ACOLHIMENTO: responsabilidade de quem? Um relato de experiência

Aline Corrêa de SOUZA[a]
Marta Julia Marques LOPES[b]

RESUMO

Trata-se de um artigo sobre acolhimento dos usuários em Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre/RS[c], baseado em experiências na Residência Integrada em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública e reflexões sobre bibliografia específica. Acolhimento é a forma como o serviço de saúde se organiza para receber seus usuários e responder as suas demandas, apoiando-se em processos educativos em saúde no sentido de construir uma relação diferente daquela estabelecida com pronto atendimentos. Acredita-se que a enfermeira[d] seja a profissional indicada para esta tarefa pela sua formação de base coletiva e centrada na atenção integral ao ser humano.

Descritores: prática de saúde pública; serviços de saúde comunitária; enfermagem em saúde comunitária.

RESUMEN

Este artículo presenta comentarios sobre la recepción en la Unidad de Salud de Porto Alegre/RS. *Las autoras describen su experiencia* (Residência Integrada em Saúde Coletiva – Escola de Saúde Pública) *y reflexión acerca de trabajos bibliográficos. La recepción es la manera en la cual el servicio de salud publica se organiza para recibir sus usuarios. Su intención es educar al usuario acerca de la salud y construir un atendimiento diferenciado. Las autoras creen que la enfermera es la profesional mejor calificada para esta actividad.*

Descriptores*: práctica de salud pública; servicios de salud comunitaria; enfermería en salud comunitaria.*
Título*: Recepción:¿quién es el responsable?Un relato de experiencia*

ABSTRACT

This paper is about the sheltering of users in a basic health unit in Porto Alegre/RS according to the experience during the Integrate Residency Program in Collective Health at the Public Health School and reflections about specific bibliography. Sheltering is the manner in which the health service is organized to attend its users and to answer their demands, relying on health educative processes aiming to build a different relation than that established in "emergency rooms". It is believed that the nurse is the professional indicated to this task because of its basic education in collectivity and integralized human care.

Descriptors: *public health practice; community health services; community health nursing.*
Title: *Sheltering: who's responsibility is it? An experience report*

---

[a] Enfermeira residente da Residência Integrada em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública/RS, membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares do Gênero Saúde e Trabalho da Escola de Enfermagem da UFRGS.
[b] Doutora em Sociologia. Professora Titular do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS.
[c] Projeto financiado pelo CNPq, parcerias entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Grupo Hospitalar Conceição e Programa de Saúde da Família de Porto Alegre.
[d] Neste artigo adota-se o termo enfermeira devido a maioria dos profissionais desta categoria serem mulheres.

Souza AC, Lopes MJM. Recepción: ¿quién es el responsable? Un relato de experiencia [resumen]. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1): 8.

Souza AC, Lopes MJM. Sheltering: who's responsibility is it? An experience report [abstract]. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1):8.

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste artigo é o acolhimento dos usuários em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. Durante a realização do Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva, realizada no Centro de Saúde Escola Murialdo em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, pode-se constatar a importância do trabalho da enfermeira na acolhida aos usuários nas Unidades Básica de Saúde.

O atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, diferente de um serviço de pronto atendimento, está intimamente ligado às necessidades da comunidade em que está inserido. Para isso, os profissionais que atendem na Unidade necessitam conhecer sua área de abrangência, bem como as demandas e necessidades da população adscrita. Usualmente, o atendimento é organizado através do agendamento de consultas para os profissionais de saúde que compõem a equipe (demanda organizada) e do atendimento de casos agudos de pessoas que buscam diariamente as Unidades Básicas de Saúde (demanda espontânea).

Organizar a demanda espontânea é um grande desafio para a equipe de saúde, visto que os usuários que chegam à Unidade de Saúde trazem múltiplas necessidades e angústias e devem receber um atendimento adequado que responda as mesmas.

Merhy, Cecilio e Nogueira Filho[1] afirmam que a recepção é um ponto estratégico no atendimento de uma Unidade de Saúde, e por isso deve contar com profissional qualificado que possa fornecer informações e encaminhamentos corretos. Acredita-se que uma Unidade Básica de Saúde que tem seu trabalho pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde necessita buscar formas de acolher seus usuários diferente daquela em que, após passar horas em uma fila, recebem a informação de que não há mais consultas ou fichas.

A partir dessas reflexões iniciais, este artigo objetiva discutir o acolhimento de usuários no atendimento de uma Unidade Básica de Saúde, à luz de experiências na Residência Integrada em Saúde Coletiva e do aporte bibliográfico específico.

2 A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA

O Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva, dirigido pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, tem como objetivo qualificar profissionais de saúde para a intervenção analítica, crítica, investigativa e propositiva no âmbito técnico, administrativo e político institucionais de saúde no campo do Sistema Único de Saúde. No Centro de Saúde Escola Murialdo, desenvolve-se esse Programa na área da Atenção Básica, com duração curricular de dois anos e 600 horas-aulas, somando-se 2.400 horas de estágio. Os residentes recebem uma bolsa-auxílio e se dedicam em tempo integral para a Residência[2] .

Durante o primeiro ano, profissionais enfermeiras, psicólogos, médicos, assistentes sociais, nutricionistas e odontólogos desenvolvem suas atividades práticas em uma das sete Unidades Básicas de Saúde que compõem o referido Centro de Saúde, sob supervisão dos respectivos profissionais da Instituição. No segundo ano, cada área profissional possui uma escala de estágios em diversas instituições, com o objetivo de possibilitar uma visão ampla do sistema de saúde vigente.

A especialização, conforme modalidade de formação em serviço sob supervisão (residência), objetiva a qualificação através de atividades didático-complementares desenvolvidas em ambientes integrados por profissionais e recursos específicos para atingir tal propósito[3]. As atividades são, assim, divididas entre Núcleo, específicas de cada profissão e Campo, atividades de responsabilidade de todos profissionais. As atividades práticas correspondem a 80% e as didáticas-complementares a 20% da carga horária total da Residência.

Segundo Matumoto, Mishima e Pinto[4] a partir da identificação e respeito das atividades de campo e núcleo surge a interdisciplinaridade dentro da equipe de saúde. As atividades da residência visam possibilitar o convívio interdisciplinar para a construção de uma prática profissional mais integrada e resolutiva.

Nesse sentido as práticas integradas entre e inter-profissionais representam ao nosso ver passo importante em direção ao partilhamento das atividades que se configuram em interdependentes e complementares[5]. Essa integração é privilegiada quando se trata das atividades de acolhimento visto que proporcionam aos profissionais um exercício de síntese e o **conhecimento de causa** na tomada de decisões sobre a trajetória dos usuários no serviço. Com essa perspectiva, na seqüência, propõe-se discutir o acolhimento como resultado das experiências práticas.

3 ACOLHIMENTO: espaço de intervenção da enfermeira

O acolhimento humaniza as relações entre usuários e trabalhadores de saúde, através de um espaço onde se cria o vínculo a partir de uma escuta e de uma responsabilização que dão origem aos processos de intervenção. É nesse espaço que o profissional de saúde utiliza sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objetivo é o controle do sofrimento, ou a produção da saúde[6].

Matumoto, Mishima e Pinto[4] afirmam também que é necessário ao profissional que realiza o acolhimento saber ouvir; é preciso disponibilizar-se para a escuta do outro e de suas necessidades além da dor física. É a partir desta atitude que se cria o vínculo profissional-paciente, indispensável para dar início a um processo de estímulo à autonomia do usuário quanto ao seu cuidado, auxiliando-o no desenvolvimento de uma consciência cidadã. Partindo da identificação das demandas do paciente, as autoras acreditam que o profissional deve tentar, na medida do possível, resolver tais questões ou encaminhar o paciente para o ponto do sistema que seja capaz de responder às necessidades do indivíduo.

Paralelamente ao Programa de Residência em Saúde Coletiva as autoras desenvolvem-se atividades de Consulta de Enfermagem do Projeto de Pesquisa-Desenvolvimento: As Doenças Crônico Degenerativas e a Promoção da Qualidade de Vida[4] procura-se adotar atitudes que, contribuam para o sucesso da mesma.

Lopes, Silveira e Ferreira[7] salientam que, através da **escuta ativa** o profissional mostra ao outro que o compreende; através da **a aceitação do outro** aceita o outro de forma compreensiva; através da **empatia** compreende os sentimentos do outro e não apenas suas idéias; através da **confiança** possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado; e com a conduta de **ausência de julgamento** evita o julgamento negativo que desencadeia atitudes inadequadas e, freqüentemente, a não adesão à terapêutica.

Nessas bases, passou-se a discutir essa prática. Ao iniciar a Residência, em uma das Unidades Básica de Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo, o atendimento da demanda espontânea era realizado por ordem de chegada e com um número restrito de consultas médicas. A demanda reprimida, ou seja, pessoas que iam embora sem atendimento, era muito grande, e isto gerava uma grande ansiedade na equipe de saúde e, principalmente, nas auxiliares de enfermagem, que ficavam encarregadas de dizerem que não havia mais consultas. Outro fato que também se percebia, era que muitos motivos pelos quais as pessoas buscavam atendimento não eram casos agudos ou urgentes.

Essa constatação levou a equipe de residentes, sugerir a mudança na forma de atendimento, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde, e a partir de discussões com supervisores das atividades didático-complementares, a fim de garantir o acesso do usuário a um profissional de saúde da Unidade. Buscou-se assim, garantir o acesso que é a capacidade de

obtenção pelo paciente de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente[8].

Para garantir essa acessibilidade, foram realizadas discussões com a equipe de saúde visando sensibilizar seus membros e readequar o espaço da Unidade Básica de Saúde, bem como seus profissionais para o novo **formato** do acolhimento. Schimith[9], auxilia na compreensão desses **ajustes**, quando diz que através do acolhimento a equipe necessita pensar em soluções para os problemas trazidos pelos usuários, de forma a incentivar a responsabilidade e autonomia dos indivíduos. Por isso, para a realização do acolhimento é necessária uma estrutura que dê apoio ao profissional.

Encontra-se na bibliografia algumas reflexões sobre formas como o acolhimento é desenvolvido. Em um estudo[9] realizado em uma Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família, constatou-se que o trabalho de equipe está centrado no profissional médico, e que a enfermeira não se constitui enquanto referência para as auxiliares de enfermagem, sendo estas as responsáveis pela recepção dos usuários.

Outro serviço citado é o da cidade de Betim/MG, onde foi adotado o acolhimento em todas as Unidades de Saúde, aumentando enormemente o rendimento e resolutividade da profissional enfermeira, além de permitir o acesso a todas as pessoas que buscam a Unidade de Saúde[10]. É com base nessa referência que optou-se por desenvolver um acolhimento que respondesse as demandas do usuário e ao mesmo tempo que promovesse a saúde da comunidade.

Dessa forma, organizou-se uma escala da qual participavam três residentes de medicina e uma residente de enfermagem; estes profissionais ficavam responsáveis pelo acolhimento durante os turnos de trabalho. Através da reestruturação do espaço, foi utilizada uma pequena sala onde antes trabalhava a auxiliar administrativa. Com este espaço mais reservado, evitavam-se constrangimentos no momento do usuário relatar o motivo de sua busca à Unidade de Saúde.

No início de cada turno, o profissional responsável pelo acolhimento separava os prontuários de família e explicava para as pessoas que procuravam a Unidade de Saúde e aguardavam na sala de espera como funcionaria o atendimento; e respondia as dúvidas que por ventura surgissem.

Todos os atendimentos eram registrados nos prontuários, possibilitando a continuidade dos atendimentos posteriores. Com a realização do acolhimento, todas as pessoas eram ouvidas e, conforme a avaliação do caso, era dado o encaminhamento para o início do processo de intervenção. Durante o acolhimento com a profissional enfermeira, percebia-se, muitas vezes, outros problemas que não eram os motivos geradores da procura do serviço. Em função disso, buscava-se a criação de um vínculo profissional-paciente que permitisse interferir na situação de forma a promover a qualidade de vida.

Procurou-se organizar todas as informações corretas e todos os encaminhamentos necessários para as mais diversas situações. A fim de melhor encaminhar cada caso, o profissional responsável pelo acolhimento dispunha também de consultas médicas **do dia** para casos agudos agendas dos demais profissionais de saúde para um possível agendamento de consulta e das agendas dos grupos de educação e saúde realizados na Unidade.

A realização do acolhimento proporcionou agilidade e aproveitamento do tempo de atendimento da Unidade de Saúde. Assim, uma pessoa que viesse buscar atendimento no dia para fazer acompanhamento de sua hipertensão, recebia já durante o acolhimento com a profissional enfermeira à orientação de que para esse tipo de atendimento o aconselhado seria agendar uma consulta com o profissional responsável pela sua micro-área, abordando assim, a importância do vínculo profissional-paciente. Ainda no acolhimento eram solicitados exames laboratoriais, se necessário, e orientado o dia do próximo agendamento, caso não houvessem mais agendas disponíveis.

Com essa conduta o paciente chegaria no dia da consulta com os resultados dos exames.

Com esta nova dinâmica, houve uma otimização do atendimento, pois por exemplo, no antigo esquema de fichas um paciente hipertenso que consultasse no dia, estaria tomando o lugar de uma urgência como uma pneumonia. Outro fator positivo é que caso se apenas fosse agendada uma consulta, o paciente teria que retornar outra vez para trazer os resultados de exames solicitados durante a consulta agendada. Enfim, o dispêndio de tempo do paciente e de consultas da Unidade seriam muito maior.

Com este novo formato de acolhimento há uma otimização tanto de tempo quanto do aproveitamento do trabalho da profissional enfermeira, que pode avaliar clinicamente um paciente utilizando todo o seu potencial para a assistência, e com isso garantir o impacto na acessibilidade dos usuários.

Alguns autores entendem que a autonomia exercida pela enfermeira deve-se à condição de que ela tem de "decidir sobre o seu trabalho, como exercício pleno do 'saber-fazer' no momento do procedimento assistencial"[10:348].

No decorrer dessa experiência, pode-se perceber que o perfil da enfermeira é o que melhor se adequa à realização do acolhimento. Acredita-se que essa profissional deve assumir essa atividade como própria visto que, muitas vezes, o que acontece é que a mesma se envolve em atividades difusas que, não necessariamente, representam agilização e competência para o serviço no atendimento de seus usuários.

No método anterior, onde as fichas eram distribuídas por ordem de chegada e os motivos de consultas não eram questionados, a demanda reprimida era atendida pela enfermeira e, mesmo durante a realização do acolhimento por outro profissional, as auxiliares de enfermagem levavam situações de usuários para discussão com a enfermeira. Observa-se que a enfermeira é a profissional que tem o melhor perfil para desempenhar esta atividade, pois presta um atendimento integral ao ser humano.

Com esta nova proposição de atendimento, ocorre uma inversão do modelo tecno-assistencial para um processo usuário-centrado[10], deixando o serviço mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva. Desta forma, o processo de trabalho se descentraliza da figura e do saber médico para a equipe multiprofissional que, a partir da escuta do usuário no acolhimento, dá respostas resolutivas às suas demandas.

Entre os desafios para a consolidação do novo modelo, encontra-se a vontade de mudar da equipe de saúde, que deve estar comprometida com a nova proposta, discutindo continuamente esses processos para o seu aprimoramento. Dentro dessas discussões deve estar presente a geração de recursos junto à comunidade, para que o processo de promoção da saúde, seja facilitado e permita a participação da mesma.

Outra dificuldade identificada, que interfere não somente no modelo de acolhimento, é a integração entre os serviços de referência e contra-referência, que através da pouca oferta de atendimentos dificultam os processos de diagnósticos e tratamentos especializados. Isso pode ser exemplificado pela pouca oferta de certos exames, medicamentos e tratamentos para reabilitação.

A partir dessas reflexões, percebe-se que a enfermeira é a profissional mais indicada para a realização da acolhida aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, acredita-se que ela tem a pessoa como foco e transita em diversas áreas do conhecimento, buscando tecnologias diferenciadas para a assistência, inclusive relacionando a equipe de saúde e a família do paciente, e dessa forma atuando na transformação da realidade social do usuário[4].

Como profissionais enfermeiras em saúde coletiva, é necessário assumir um lugar social como sujeitos de novas práticas, como o vínculo e o acolhimento, para garantir a eqüidade, a acessibilidade e a integralidade da assistência. Para isso deve-se desenvolver o potencial de

trabalho em equipe multidisciplinar, para a construção de protocolos assistenciais que facilitem o trabalho no acolhimento, bem como qualificar a relação profissional-usuário de maneira solidária e humanitária[4].

Para se obter tais objetivos, o trabalho na equipe de saúde deve ter um planejamento claro, e também a responsabilização de seus integrantes para a concretização do processo de trabalho decorrente dessa perspectiva de integração multidisciplinar. É preciso, também, manter uma contínua avaliação do sistema de serviço, além de uma permanente qualificação dos profissionais. A profissional enfermeira deve se inserir neste processo, assumindo seu espaço no atendimento assistencial individual, aumentando sua capacidade de intervenção dentro da Unidade de Saúde e contribuindo para melhorar a escuta e o atendimento à comunidade.

REFERÊNCIAS

1 Merhy EE, Cecilio LCO, Nogueira Filho RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate, Londrina (PR) 1991 dez;(33):83-9.

2 Secretaria Estadual da Saúde (RS). Proposta de regimento interno da residência integrada em saúde coletiva da Escola de Saúde Pública. Porto Alegre (RS): Escola de Saúde Pública; 2001. 34 p.

3 Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Rede Unida/HUCITEC; 1998. 190 p.

4 Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2001 jan/fev; 17(1):233-41.

5 Lopes MJM. Poder, interdependência e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. Saúde: revista do NIPESC, Porto Alegre (RS) 1996 jan/dez;1:43-50.

6 Ramos DD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul no contexto da municipalização da saúde [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. 129 f.

7 Lopes MJM, Silveira DT, Ferreira SR. Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre (RS) 1999;2:121-30.

8 Acúrcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1996 abr/jun;12(2):233-42.

9 Schimith, MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. 113 f.

10 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1999 abr/jun;15(2):345-53.

Endereço da autora*/Author´s address:*
Aline Corrêa de Souza
Rua Gen. Lima e Silva, 1281/02,
Bairro: Cidade Baixa
90050-103, Porto Alegre, RS
E-mail: souzalinec@ibest.com.br

Recebido em: 19/09/2002
Aprovado em: 05/03/2003