

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA VISÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Kathya Suênia Diniz Santos; Marília Lourencio dos Santos; Douglas Luiz de Oliveira Santos; Aline Maria Melo da Silva; Ana Tereza Soares de Maria.

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
E-mail: kathya.suenia@hotmail.com

Resumo: O acolhimento no Sistema Único de Saúde emerge na perspectiva de promover maior resolutividade e vínculo. A atenção básica apresenta-se como locus potente para se pensar a respeito da educação permanente em saúde e o processo de construção do acolhimento, isso devido a sua proximidade com o usuário do SUS e as dificuldades encontradas no cotidiano do serviço. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo fazer uma reflexão crítica e teórica sobre a prática de acolhimento vivenciada pelos residentes da RMSFC, a fim de uma melhor compreensão sobre os processos que gerem a saúde nacional, viabilizando uma melhor formação profissional. A pesquisa trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído através da vivência do acolhimento de cinco residentes vinculados a RMSFC, na USF – Mudança de Vida no município de João Pessoa-PB. O acolhimento na USF - Mudança de vida acontece de forma diversificada entre as equipes de saúde, apesar de se encontrarem em uma mesma estrutura física. Como prática compartilhada tem-se escuta qualificada executada por profissional de nível superior, a quebra da cultura de entrega de fichas e utilização de uma classificação de risco que ocorre na maioria das equipes. Após explanação dos processos de trabalho, evidenciam-se nós críticos no processo, apesar dos avanços. Há a necessidade de se implementar momentos de educação permanente mais eficientes para a reflexão e aprofundamento sobre a prática de trabalho e a participação popular deve ser incentivada com a garantia de espaços de diálogo comunidade-equipe-gestão.

Palavras-chave: Acolhimento; Educação Permanente; Residentes Multiprofissionais.

INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e dever do Estado foi reivindicada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e consolidada na constituição federal de 1988, apontando a construção do modelo nacional de atenção à saúde, a partir de diretrizes que asseguram um sistema integral, universal e equânime (BRASIL, 2011).

Neste sentido, de seguir as diretrizes constitucionais, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MORI; OLIVEIRA, 2009). A também chamada de HumanizaSUS emerge da convergência de três objetivos centrais: primeiramente enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; Em segundo lugar, redesenhar e articular iniciativas de humanização do Sistema Único

de Saúde (SUS) e , por último, enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

Dessa forma a PNH apresenta-se como uma política para se reinventar modos de gerir e de cuidar, demonstra ênfase na Educação Permanente (EP) dos trabalhadores e toma como uma de suas diretrizes o acolhimento, na perspectiva de promover maior resolutividade e vínculo nos serviços saúde (BRASIL, 2007).

No SUS, a porta de entrada, preferencial, trata-se da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que abrange o nível de atenção primário, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico/tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à população (BRASIL, 2012).

É lá que é realizado o primeiro contato com o usuário e dado o devido direcionamento para a resolução de suas demandas. Entretanto vem enfrentando dificuldades, desde de sua implementação, como no acesso, acolhimento, na efetividade de suas práticas e em sua capacidade de

gestão/coordenação do cuidado. O caderno de atenção à saúde: Acolhimento à demanda espontânea versa sobre o acolhimento formulado, na gestão do processo de trabalho em saúde, para a atenção básica, direcionando em aspectos centrais a sua implementação no cotidiano dos serviços, apresenta ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade (BRASIL, 2013).

Dentro do que foi exposto, a atenção básica é um locus potente para se pensar a respeito da educação permanente em saúde e o processo de construção do acolhimento. Isso devido a sua proximidade com o usuário do SUS e as dificuldades encontradas no cotidiano do serviço. Cavalcanti e Wanzeler (2010) sinalizam a Educação Permanente em Saúde como uma metodologia que visaria atingir, a partir da problematização do cenário de práticas de saúde, “a qualificação dos processos de trabalho em saúde, com fins à resolutividade, integralidade e humanização da atenção”.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) encontra-se na atenção primária no município de João Pessoa, tendo essa como campo de prática, e foi através de sua vivência em serviço que evidenciou a necessidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o

processo de acolhimento e educação permanente ocorrentes. Nesse sentido, o presente estudo objetiva fazer uma reflexão crítica e teórica sobre a prática de acolhimento vivenciada pelos residentes da RMSFC a fim de uma melhor compreensão sobre os processos que gerem a saúde nacional, viabilizando uma melhor formação profissional.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído através da vivência do acolhimento dos residentes vinculados a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), na Unidade Integrada de Saúde da Família Mudança de Vida (USF – Mudança de Vida), constituída de quatro equipes, localizada no bairro de Gramame no município de João Pessoa, Paraíba.

A USF - Mudança de Vida é uma unidade escola e campo de prática para as residências médica e multiprofissional. Nesse sentido a integrada apresenta 6 médicos, 4 da residência e 2 do Programa mais médicos, e 4 enfermeiras. Duas equipes (II e IV), as mais populosas, apresentam dois médicos.

As residências multiprofissionais criadas com a lei nº 11.129 de 2005, são norteadas pelos princípios e diretrizes do

SUS, e visam fortalecer o trabalho na prática, focado na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, visando a continuidade do cuidado, objetivam aperfeiçoar a formação profissional para o SUS (BRASIL, 2005).

O processo em foco foi o acolhimento realizado pela integrada, excluindo-se o das demandas de saúde bucal, já que as equipes de saúde bucal realizam um processo de acolhimento e organização de seus atendimentos diferenciadamente.

Foram objeto desse relato a vivência de cinco residentes do primeiro ano de residência, envolvendo os núcleos de nutrição, fisioterapia, farmácia, psicologia e enfermagem. As vivências ocorreram de forma sistemática 5 vezes por semana em 4 equipes de saúde da família, sendo realizado rodízio entre os R1 nas equipes cada semana, para que todos passassem por todas as equipes. O período da experiência ocorreu nos meses de março e abril de 2016, a mesma foi registrada em diário de campo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes e

compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

É de suma importância que essa escuta no ato do acolhimento mantenha-se uma postura adequada e que os profissionais de saúde conheçam os fluxos dos serviços referenciando para os encaminhamentos necessários, garantindo aos usuários um serviço de atendimento humanizado e equânime (BRASIL, 2006).

A classificação de risco é o processo que organiza o acesso dos usuários que buscam a unidade de saúde da família, após o primeiro contato e avaliação deve-se informar ao paciente, fluxos que serão realizados e tempo de espera de acordo com a sua demanda. Faz necessário que a equipe estabeleça um fluxograma como organização do processo de trabalho, fazendo com que todos os profissionais da rede de atenção garantam uma assistência qualificada para os usuários (BRASIL, 2013).

O acolhimento na USF - Mudança de vida acontece de forma diversificada entre as equipes de saúde, apesar de se encontrarem em uma mesma estrutura física. No processo prático existem similaridades e divergências quanto à sua execução, bem como dificuldades implícitas no cotidiano. Lembremos que o momento de acolhimento e

consequente classificação de risco para priorização dos atendimentos materializa, na Atenção Básica, o princípio da equidade. Sobre o tema, o Caderno que dispõe sobre Acolhimento a demanda espontânea ressalta:

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 devido à não observação das diferentes necessidades (BRASIL, 2012).

Os aspectos comuns às unidades de saúde relacionam-se, primeiramente, ao horário estipulado para o acolhimento inicial, ocorrendo entre 7h 30min e às 8h da manhã. Nesse momento os usuários passam pela escuta qualificada realizada por um profissional de nível superior, normalmente o médico ou enfermeira. Nessa escuta é realizada a classificação de risco, algum atendimento que seja mais simples, alocação dos casos prioritários, estabelecendo a ordem do atendimento e o profissional que dará conta daquela demanda.

Vê-se, portanto, que todas as equipes referidas neste trabalho, seguem as orientações das Políticas de Atenção à Saúde no que diz respeito ao acolhimento dos usuários, uma vez que avaliam a necessidade de cuidados imediatos, identificam

vulnerabilidades, classificam o risco para definir as prioridades de cuidado e encaminham o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Atribui-se ainda nesse processo o local de sua realização que ocorre no salão comum da unidade, dividido em quatro partes, individualmente, porém com a privacidade prejudicada. No entanto, quando necessário as escutas são realizadas nos consultórios. O quantitativo de atendimentos não é estipulado na maioria das unidades, apenas uma equipe fixa um número de 25 sujeitos, mas que dependendo da necessidade pode ser alterado.

O Agente Comunitário de saúde (ACS) está presente em todas as equipes, executando principalmente o papel de pegar e organizar os prontuários na ordem de atendimentos para os respectivos profissionais e ficar no apoio do acolhimento. Geralmente esse processo é realizado por escala, entretanto alguns ACS's são mais ativos que outros. O ACS apresenta-se com grande potencial no processo de acolhimento da população, uma vez que conhece mais profundamente os sujeitos e seus núcleos familiares e socioculturais, compreendendo melhor o processo saúde/doença dos indivíduos, auxiliando, assim, os demais profissionais na efetivação de um cuidado integral. Fonseca (2013) ressalta esse papel ao afirmar o acolhimento com a fomentação do

vínculo, uma ação essencial desses profissionais, buscando uma assistência humanizada, educativa e que venham atender as necessidades da comunidade.

Outro ponto convergente é que após o horário estabelecido, os usuários que necessitarem de atendimento no dia são direcionados à sala de observação, onde as técnicas de enfermagem fazem uma escuta e, dependendo da necessidade, pactuam com a equipe respectiva o seu atendimento.

Dentro dos aspectos relatados, vale salientar que a prática do acolhimento acontece de forma muito dinâmica caracterizando, “trabalho vivo em ato”, como discursa Merhy (2005), onde ocorre a produção da saúde, no exato ato de trabalho do profissional. O processo de trabalho do acolhimento é alterado de acordo com a necessidade do serviço e dos usuários, por se tratar de um trabalho vivo que interage constantemente com normas, instrumentos, processos de trabalhos divergentes, conseqüentemente é um processo em construção constante, estando sempre entre as pautas das equipes de saúde. Este trabalho realizado por diferentes profissionais e de diferentes categorias profissionais trata-se de um trabalho cooperativo.

Para Peduzzi e Schraiber (2012) o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à:

Dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano.

Aprender a trabalhar em equipe é outro desafio para os profissionais, a temática da humanização do SUS envolve uma reflexão sobre a formação dos profissionais interligados à assistência, visto que eles são um dos pilares, quando se busca a criação de uma nova cultura de atendimento.

Nos serviços de saúde encontramos o usuário e o profissional, tem-se neste encontro a geração do cuidado, objetivo do trabalho em saúde. Esta relação continua de trabalhadores e usuários sujeitos do processo, é capaz de um protagonismo que muda o sentido do trabalho e produção da saúde (FRANCO, 2005).

No processo de trabalho em saúde, a sua complexidade se depara com o fato de ser um serviço dependente de um vínculo interpessoal para a eficácia do seu ato, exigindo, portanto do profissional relacionar-se com o usuário que lhe procura, sistematizando neste vínculo uma série de necessidades: responsabilização, escuta, acolhimento, vínculo, confiança dentre outras

e nem sempre os mesmos estão preparados para esta dedicação (NOGUEIRA, 2004).

O fato é que estas mudanças dos serviços de saúde é um pilar para a constituição de novos referenciais, capazes de reorganizar o atendimento da demanda. A problemática é que o método encontrado para estas mudanças tem sido as “situações problemáticas” das unidades de saúde, gerando assim, discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e/ou usuários, os principais atores de uma nova organização do processo de produção do cuidado (FRANCO, 2005).

Identificam-se, ainda, práticas cotidianas divergentes na integrada, envolvendo a singularidade de cada território e da equipe de saúde da família. As equipes I e IV apresentam características semelhantes em seu cotidiano: os usuários chegam e se organizam em ordem de chegada, após isso são escutados pelo médico ou enfermeira. Ambas realizaram reuniões com a comunidade para a implementação do atual modelo de acolhimento. Nesse sentido, vê-se o quanto é importante à participação da comunidade nos processos de decisão de uma equipe de saúde, visando um melhor vínculo de cuidado com os mesmos, os quais são corresponsáveis por sua saúde.

Já as equipes II e III apresentam dinâmicas diferentes. As duas equipes não

realizaram reunião com suas populações. Os usuários, na equipe II são organizados pelos ACSs com a entrega de fichas na ordem de chegada para que nessa ordem sejam escutados pelas médicas residentes, e em seguida, sejam atendidos nos consultórios. A equipe III é a que apresenta uma rotina mais particular: os ACS's entregam as fichas na ordem de chegada, já fazendo a escuta das queixas dos usuários e determinando quem vai para atendimento médico ou para a enfermeira, existe também um número determinado de atendimentos que deve ser preconizado, sendo esse de 25 usuários. Entretanto, dependendo da necessidade esse quantitativo pode ser alterado. O ato de entrega de fichas para atendimento também é relatado no estudo de Sampaio et al (2014), onde evidencia-se um modelo tradicional de demanda o qual a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe combater.

Dentro de toda a experiência relatada a Educação Permanente apresenta-se como recurso potente para a transformação de práticas, sendo esse um processo de ensino-serviço a partir da vivência no cotidiano do trabalho em saúde, visando à efetivação de cuidados em saúde e a integralidade. Visto isso e analisando as necessidades dispostas acima, torna-se imprescindível a implantação de “momentos de educação permanente”, com foco em uma reflexão sobre a prática do

cuidado, para assim fortalecer o processo de trabalho das equipes de saúde.

Sarreta (2009) destaca o reconhecimento da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde para a formação dos trabalhadores da saúde no contexto do SUS, como uma necessidade para melhorar as relações entre os sujeitos envolvidos e assim ampliar a participação dos atores sociais da saúde.

Segundo a autora, a Educação Permanente em Saúde valoriza a aprendizagem no trabalho e torna-se necessária para construir compromissos com a transformação do modelo assistencial, buscando desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando à plenitude da atenção.

No SUS a unidade de saúde da família, deve ser vista como integradora da participação das instituições de ensino, gestão e usuários. Vale ressaltar, assim, que a USF-Mudança de Vida caracteriza-se como Unidade-Escola, possuindo seis médicos, entre eles quatro residentes por período de dois anos e dois do programa mais médicos onde atuarão por cerca de três anos, sendo assim nenhum é fixo e isso leva a um maior dinamismo na Equipe.

Os profissionais inseridos na equipe, independentemente do tipo de vínculo, devem procurar prestar um atendimento humanizado,

com acolhimento em todos os acontecimentos e em todos os locais, oferecendo sempre uma resposta positiva ao bem-estar do usuário e respondendo as obrigações da atenção básica procurando promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (FONTOURA, 2006).

No âmbito das práticas integradoras e participativas apenas as equipes I e IV trouxeram a responsabilização para os usuários em reunião ao processo de desenvolvimento do trabalho, assim como o fluxo encontrado no acolhimento, para assegurar a resolução das necessidades da comunidade.

Na USF em questão, não há relatos de queixas em relação ao acolhimento de cada equipe, entretanto sabe-se o quanto é valiosa a participação e a tomada de responsabilidade da população no fluxo deste atendimento. É importante ressaltar que a participação social consiste em uma diretriz constitucional do SUS e a sociedade deve exercer esse direito, a fim de buscar melhores condições de saúde. A criação de espaços para diálogo com a comunidade é de suma importância, mas além da garantia desses espaços é primordial a sua ocupação. Tornar os usuários parceiros e protagonistas no processo de gestão do trabalho das equipes é fundamental para uma prática integrativa e participativa como corrobora Rolim (2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada pelos residentes multiprofissionais pôde ampliar o olhar sobre a prática do acolhimento, articulando a teoria com o cotidiano de trabalho. Identificar as dificuldades, a reação da população e suas demandas rotineiras, expande a percepção do profissional tornando-o mais sensível aos determinantes no processo saúde-doença.

Dentro do exposto evidencia-se que apesar da demanda elevada, dificuldade de articulação entre os profissionais e a falta de participação social na comunidade, existem potencialidades no serviço, como a escuta qualificada executada por profissional de nível superior, a quebra da cultura de entrega de fichas e utilização de uma classificação de risco que ocorre na maioria das equipes.

Nós críticos no processo de trabalho continuam presentes, apesar dos avanços. Há a necessidade de se implementar momentos de educação permanente mais eficientes para a reflexão e aprofundamento sobre a prática de trabalho. A participação popular deve ser incentivada com a garantia de espaços de diálogo comunidade-equipe-gestão. A partir dessa percepção cabe o querer de transformar as práticas.

Na perspectiva de um processo formativo em ato a residência multiprofissional apresenta potencial transformador, tanto do residente quanto do serviço em que ele se insere. Os questionamentos, a busca teórica e execução de pesquisas possuem papel de fomentar reflexões e mudanças de prática.

Dentro de todo o conteúdo exposto estimula-se a contribuição coletiva, envolvendo usuários, gestão, serviço e instituições de ensino, na construção de profissionais e um sistema de saúde que atendam as demandas emergentes pela sociedade em relação as suas questões de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens e as Residências na área da saúde. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda

espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, vol. II. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. 2008. < Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 01 abril. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 06 de abril de 2016.

CAVALCANTI, Y. W.; WANZELER, M. C. Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em saúde coletiva. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 13, n. 1, p. 13-20, 2010.

FONSECA, G. G. P. et al. Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: uma revisão integrativa. Saúde (Santa Maria), v. 39, n. 2, p. 09-22, 2013.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm. 59(4): 532-7, jul-ago, 2006.

FRANCO, T. M. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e

espaços públicos. Rio de Janeiro:
Cepesc/Uerj/Abrasco, p. 181-93, 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em
saúde. Material produzido para a
EPJV/FIOCRUZ, 2005.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os
coletivos da Política Nacional de
Humanização (PNH): a cogestão em ato.
Interface Comun Saúde Educ. 13(Supl.
1):627-640, 2009.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.;
RODRIGUES, V. A. Limites críticos das
noções de precariedade e desprecarização do
trabalho na administração pública. In:
BARROS, A. F. R. (Org.) Observatório de
Recursos Humanos em Saúde no Brasil:
estudos e análises. Brasília: Ministério da
Saúde, 2004.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo
de Trabalho em Saúde. In: Dicionário da
Educação profissional em Saúde. Rio de
Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. Acessado:
05/03/2012
Disponível:<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

ROLIM, L. B. et al. Participação popular e o
controle social como diretriz do SUS: uma
revisão narrativa. Saúde debate, v. 37, n. 96,
p. 139-147, 2013.

SAMPAIO, J.; SANTOS, K. S. D.;
CARVALHO, P. O. F.; BRONZEADO, N.F.
F. D.; OLIVEIRA, R. A. Pet-Saúde e
Educação Permanente: Dispositivos Potentes
na Problematização do Acolhimento na Saúde
da Família. R. Bras. Ci. Saúde. 18(50
Sup.1):49-54, 2014.

SARRETA, F. O. Educação permanente em
saúde para os trabalhadores do SUS. São
Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura
Acadêmica, 2009.