialmente, foram abordadas as informações sociodemográficas, sendo exposto dados pessoais como: nome; idade; gênero; endereço; contato; religião; número no cadastro de pessoa física (CPF); unidade básica de saúde de referência; grau de escolaridade; profissão e ocupação atual. Esses dados foram coletados na perspectiva de observar o perfil dos usuários, com a finalidade de considerar essas informações no momento da elaboração de estratégias de promoção do cuidado a saúde, para que seja possível trabalhar com as diversas realidades e demandas, adequando as ações a faixa etária e ao grau de instrução de cada usuário, de forma a garantir que as intervenções alcancem positivamente os indivíduos.

Seguindo a construção da ficha, tem-se os dados familiares que contempla: renda familiar; número de moradores da residência; quantos membros da família trabalham e o tipo de residência (própria, alugada ou cedida). A análise dessas informações permitiu o breve conhecimento sobre as despesas familiares e os gastos dispensados com cuidados a saúde.

Os dados antropométricos e os sinais vitais são caracterizados através das medidas de: peso (kg), índice de massa corporal, altura e MC; pressão arterial, frequência cardíaca; frequência respiratória; temperatura, diagnóstico médico, médico responsável, motivo do encaminhamento ao serviço e código internacional de doenças (CID). Esses dados de referência

sobre o estado clínico do usuário no momento da admissão segue o proposto pelo Manual de rotinas para atenção ao AVC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Posteriormente, apresenta-se a parte de caracterização do paciente, sendo norteadada pela patologia do mesmo, seguem: tempo de lesão; presença ou ausência de afasia; necessidade de dispositivo auxiliar para sua locomoção; presença ou ausência de dificuldade de mastigação; presença ou ausência de dificuldade de deglutição; presença ou ausência de engasgos; tipo de dieta; forma de consistência da dieta; estado vacinal; incontinência, hábitos de vida (Tabagismo, tempo de tabagismo, etilismo, outras drogas, padrão de sono e atividade física), assim como abre espaço para possíveis observações.

Os antecedentes patológicos descrevem: hipertensão arterial sistêmica; AS; diabetes mellitus; cardiopatias; alergia; neoplasia; dislipidemia. A ficha abre espaço também para a descrição dos antecedentes cirúrgicos e familiares; os medicamentos que são utilizados; exames complementares, assim como para o conhecimento da história da doença atual e a queixa principal.

Por fim, traz nos anexos escalas específicas de avaliação funcional, sendo: Escala de avaliação funcional pós-AVE – Escala de Rankin modificada (WILSON *et al.*, 2002); Miniexame do Estado Mental (MEEM) (FOSTEIN *et al.*, 1975); e o Teste de Katz (Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária) (KATZ, *et al.*, 1963).

A proposta de acolhimento desenvolvida neste projeto, compreende que o acolhimento é uma prática independente de ambiente físico e que deve ser realizada, assim como o proposto pelo sistema único de saúde (SUS), como um método de receptividade as demandas, realizando uma escuta qualificada e direcionada. Além disso, enxerga nesse momento a possibilidade da troca de saberes, do entendimento das necessidades, o que possibilita o aperfeiçoamento das práticas realizadas, sendo este um dos fatores que compõe a prática humanizada (FERREIRA *et al.*, 2018).

Dessa forma, o acolhimento vem sendo considerado como uma excelente prática em saúde por todos os envolvidos, pois além dos diferentes profissionais implementados no âmbito do projeto de extensão, foram também consideradas boas práticas realizadas no cotidiano da Clínica Escola da Facisa, contribuindo para a organização do processo de trabalho, tais como: adaptação ou flexibilização dos atos normativos ao contexto da Clínica, apoio matricial de especialidades, e realização de visitas nos grupos terapêuticos ou de acompanhamento.

Ainda neste campo, o bom trato ao usuário e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados na medida em que esclarecem ao usuário as rotinas e procedimentos, fluxos e limites de atendimento, bem como possibilitam a execução de ações que sejam compatíveis as reais necessidades dos pacientes acolhidos (RODRIGUES *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

O processo de implantação de acolhimento no projeto “Facisa no combate ao AVC” ainda se encontra em fase de teste e adaptação, porém, tem demonstrado potencialidade no objetivo de obter informações básicas sobre os pacientes que assiste, escutando as necessidades individuais e consequentemente proporcionando um auxílio no direcionamento das tomadas de decisões e encaminhamentos.

Sendo assim, a compreensão do acolhimento amplia-se, convertendo-se num lugar de encontro entre profissionais e usuários, que reporta tanto a um espaço físico disponível para o cuidado, quanto a um espaço simbólico de relações sociais e de diferentes percepções e demandas de cuidado.

REFERÊNCIAS

CAMELO, M.Z; LIMA, L.R; VOLE, C.R.G; SANTOS, W.S; REHEM, T.C.M.S.B. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p.8-463, 2016.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.

GUERRERO, P; MELLO, A. L. S. F; ANDRADE, S.R; ERDMANN, A.L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.1, janeiro-março, 2013.

JORGE, M.S.B; PINTO, D.M; QUINDERÉ, P.H.D; PINTO, A.G.A; SOUSA, F.S.P; CAVALCANTE, C.M. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.60-3051, 2011.

KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 12, n. 9, p 185,1963.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.**

MOREIRA, C.P; TORRENTÉ, M.O.N; JUCÁ, V.J.S. Analysis of the embracement process in a Child and Adolescent Psychosocial Healthcare Center: considerations from an ethnographic investigation. **Interface**, Botucatu, 2017.

WILSON, J.T.L; HARENDRAN, A; GRANT, M; BAIRD, T; SCHULZ, U.G.R; MUIR, K.W; BONE, I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. **Stroke**, v. 33, p. 2243-2246, 2002.

FERREIRA BR, SILVA FP, ROCHA FCV, et al. Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 10, p. 669-674, julho-setembro, 2018.

LEITE, L. LOBO, B. LIMA, NS. MENGARDA, CF. Acolhimento Multiprofissional: Atuação do Psicólogo. **Revista de Psicologia da IMED**, vol.2, n.1, p. 276-287, 2010.

RODRIGUES, M. P., LIMA, K. C., & RONCALLI, A. G. (2008). A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 71-82, 2008.

HACHINSKI V, DONNAN G, GORELICK P, HACKE W *et al.* Stroke: Working Toward a Prioritized World Agenda. **Stroke**, v. 41, p. 1084-1099, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília. **Editora do Ministério da Saúde**, p. 50, 2013.