



## **II OFICINA DE HUMANIZAÇÃO DO COMITÊ MUNICIPAL DE SAÚDE SMS-SP**

# **ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ ÉTICO-ESTÉTICA E POLÍTICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

**CLEUSA PAVAN**

**Consultora da PNH/Ministério da Saúde**

**Referências: Cláudia Abbês, Ricardo Teixeira, Gustavo Tenório**

**MAR 2015**

***“Para conhecer as coisas que queremos fazer é preciso fazer as coisas que queremos saber”***

***Ética a Nicômaco, Aristóteles (384-322ac)***



## ACOLHIMENTO

### Senso comum:

- 1- atitude voluntária de bondade e favor (dimensão Moral)
- 2- recepção administrativa e ambiente confortável (dimensão espacial)
- 3- ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos

**Ação pontual, isolada e descomprometida com processos de responsabilização e vínculo**

**CONCEPÇÃO REDUCIONAISTA**

# Vídeo animação Acolhimento

[www.redehumanizaus.net/11421-a-rede-de-acolhimento](http://www.redehumanizaus.net/11421-a-rede-de-acolhimento)



# tomemos a animação apresentada: o que podemos ver operando ali?

## 1 Usuária demanda (faz um pedido)

possibilidades:

- trabalhador **ouve** (marca gineco)- recepção desimplicada
- trabalhador **escuta**: pergunta, investiga, analisa (encaminha consulta enfermagem/Papanicolau) – 1º

## Encontro

## 2- Usuária vem pra coleta de Papa: diagnóstico DST

- trabalhador **conversa**/investiga/analisa: diagnóstico violência doméstica (encaminhamentos na rede, com responsabilização)



## Temos então, resumidamente:

- Escuta qualificada (ouvido não surdo)
- Análise de demanda: aparecem as **necessidades**
- Encaminhamentos: **ofertas intra e inter serviços**
- Coordenação do cuidado: **Responsabilidade pelo cuidado em rede/vínculo** (usuária adscrita, acompanhada, pela UBS, em seu percurso na rede intra e inter serviços)
- Ordenação da rede: **UBS** porta de entrada, agenciadora de recursos, e bem articulada com outras políticas públicas, estatais ou privadas)



lembrando a função estratégica que a AB ocupa nesta REDE por garantir, em termos de concepção:

- Resolução da **MAIOR** parte dos problemas de saúde da população
- ABS “especialista” na sua população adscrita
- Função Porta de Entrada principal ou Filtro (para garantir acesso à rede – **PROTEGER** da rede especializada)
- Prevenção Quaternária
- Coordenação Clínica dos usuários compartilhados com outros serviços
- **Ordenação da rede**
- Responsabilização pelo cuidado em todos os ciclos vida/longitudinalidade



# DIRETRIZ CLÍNICA DO ACOLHIMENTO PNH

- **Acolhimento: ato ou efeito** de acolher que implica uma **ação de aproximação**, um **“estar com”** e **“perto de”**, ou seja, **uma atitude de inclusão, de estar em relação**
- **Diretriz Clínica, constitutiva dos modos de se produzir saúde: Tecnologia do Encontro**  
**é no encontro trabalhador-usuário que o trabalho em saúde acontece com sua matéria principal: a conversa (Ric Teixeira) agenciada a procedimentos de diferentes ordens**

Se a substância é a **conversa**, de que  
conversa se trata?

essa conversa é um **trabalho “vivo operando”** : o  
trabalhador emprega **“técnicas de conversa”** e outras  
**“tecnologias leves”** implicadas com a produção das  
relações entre dois sujeitos (Merhy, 1997)

trata-se de uma **conversa trabalhada** pelos atores:  
trabalhador e usuário



tal conversa tem uma qualidade **especial**: ela nunca assume a forma “de uma desqualificação do que diz um outro”

**regra** de conversa qualificada: “cada um reconhece todos os **outros como legítimos e insuficientes** (....) porque nenhum dos sujeitos/saberes presentes é Suficiente para fabricar o sentido da situação (...) cada um é interessante enquanto divergente” (Isabelle Stengers, in Mangeot *et al.*, 2002)

**o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto da conversa/dos saberes presentes**



**conversa especial, em saúde, é**

- 1- escuta qualificada (abertura para a fala)**
- 2- análise de demanda**
- 3- construção de saber com o outro,**
- 4- responsabilização pelo cuidado,**
- 5- vínculo**
- 6- garantia de resolutividade em rede**



o que significa tudo isso?

- 1- escuta qualificada:** é uma escuta investigativa; são todos os sentidos postos a trabalhar para interagir, captar informações
- 2- análise de demanda:** é a atividade de discriminação entre demanda, necessidade, desejo

por que temos que fazer isso??

**Porque demandas ou pedidos nunca são transparentes**

**Porque se não discriminamos, corremos o risco de responder no registro da queixa/conduita (reduzida à prescrição de procedimentos e/ou medicamentos)**

**Porque a discriminação propicia a construção/elaboração de respostas, tais como:**

- **Projetos Terapêuticos Singulares e/ou familiares, a partir de uma concepção de Clínica Ampliada**
- **Encaminhamentos adequados para outros pontos da rede**
- **Projetos de Saúde Coletiva**

o que significa tudo isso?

- 3 **Responsabilização pelo Cuidado: quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem : inclui**
- 4- **Vínculo: laço estabelecido pela confiança**
- 5- **Garantia de resolutividade em rede: um dos princípios do SUS é a integralidade**

## Acolhimento é

**Relação** em que se busca uma maior “**ciência**” das **necessidades** do usuário, e dos **modos e possibilidades** de satisfazê-las (**dimensão educativa do acolhimento**)

**Relação** em que se “**pesquisa**”, se “**investiga**” (alguma coisa), porque aquilo de que precisamos para ter saúde, para viver bem, para sermos felizes, não nos são imediatamente transparentes e definidas, mas são objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se refaz sem cessar é a nossa própria humanidade.

**ASSIM,**

**Acolhimento é ferramenta tecnológica de intervenção, ferramenta de investigação de elaboração de negociação:**

- 1- das necessidades que podem vir a ser satisfeitas por quem acolhe ou por outros “acolhedores” em outros pontos da rede**
- 2- dos processos de trabalho para satisfação das necessidades de usuários e trabalhadores**



### **3- ferramenta de elaboração de mudanças nas formas de gestão dos serviços:**

- **ampliação dos espaços democráticos de discussão, escuta e trocas entre trabalhadores e gestores**
- **gestão compartilhada**
- **acolhimento dos profissionais**

## Acolhimento

não é uma atividade em particular, mas **conteúdo** de qualquer atividade assistencial

tem papel fundamental nas dinâmicas, porque envolve **encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial**, que são, em última instância, o resultado do que se passa num encontro entre usuário e trabalhador da saúde

**o Acolhimento, então, está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida**

**Na porta de entrada de um serviço ele só ganha sentido como parte de um processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde**

**Mas, não tem sido fácil praticá-lo!**

**Por que?**

**Estamos sob o signo da **precariedade**: do trabalho, da ambiência física e social, dos modelos de atenção voltados para o cumprimento de metas quantitativas, das gestões verticalizadas, das relações mercantilizadas entre os sujeitos, etc**

**Isso produz anestesiamiento de nossa escuta,  
indiferença diante do outro (em nome de uma  
proteção do sofrimento)**

**Efeitos nefastos: isolamento, entorpecimento de  
nossa sensibilidade, enfraquecimento dos laços  
coletivos**

**Daí a dificuldade de acolhermos e sermos  
acolhidos, dificuldade de fazermos vínculos, de  
cuidar e ser cuidado**

**MAS, a vida não é o que se passa apenas em cada sujeito e sim o que se passa **entre** os sujeitos, nos vínculos que eles constroem e que os constroem enquanto potência de afetar e ser afetado**

**Daí nosso grande **desafio**: reativar nossa capacidade de “estar com”, de fazer diferença no cenário do anestesiamento.**

**O cotidiano pode e deve ser um plano de invenção de modos outros de se viver a vida**

**Reinvenção de modos de se viver e trabalhar  
são reconhecidamente os melhores meios  
de se proteger do adoecimento**

**Trabalho alienado é fator de adoecimento**

**ACOLHIMENTO com análise de  
vulnerabilidade e classificação de risco é  
um convite à reinvenção de modos de  
atenção e gestão dos serviços de saúde**

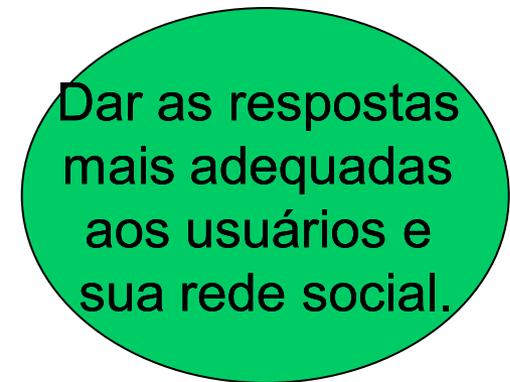
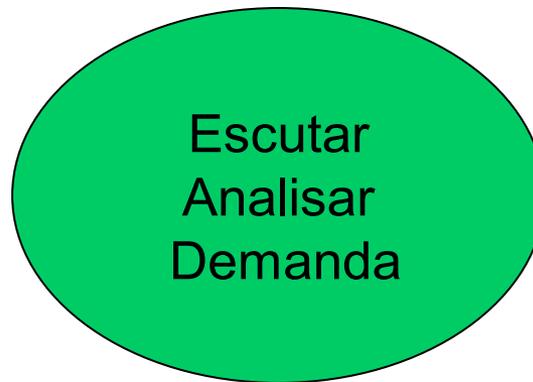
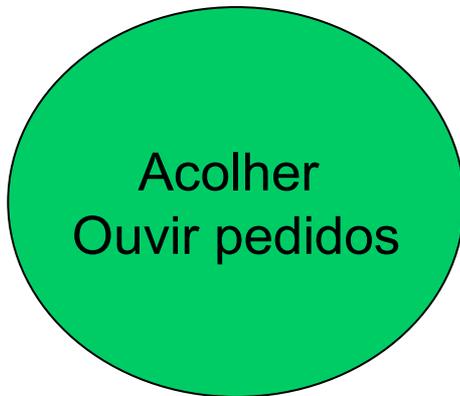
# Acolhimento como Ferramenta Tecnológica implica em

“ **disposição, organização e preparação da equipe** para receber, em momentos e horários variáveis, a grande variedade de demandas, avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando a máxima resolutividade possível”

Gastão Campos

## Acolhimento como Dispositivo

- **Modo de operar os processos de trabalho** em saúde de forma a atender **a todos** que procuram os serviços.



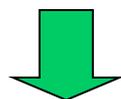
## Isso Implica

- na necessidade de se lidar com a demanda não agendada ou “espontânea” de forma qualificada e com **critérios de acesso implicados com o sofrimento das pessoas que procuram o serviço.**

### critérios inaceitáveis



Ordem de chegada



atendimento exclusivamente  
agendado



dia  
mensal  
agendamento

# Perguntas Frequentes

Quem  
acolhe?

Em qual  
lugar?

Qual o  
horário?

# Postura Acolhedora

- Não pressupõe hora, local ou profissional específico para atendê-lo.
- Pressupõe abertura à diversidade sexual, cultural, racial e étnica.
- Vínculo com o sujeito e não com a doença.
- Identificação de riscos e vulnerabilidades, conjugando necessidades dos usuários, cardápio de ofertas do serviço, encaminhamento responsável e resolutivo

# Acolhimento não é triagem

Objetivo recorrente da Triagem : a exclusão

“quem não vou atender?”

“quem não deveria estar aqui?”

## Acolhimento

- Rompimento com a lógica da “dispensação”
- Objetivo: **inclusão** sob a ótica do vínculo e da vulnerabilidade(programada X imprevisto)
- Pressupõe agenda aberta e com previsão para o eventual
- Escala da equipe

## Acolhimento não é triagem

- Pressupõe garantia de continuidade: atendimento com **resolutividade e responsabilização**, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo **articulações** com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos  
(ordenamento do acesso/da rede)

## Acolhimento pode ser ainda termômetro e indicador de “soluções”

**Termômetro:** porque é fonte constante de informações sobre a co-produção de saúde de um território (**observatório da assistência**)

Frequência acentuada de uma mesma demanda pode revelar a não efetividade das ações em prevenir problemas evitáveis e em produzir uma certa **autonomia** da população em relação ao serviço.

(à dona Maria que vem toda semana com pressão alta não adianta prescrever diurético; é preciso implicá-la com sua saúde)

**Por ex**, se uma parte da população souber como evitar dor lombar no trabalho, souber distinguir quando uma “gripe” precisa ou não de avaliação de um profissional de saúde, souber lidar com doenças crônicas de forma a evitar agravamentos, tudo isto pode diminuir a demanda espontânea (analisador)

**Termômetro:** porque permite a análise da gestão, já que os problemas existentes se tornam explícitos, tais como:

- a estrutura física inadequada,
- o número insuficiente de profissionais,
- as formas de organização dos serviços
- a necessidade de educação permanente,
- a pertinência das prioridades (por exemplo, priorizar equivocadamente atividades com jovens em uma população predominantemente idosa),
- o estrangulamento da rede,
- a dificuldade do trabalho em equipe, entre outros.

## Acolhimento: indicador de “soluções”

- É uma ferramenta para lidar precocemente com agravamentos, efeitos colaterais e intercorrências em projetos terapêuticos de longo prazo, evitando conseqüências mais graves.
- Promove legitimidade social
- Produz confiança e vínculo

## sem mudanças no fazer em saúde não há Acolhimento

- **Problematização do processo de trabalho com foco nas relações/inclusão**
- **Percepção do usuário/rede social como sujeito e participante ativo na produção de saúde.**
- **mudança na relação profissional/usuário, profissional/profissional, profissional/gestor, através de parâmetros éticos, técnicos, de solidariedade e defesa da vida (gestão compartilhada)**

# Dicas (1)

- 1- agenda da equipe deve estar sintonizada com demanda** (“estudo” da demanda espontânea e programada, “estudo” do território)
- 2- AB precisa de adscrição de clientela**
- 3- várias filas** (pessoas que vão trocar receita, pegar remédio, medir PA, fazer curativo, não devem seguir o mesmo caminho de quem está com rota indefinida)
- 4- ACS bem formados** (andando pelas ruas, fazendo VDs, acolhendo dúvidas, para poder discutir com equipe quem precisa atendimento rápido, quem pode ser agendado para mais longe. Equipes podem rodiziar celular com ACS para a população poder ligar durante o dia, solicitar agendamento, tirar dúvida, ter retorno de ligação do enfermeiro ou do médico, etc)

## Dicas (2)

- 5- preparo para lidar com o sofrimento (singular) e não somente com as doenças.**
- 6- pactuação constante, entre equipe e usuários, para responder de forma adequada às necessidades de saúde da população. É necessário explicitar e discutir continuamente a proposta com a população, de forma a ampliar a escuta.**
- 7- fazer ativação de redes sociais e movimentos políticos: tríplice inclusão**

## Dicas (3)

- 8- A dinâmica do acolhimento coloca os profissionais da equipe diante de problemas muitas vezes complexos, cujas soluções, em boa parte das vezes, dependerão da interação e criatividade de toda a equipe e o envolvimento de outros setores. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades.**
- 9- A elaboração de protocolos deve ser feita sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais**

## Modalidades de Acolhimento na AB

- **Acolhimento pela equipe de referência do usuário**
- **Equipe de Acolhimento do dia**
- **Acolhimento Misto (equipe ref do usuário + equipe de Acolhimento do dia)**
- **Acolhimento Coletivo**

Experiências têm sido heterogêneas no Brasil: **Por equipes X geral na unidade X por períodos**

## Acolhimento pela equipe de referência do usuário

**Vantagem:** potencialização do vínculo e a responsabilização entre equipe e população

**Adscrita**

**Dificultador:** conciliação com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é alta; conciliação com as atividades da equipe fora da unidade (VD, por ex)

## Equipe de Acolhimento do dia

**Vantagem:** as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade

**Desvantagem:** menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita; sobrecarga da equipe acolhimento do dia nos dias de maior demanda

---

## **Acolhimento Misto (equipe ref do usuário + equipe de Acolhimento do dia)**

**Modalidade intermediária entre acolhimento por equipe e acolhimento do dia, mas requer comunicação intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas**

## Acolhimento Coletivo

**Tal acolhimento permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar o usuário com risco e sofrimento mais evidentes, contribui com a capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários**

**Inconveniente: possível constrangimento pela exposição; riscos e vulnerabilidades pouco evidentes demandam articulação com escuta individualizada**

## **Riscos:**

- AB tornar-se PA ou o acolhimento triagem**
- Risco de se tornar uma atividade da enfermagem e não da equipe (sobrecarga, ineficácia)**
- Risco do tema da demanda espontânea tornar-se o único da equipe**
- Alta rotatividade por desgaste excessivo**

# Alguns jeitos de fazer

- Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade.
- **Levantamento e análise diagnóstica, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e principais problemas enfrentados/demanda**
- **Construção de rodas de conversas visando coletivização da análise e produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas do acesso.**
- Levantamento da rede de saúde e serviços no entorno para pactuação de encaminhamentos
- **Experimentação de arranjos e avaliação periódica**

# Alta Resolutividade

Quadro 1 - Agenda semanal da Equipe 260, Centro de Saúde da Tapera - Florianópolis-SC

<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Agenda	Agenda	Agenda	Reunião da Equipe de SF	Agenda
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Visita Domiciliar	Atividade Coletiva	Agenda	Agenda	Agenda

## Acolhimento e outros dispositivos

- **Gestão Compartilhada**
- Clínica Ampliada
- Equipe de Referência e Apoio Matricial
- Projeto Terapêutico Singular / Anamnese Ampliada
- Ambiência
- Saúde do Trabalhador

## Gestão da Implantação do Acolhimento

- Decisão político-institucional, mobilização e participação
- Problematização e qualificação da discussão do Acolhimento
- Construção coletiva da proposta
- Interfaces e organização interna dos serviços para o Acolhimento
- Pactuação e integração do serviço na Rede

## questões

- **Como realizamos o acolhimento em nossas unidades?**
- **O que ofertamos ? Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia/semana?**
- **Qual o perfil da demanda espontânea?**
- **O que as pessoas que madrugam na UBS estão demandando?**
- **Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?**
- **São demandas possíveis de serem negociadas para outros horário de menor movimento?**

## Convite ético-político

**“O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos.**

**Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem contínuas: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço”** CALVINO, Ítalo. *Cidades Invisíveis*.

Cia das Letras, SP 2001 p150

## Fontes:

- CAMPOS, CR.; MALTA. D. REIS. A. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. SP: Ed Xamã, 1998;
- CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. SP: Ed HUCITEC, 2003;
- FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso Betim- MG. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 15, nº 2, abr-jun, 1999.
- FRANCO, T.; PANIZZI. M.; FOSCHIREA. M. O Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. In: Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, nº 30;
- MERHY, E.E. & ONOCHO, R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. SP: HUCITEC, 1997;
- MERHY, E.E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. SP: HUCITEC, 2002;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH). *Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco*, 2004.
- TEIXEIRA. R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas de Saúde. RJ: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.
- TESSER, C.D. NORMAN, A.H. Demanda espontânea, acesso ao cuidado e processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (I): considerações sobre dificuldades ideológicas. Texto aguardando publicação.



[cleusapavan@gmail.com](mailto:cleusapavan@gmail.com)

[redehumanizausus.net](http://redehumanizausus.net)

