

Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade

Acceptance in the PSF: humanization and solidarity

Acogimiento en el PSF: humanización y solidaridad

*Regina Celi Vieira Ayres**

*Silvia Aparecida Oliveira Emygdio Pereira**

*Silvia Martins Nogueira Ávila**

*Wilma Valentim***

RESUMO: O "Projeto Acolhimento", do Ministério da Saúde, almeja tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre os profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Uma corrente em que cada indivíduo saiba que o outro indivíduo está pronto para segurar a sua mão. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Este trabalho teve por objetivo de ampliar a discussão sobre o acolhimento, que ainda encontra entraves em seu entendimento real, com a necessidade de mais profissionais de saúde a momentos de reflexão sobre o assunto, possibilitando um redescobrir da solidariedade e uma reconstrução da Saúde Pública no Brasil.

DESCRITORES: Acolhimento, Humanização, Saúde Pública

ABSTRACT: Acceptance is proposed as an operational guideline for a health service reorganization aiming to guarantee universal access, fast problem resolution and user-centered assistance. When one goes back to a reflection on universality in assistance and local teams' governance capacity to intervene in health practices, acceptance catalyzes changes in the way health services are organized. As health assistance occurs inside organizations, the incorporation of acceptance as a strategy for reorganizing health teams work process to focus in the user requires, consequently, the use of direction and management instruments and forms that also prioritize people in the organizational culture and environment. This article aims to retrieve the concept of acceptance in the humanizing policy proposal for health units and to present the general lines of value-centered management central points, searching a way to show a possible integration between the two proposals.

KEYWORDS: Organization and administration, Integral assistance to health, Bioethics

RESUMEN: El proyecto Acogimiento, del Ministerio de la Salud, desea tejer una red de confianza y solidaridad entre la gente, entre los profesionales de salud de una equipe, entre este equipe y la población de quienes cuidan. Una cadena donde cada uno individuo sabe que el otro individuo es listo para le dar la mano. Por mayor que sea la acumulación de conocimientos técnicos, estos no son por sí mismos bastantes para producir la salud, el bienestar, el equilibrio entre los aspectos físicos, psíquicos y sociales de una persona o de una sociedad. Este trabajo tiene el objetivo de ampliar la discusión acerca del Acogimiento, que todavía encuentra impedimentos en su verdadera comprensión y de atraer un número más grande de profesionales de salud para momentos de reflexión acerca del tema, haciendo posible redescubrir la solidaridad y una reconstrucción de la salud pública en Brasil.

PALABRAS-LLAVE: Acogimiento, Humanización, Salud Pública

Introdução

O funcionamento da saúde pública e suas intervenções a cada época histórica estabelecem estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos correspondentes. Observa-se que ela sempre acompanha as tendências vigentes da sociedade, organizando-se de acordo com as necessida-

des e contextos específicos. A saúde pública no Brasil vem se configurando como política nacional de saúde desde o início do século XX, com a sistematização das práticas sanitárias emergindo, no contexto sociopolítico do país, na configuração do capitalismo brasileiro. Época das grandes imigrações, a economia no Brasil iniciava então suas exportações, principalmente de café, e

devido aos riscos que se corria nos portos, com a possibilidade de contágio por doenças tropicais como febre amarela etc., o país vivia sujeito à possibilidade de proibição de aportar seus navios em outros países temerosos dessas endemias. A mobilização da saúde pública foi então direcionada para a criação de grandes campanhas de vacinação em massa da população.

* Discentes do 8º semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo.

** Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro Universitário São Camilo. Enfermeira de Saúde Pública da Rede Municipal de São Paulo.

Nas décadas seguintes, o Brasil foi tomado pelo desenvolvimento industrial e teve início o crescimento do processo de urbanização. Até 1960, a assistência à saúde caracterizou-se basicamente pelo modelo médico-sanitário. Nos anos que se seguiram — em que o governo militar, valendo-se de sua autoridade decisória, fez aliança com instâncias privadas do país —, houve baixíssimos investimentos na saúde pública.

Na década de 1970, sensibilizados com a crise na saúde, alguns profissionais da área se mobilizaram e se uniram com profissionais de outros setores, como políticos, intelectuais e sindicalistas, num movimento crítico que buscava denunciar os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à saúde da população.

Os anos 1980 e 1990 se caracterizaram principalmente pelo processo de redemocratização do país, acompanhado de uma profunda crise nas políticas de saúde. O modelo hegemônico, que contava com a intervenção mínima do Estado na regulação de ações e serviços, transferiu tal regulação para o mercado, produzindo a mercantilização da assistência à saúde, que, aliada a interesses empresariais e incluindo alguns profissionais da área, dificultou o estabelecimento de um sistema público de saúde ampliado. Com o fim do regime militar em 1985 e a abertura para a reorganização da União, o governo investiu na formulação de uma nova Constituição para reger a sociedade. É convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de discutir a incorporação da reforma sanitária juntamente com a proposta de um Sistema Único de Saúde. Os principais temas abordados nessa conferência foram: a saúde como direito de todos; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial.

A nova Constituição Brasileira, aprovada em 1988, incorporou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas a regulamentação do SUS só aconteceu em 1990, através da lei nº 8.080, de 19 de setembro. As diretrizes propostas para o SUS, tinham como objetivos a ampliação e o crescimento da assistência à saúde em todos os municípios do país, como descentralização, municipalização, financiamento dos serviços, participação social e, como princípio, abrangia: universalidade, equidade e integralidade. A criação e a regulamentação do SUS foi o marco mais importante da história da saúde pública do país, após sucessivos movimentos e tentativas. Foi a primeira ferramenta legítima e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal.

As propostas de reorganização do Sistema de Saúde previstas pelo SUS indicavam que a população não conquistara sua saúde apenas com a cura das doenças, mas com a possibilidade de vivenciar o processo saúde/doença de maneira diferente, numa busca mais ampla e global, necessitando de vários outros investimentos para a comunidade, com uma intervenção inter-setorial na saúde. Portanto, o Programa Saúde da Família (PSF), em sua atual concepção, foi criado no país na década de 1990, inspirado em experiências advindas de outros países como Cuba, Inglaterra, Canadá, onde a saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade. No Brasil, o PSF, adquiriu características próprias à nossa realidade, existindo em praticamente todo o país. Foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo que em dezembro de 1998 estava implantado em 24 estados, em 1.219 municípios e possuindo 3.119 equipes (Brasil, Ministério da Saúde, 2000)

O PSF é marcadamente inovador em seu aspecto de relação interativa entre os profissionais e as comunidades, trata-se no entanto de um projeto complexo, pelas suas tantas atribuições e propostas. Implantar ou mantê-lo em um município não é simplesmente construir equipe e instalar uma Unidade de Saúde.

O objetivo do programa, entre outros, é a promoção da saúde e prevenção de doenças, e não há outro modo de viabilizar tais metas se não se planejar, prever e preparar o município, os profissionais e as comunidades para a empreitada, que em muitos casos tem obtido excelentes resultados e alcançado saídas criativas, comprometidas e transformadoras. Em termos práticos, tem-se reduzido a mortalidade infantil e alterado positivamente outros indicadores, viabilizando o acesso a um serviço mais humanizado e contribuído em decisões políticas influentes na melhoria da qualidade de vida das comunidades.

O PSF tem como inspiração um conceito antigo, clássico, o de Paidéia, que significa “desenvolvimento integral do ser humano”. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção dessas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Ágora, uma assembléia do povo em que as pessoas se reuniam para traçar o próprio destino. No entanto, eles sabiam que seria necessário um trabalho sobre eles mesmos para que fossem capazes de gerir a própria vida. Para isso, imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos, daí a palavra Paidéia. A formação integral do ser humano, consiste em cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, não perdendo o foco do respeito com as diferenças entre as pessoas e os

grupos. Paidéia (desenvolvimento integral do ser humano) considera tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. (Campinas, 2004)

O Ministério da Saúde propôs o PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. Com base nessa proposta do Ministério, analisamos o processo de trabalho de uma equipe de saúde da família da Coordenadoria de Saúde Norte, identificando alguns entraves na questão do acolhimento à clientela. Segundo Silva (1998) a atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário pôr meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas. Prossegue dizendo, que o acolhimento, é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada.

A questão do acolher é um arranjo tecnológico, afirma Carvalho (2000), que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar toda a clientela, resolver os problemas mais simples ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária. Como podemos observar o acolhimento deve cons-

truir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento é humanização. Não é uma atitude mecanicista e fria nas ações da saúde. O acolhimento implica nas mudanças de cultura organizacional. É a determinação da concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia, um processo portanto de conceito amplo e que exige mudanças de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras solidárias e adequadas de receber a clientela que busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar os limites necessários.

Analisando o processo de trabalho na questão do acolhimento da unidade de PSF Cruz das Almas, situado na Vila Iório (SP) vinculado à Coordenadoria de Saúde Norte (SP), observamos a necessidade de um maior esclarecimento na proposta do acolhimento, principalmente entre os auxiliares de enfermagem, pois as atividades de recepção da demanda, em sua grande maioria, são eles que executam. Constatamos que os auxiliares de enfermagem ainda não têm claro em suas mentes e ações a proposta do acolhimento, confundindo-o com triagem. Observamos momento de sensibilização de alguns auxiliares à necessidade dos clientes, mesmo com pacientes fora da área de abrangência. Há diferença no acolhimento realizado pelos auxiliares, o que demonstra o autogoverno do trabalhador em saúde, justificando o jogo da subje-

tividade presente nesses encontros. Nestes momentos, estão presentes as individualidades do trabalhador, com seus sentimentos e subjetividades objetivados no trabalho que executa. Em alguns momentos a relação torna-se mais humana e o procedimento centra-se na necessidade do usuário, em outros a ação volta-se somente ao procedimento. O processo de trabalho deve portanto ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se ações de cada profissional com o objetivo real do acolhimento que é a humanização.

Ressalta-se que este trabalho é um relato de experiência vivenciada durante o período de estágio da disciplina Gestão dos Serviços de Saúde, no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem.

Objetivos

Busca-se propiciar momentos de reflexão junto à equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre humanização e acolhimento. Coletar dados das opiniões individuais sobre o tema; analisar o grau de conhecimento sobre o assunto e promover discussão na elaboração de uma proposta de acolhimento na UBS.

Metodologia

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Foram efetuadas várias reuniões com a direção da unidade e com as enfermeiras, para delimitar as questões mais relevantes e pertinentes ligadas ao acolhimento e sua interação com o fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde (2004). Definiram-se os profissionais que participariam dos encontros — no caso, os auxiliares e técnicos de enfermagem. Para a capacitação chegou-se a um consenso

quanto a dividir os profissionais em dois grupos, em horários diferentes para abranger os períodos da manhã e da tarde, possuindo um total de três encontros, com duração de 50 minutos, totalizando 10 participantes. Foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido para que pudéssemos utilizar as opiniões no relato das reuniões. A coleta de dados aconteceu em março de 2005 e se deu em três momentos, sendo conduzida através de palestras de sensibilização, dinâmicas de grupo, criatividade e expressividade.

Resultados

Inicialmente apresentou-se o trabalho proposto, seu objetivo e solicitou-se o consentimento dos participantes para utilização das opiniões expressas durante as reuniões sem a identificação dos mesmos.

Primeiro encontro

1º Fase - 10 minutos

Coleta de opinião individual escrita sobre humanização e acolhimento, com o questionamento: "O que você entende por humanização e acolhimento?".

2º Fase - 20 minutos

Realizada uma explanação sobre humanização. Na seqüência falou-se sobre acolhimento e triagem, e finalizando utilizou-se um texto para reflexão.

3º Fase - 20 minutos

Dinâmica do bombom

Objetivo: Refletir as dificuldades do trabalho individualizado e a importância do trabalho em equipe.

O grupo desenvolveu uma dinâmica de integração que consistiu em separar os participantes em dupla, que deveriam permanecer sentadas uma de frente para a outra.

Foi distribuído um bombom para cada um dos participantes, que foram orientados a manter o braço esquerdo elevado à altura do ombro e segurando o bombom entre os dedos. Em seguida, pediu-se que o desembrulhassem sem ajuda do parceiro, sem dobrar o braço e mantendo o braço direito segurando o acento da cadeira. Passados trinta segundos, caso não tivessem conseguido desembrulhar o bombom, orientou-se ao parceiro que poderia ajudar no processo e por fim colocar o bombom na boca do outro. Depois iniciou-se uma discussão sobre como cada um se sentiu em relação à dinâmica, enfocando a importância do trabalho em equipe.

Avaliação: No início da palestra os profissionais não demonstraram muito interesse em participar, mas no transcorrer do assunto o interesse foi aguçado, mostrando-se receptivos.

Segundo Encontro

1º Fase - 10 minutos

Dinâmica da meia

Objetivo: Reflexão sobre as várias faces na evolução das políticas de saúde no Brasil.

Colocaram-se os participantes em semicírculo e uma cadeira em frente dos mesmos, sendo solicitada a participação de alguém do grupo para interagir na dinâmica.

O participante sentou-se à cadeira no centro. Em seguida colocou-se nele uma meia de seda da cabeça até o pescoço, pedindo que o mesmo segurasse a parte inferior.

Um dos condutores da dinâmica, segura a parte superior da meia e faz movimentos para cima, durante esse processo o grupo deveria observar a feição do colaborador.

Após os comentários retira-se a meia da face do colaborador e ini-

cia-se um paralelo sobre a evolução da saúde pública.

2º Fase - 20 minutos

Explanação sobre o Sistema Único de Saúde, o Programa Saúde da Família e Acolhimento, resgatando as opiniões dadas no primeiro encontro e abrindo espaço para discussão.

As principais opiniões relatadas foram:

Humanização

- Ato de agir com o próximo.
- Ouvir.
- Carinho.
- Outros: fazer, sem preconceito.

Acolhimento

- Ouvir; satisfazer a necessidade do cliente.
- Outros: respeito; acolher; agir.

3º fase - 20 minutos.

Apresentação de texto para reflexão sobre trabalho em equipe.

Avaliação: Houve boa vontade, interesse e grande participação dos profissionais sobre o assunto; expuseram suas opiniões sem constrangimento.

Terceiro Encontro:

1º fase – 10 minutos

Dinâmica: "Quem conta um conto" (ANTUNES, 1997).

Objetivo: Reflexão sobre a importância da comunicação verbal entre os indivíduos.

2º fase – 35 minutos

Foram apresentados, em forma de cartazes, os fluxogramas do vômito e ingurgitação. Explanou-se de forma interativa as duas patologias, possibilitando uma análise da viabilidade da execução desses fluxogramas no cotidiano da unidade. Houve interesse e bastante

participação dos profissionais nas discussões e se mostraram interessados em obter mais conhecimento sobre os outros fluxogramas.

3º fase – 5 minutos

Ao som de música suave foi lido um poema sobre a capacidade de ousar, com o objetivo de levar os profissionais a refletirem nas dificuldades de se implantar algo novo no cotidiano profissional.

Avaliação: Houve consenso nas duas turmas quanto à viabilidade ao manual do fluxograma da Secretaria, concordando em colaborar em sua prática. Questionam que para ser cumprido integralmente o fluxograma há necessidade de sensibilização de todos os profissionais, principalmente dos ACS, que se mostram falhas no conhecimento

e entendimento do real propósito do PSF, ocorrendo falhas na orientação e encaminhamento da população à UBS. Outra dificuldade é a postura do profissional médico, na insistência do pré-atendimento do acolhimento ser realizado pela enfermeira em casos que compete somente ao médico o diagnóstico e encaminhamento, ocasionando perda de tempo que poderia ser aplicado à outros pacientes.

Conclusão

Ao pensar nesse momento de mudanças de paradigmas, observa-se, pelo resultado obtido, que os profissionais da área da saúde não estão devidamente preparados para a realização do acolhimento através de uma atenção humanizada. Foi pos-

sível identificar que as lacunas apontadas pelos participantes expressam a inadequação dos profissionais ao novo modelo assistencial embasado nos princípios do Sistema Único de Saúde e às verdadeiras necessidades da saúde do usuário. Requer mais investimentos dos gestores em capacitação permanente, para que se ofereça uma atenção digna, equânime, resolutiva e universal. A necessidade de conhecimento sobre o processo de acolhimento configura-se-nos em convite para reivindicar do sistema formador momentos de reflexão de nossas ações, vislumbrando a perspectiva de crescimento profissional, mas acima de tudo como seres humanos, pois enfrentar mudanças já não constitui uma questão de opção, mas a necessidade do mercado atual de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Bonassa EC, Campos CV. A saúde mais perto: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Campinas LL, Souza Leite, et al. Tuberculoso: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. Mundo saúde jan/mar 2004; 28(1):69-76.
- Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referencia na rede básica da secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad Saúde Pública 2000.
- Costa Neto MM, organizador. A implantação da Unidade de Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2000. cad.1. p. 5-44.
- Gomes PC et al, Ética/ PSF: reflexões. São Paulo: Martinari; 2004.
- Kawamoto EE et al; Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995.
- Nitsche RG, EI. Saúde da Família na pós-graduação: um compromisso ético na pós-modernidade. Rev Bras Enfermagem dez 2000; 53(especial): 35-48.
- Paim JS. Modelo de atenção e vigilância à saúde. In: Rouquayol MZ, Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. cap.19, p.567-568.
- Quinto S. Relação enfermeiro X paciente: a que devemos estar atento. Nursing 2001; 4(42):12.
- Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde, Conselho Estadual de Saúde. SUS é legal: legislação Federal e Estadual. Porto Alegre: [s.n.]; 2000.]
- Silva AGI. Satisfação do usuário e a qualidade da assistência de enfermagem: ser cidadão mesmo doente, [S.I.]: Imprensa Oficial do Estado; 1999.
- Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enfermagem dez 2000; 53(especial):25-30.
- São Paulo(Cidade).Secretaria Municipal de Saúde. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: [s.n.]; 2002.
- São Paulo(Cidade).Secretaria Municipal de Saúde. Acolhimento: a saúde em suas mãos. São Paulo: [s.n.]; 2004.
- Silva Jr A. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
- ZOBOLI ELCP, Martins CL, Fortes PAC. Programa de Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde: manual da enfermagem. São Paulo: Programa Saúde da Família, 2001. p.47-50.
- SÁ, AC. O cuidado emocional em saúde. [S.l.]: Robe; 2003.
- Silva MJP. A comunicação tem remédio. São Paulo: Gente; 2001.
- Antunes C. Manual de técnicas de dinâmica de grupo de sensibilização de ludopedagogia. 12ª.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1997. p.76.
-

Recebido em 23 de novembro de 2005
Versão atualizada em 16 de dezembro de 2005
Aprovado em 24 de janeiro de 2006