

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

**Alexandra Guiomar Paulino
Christina Aparecida Furlan**

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO À
HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE**

**ASSIS
2009**

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

**Alexandra Guiomar Paulino
Christina Aparecida Furlan**

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO À
HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado a
Fundação Educacional do Município de Assis, como exigência
para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Anney Tojeiro Giordani

**ASSIS
2009**

PAULINO, Alexandra Guiomar e FURLAN, Christina Aparecida

Título: Acolhimento e vínculo na Estratégia de Saúde da Família: uma contribuição do enfermeiro à humanização na saúde.

PAULINO, Alexandra Guiomar e FURLAN, Christina Aparecida
Assis, 2009.

58 p.

Orientadora: Professora Doutora Annecy Tojeiro Giordani
Trabalho Monográfico (Curso de Enfermagem) –
Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

1. O processo histórico da humanidade. 2. Acolhimento e vínculo: uma visão do ponto de vista humano e de saúde. 3. A Estratégia de Saúde da Família e a construção da humanização em saúde.

CDD:610

Biblioteca FEMA

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

**Alexandra Guiomar Paulino
Christina Aparecida Furlan**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado a Fundação Educacional do Município de Assis, como exigência para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani.

Defesa: 21/11/2009

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof^a Dr^a Annecy Tojeiro Giordani
Fundação Educacional do Município de Assis

1º Examinador: Prof^a Dr^a Elizete Mello da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis

2º Examinador Prof^a Isabel Cristina Guedes Mazzali
Fundação Educacional do Município de Assis

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Alexandra Guiomar Paulino

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.**

Com base no disposto da lei Federal n. 9160, de 19/02/1998, AUTORIZO a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sem ressarcimento dos direitos autorais, a disponibilizar na rede mundial de computadores e permitir a reprodução por meio eletrônico ou impresso do texto integral e/ou parcial da OBRA acima citada, para fins de leitura e divulgação da produção científica gerada pela Instituição.

Assis-SP, ____/____/____

Alexandra Guiomar Paulino

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetido a todas as Normas Regimentais da Fundação Educacional do Município de Assis e, nesta data AUTORIZO o depósito da versão final desta monografia bem como o lançamento da nota atribuída pela Banca Examinadora.

Assis-SP, ____/____/____

Profa. Dra. Anecy Tojeiro Giordani
Orientadora

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Christina Aparecida Furlan

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE**

Com base no disposto da lei Federal n. 9160, de 19/02/1998, AUTORIZO a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sem ressarcimento dos direitos autorais, a disponibilizar na rede mundial de computadores e permitir a reprodução por meio eletrônico ou impresso do texto integral e/ou parcial da OBRA acima citada, para fins de leitura e divulgação da produção científica gerada pela Instituição.

Assis-SP, ____/____/____

Christina Aparecida Furlan

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetido a todas as Normas Regimentais da Fundação Educacional do Município de Assis e, nesta data AUTORIZO o depósito da versão final desta monografia bem como o lançamento da nota atribuída pela Banca Examinadora.

Assis-SP, ____/____/____

Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani
Orientadora

DEDICATÓRIA

À Deus, pois não há mérito em nós;

Aos nossos pais por nos amarem e educarem;

Aos nossos maridos e filhos por aceitarem nossa ausência.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus todo poderoso, por nos escolher e nos capacitar a realizar este sonho.

À nossa família, maridos e filhos pelo apoio e credibilidade.

Aos colegas de sala pelo incentivo e carinho.

Em especial, à Professora Doutora Annecy Tojeiro Giordani, que teve toda paciência e compreensão para que este estudo fosse elaborado.

Alexandra e Christina

**“A humanidade é desumana, mais ainda temos chance,
O sol nasce pra todos, só não sabe,
Quem não quer.”.**

Renato Russo

RESUMO

O Brasil passa por sérios problemas sociais, culturais, políticos e de saúde, principalmente os relacionados a falta de atendimento humanizado, o descompromisso de profissionais da Saúde e o desinteresse em se adotar uma visão holística do cliente. Com intuito de uma assistência integral à população com qualidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sua equipe tem como objetivo o trabalho em conjunto, que favoreça a humanização do atendimento à população, devendo-se destacar a importância da atuação do profissional enfermeiro no acolhimento e vínculo de famílias, pois ele é responsável pela assistência integral ao indivíduo e atividades tanto na Unidade de Saúde da Família (USF), como no domicílio e demais espaços comunitários. Sua atuação é de extrema importância na realização de investigações no estado de vida e saúde da população, assim como, no tocante à prática do acolhimento, vínculo e de restabelecimento de valores e percepções. Através de seu trabalho junto à comunidade o enfermeiro tem a possibilidade de estabelecer a confiança necessária para a prestação de cuidados adequados, ouvir e exercitar a paciência, uma das maiores virtudes da profissão. Os objetivos desse estudo é ressaltar a importância da ESF no Brasil enquanto uma forma digna e humanizada de acolhimento, de estabelecimento de vínculo entre equipe de Saúde, o indivíduo, a família e a comunidade através de ações de Enfermagem, também, objetiva o interesse e a participação de todos os envolvidos, destacar o papel do profissional enfermeiro no que tange o estabelecimento de estratégias de humanização, acolhimento e vínculo com a clientela, favorecendo assim, maior participação nos tratamentos e atividades relacionadas à prevenção de doenças e agravos à saúde. Para tanto, optou-se pela revisão bibliográfica que compreendeu as seguintes etapas: levantamento, seleção, leitura e análise de referências bibliográficas especializadas e afinizadas com a temática central, dando-se preferência, às teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, livros inteiros e capítulos, assim como a artigos impressos e publicados em revistas científicas da área da saúde, e/ou disponibilizados na Internet, em especial, as disponibilizadas em sites governamentais e com no máximo cinco anos de publicação. Fica claro então, que o acolhimento e vínculo conquistado pelo profissional enfermeiro do ESF, constrói uma relação fortalecedora e facilitadora do atendimento de qualidade ao indivíduo e sua família, ressaltando em um novo modelo de assistência que deixa de lado conceitos estabelecidos durante muito tempo, onde a consulta centralizada na figura do médico era de vital importância. A proposta é que não só a Enfermagem, mas todos que compõem a equipe multidisciplinar de Saúde fiquem atentos aos benefícios de uma assistência digna e de qualidade, entendendo o acolhimento e vínculo como enriquecedor às relações interpessoais e ao cuidado humanizado.

Palavras-chave: ESF; Enfermagem; Humanização; Vínculo.

ABSTRACT

Brazil is going through serious social, cultural, political and health, especially those related to lack of humane care, the disengagement of health professionals and the unwillingness to adopt a holistic view of the customer. With the aim of comprehensive health care to the population quality, the Unified Health System (UHS) established in 1994 the Health Program (HP), recently renamed the Health Strategy of the Family (HSF). His team aims to work together to promote the humanization of care to the population, and to highlight the public the importance of the professional nurse in the admission and bond families, since it is responsible for comprehensive care to individuals and activities in both the Each Family Health (EFH), and in the homes and other community spaces. His performance is extremely important in conducting investigations in the state of life and health of the population, as well as regarding the practice of host connection and restoration of values and perceptions. Through his work with the community nurses have the possibility to establish the confidence necessary to provide appropriate care to listen and to exercise patience, one of the greatest virtues of occupation. Os aims of this study is to highlight the importance of HSF in Brazil while a dignified and humane host, to establish a bond between Health team the individual, family and community through actions. Also, objective interest and participation of all involved. Highlighting the role of nursing professionals in regard to establishing strategies of humanization, host and link with customers, thus promoting greater participation in treatment and activities related to prevention of diseases and health problems. To this end, we opted for literature review comprised the following steps: gathering, sorting, reading and analysis of references and specialized affinized with the main theme, with preference being given to doctoral theses, dissertations, monographs, whole books and chapters and the articles printed and published in scientific journals in the health field and / or made available on the Internet, in particular, released on government websites and not more than five years of publication. It is clear then that the host and bond gained by nurses in the HSF, build a relationship and empowering facilitator of quality care to patients and their families, pointing to a new care model that lacks criteria established for a long time, where consultation centered on the doctor was of vital importance. The proposal is not just nursing, but all that comprise the multidisciplinary team of health should be alert to the benefits of dignified care and quality, understanding the host and link as enriching interpersonal relationships and caring human

Keywords: HSF; nursing; Humanization; Link.

SUMÁRIO

RESUMO _____

ABSTRACT _____

1. INTRODUÇÃO.....11

2. REVISÃO DA LITERATURA.....15

CAPITULO I

▪ ***O PROCESSO HISTÓRICO DA HUMANIDADE.....15***

2.1 A civilização e o começo de história da humanidade.....15

2.2 O homem na construção da humanização.....16

CAPITULO II

▪ ***ACOLHIMENTO E VÍNCULO: UMA VISÃO DO PONTO DE VISTA HUMANO E DE SAÚDE.....18***

2.3 O acolhimento e vínculo na Saúde.....18

2.4 A comunicação na relação Enfermeiro/cliente.....19

2.5 Acolhimento e vínculo: atitudes que fazem diferença.....20

2.6 Desenvolvendo o acolhimento e vínculo na comunidade.....20

2.7 Como o acolhimento pode ocorrer.....24

2.8 Como o acolhimento pode ser desenvolvido.....25

CAPITULO III

▪ ***A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....26***

2.9 ESF um novo modelo de Atenção à Saúde.....26

2.10 O profissional Enfermeiro e a construção da humanização.....29

2.11 A enfermagem e a humanização nas relações Interpessoais....32

2.12 A contribuição da Cartilha HumanizaSUS na Saúde.....34

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....36

4. REFERÊNCIAS.....38

5. ANEXOS.....41

1 – INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo ressaltar a importância da ESF por oferecer uma assistência digna e humanizada através da prática do acolhimento, do estabelecimento de vínculo com o indivíduo, família e comunidade através de ações humanizadas que refletem no atendimento e participação de todos os envolvidos. Destacar o papel do profissional enfermeiro no que concerne o estabelecimento de estratégias de humanização, acolhimento e vínculo com a clientela, favorecendo assim, uma maior participação da clientela aos tratamentos e atividades relacionadas à prevenção de doenças e agravos à saúde.

Para tanto, optou-se por um estudo monográfico bibliográfico que compreenderá as seguintes etapas: levantamento, seleção, leitura e análise de referências bibliográficas especializadas e afinizadas com a temática central, dando-se preferência a teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, livros inteiros e capítulos, assim como a artigos impressos e publicados em revistas científicas da área da Saúde e/ou disponibilizados na Internet, em especial, as disponibilizadas em sites governamentais e com no máximo cinco anos de publicação.

Cervo e Bervian (2002) afirmam que os alunos de todos os institutos e faculdades, devem iniciar como primeiro passo de qualquer pesquisa científica, a Pesquisa bibliográfica, pois busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.

A análise teórica ou revisão de literatura, segundo Tachizawa e Mendes (2003) é o desenvolvimento de uma monografia realmente inovadora, a partir de fontes exclusivamente bibliográficas, uma análise crítica ou comparativa de uma obra, teoria ou modelo já existente, uma simples organização coerente de idéias originadas de bibliografia de alto nível, em torno de um tema específico.

Para Gil (2007) as etapas que envolvem a pesquisa bibliográfica são: escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação de problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca das fontes; leitura do material; fechamento; organização lógica do assunto e redação do texto.

A origem do Programa de Saúde da Família (PSF) na data de 1994 foi como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. É tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de Saúde, hoje é chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente desde a década de 1970.

A ESF sustenta pressupostos tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, apoiado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado. Encontra também, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) outro grande desafio frente ao unânime reconhecimento acerca da importância de se criar um “novo modo de fazer saúde”.

Deixa de ser tratado como um PSF e passa a ser definido como ESF. Programa sugere uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

No Brasil, a origem do PSF remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da Saúde desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de Saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Percebendo a expansão do PSF que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica que tem como um

dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo à serviços de Saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, porém, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

O SUS tem como um de seus princípios doutrinários a Integralidade, e deste modo busca alternativa para incrementar a qualidade da assistência integral prestada à população, e a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Segundo Venâncio (2008) na ESF a assistência vai além de práticas curativas, estando centrada na família, substituindo o modelo de assistência para a cura de doenças no hospital.

Ela tem como foco de trabalho não a doença mais o cliente, em seu ambiente familiar, nesse sentido é visto como um todo, levando então em consideração o contexto familiar em que vive. “A família, enquanto primeiro ambiente social experienciado pelo indivíduo, é um contexto fundamental para seu desenvolvimento e para a reprodução dos cuidados à sua saúde” (LEITE et al., 2007, p. 210).

Na ESF o cuidado é mais abrangente sendo de responsabilidade de toda a equipe, a qual se encarrega em oferecer atenção humanizada, valorizando o cliente integralmente e tendo sua família como o centro de referência para auxiliar, participar, estar presente em cada momento, tanto na ação curativa como preventiva.

Para solidificar esse novo modelo de atenção primária, é necessária que a humanização seja a base, ou seja, o pilar de sustentação na construção na ESF. A equipe deve assistir o cliente estando preparada para manter um vínculo positivo com ele e sua família (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Chaves e Martines (2003) reafirmando a importância da humanização do cuidado direcionado as pessoas buscam no serviço de Saúde, soluções para suas necessidades de saúde esperando ser observadas na sua singularidade, nas suas especificidades e de suas famílias, respeitando suas crenças e valores.

O cliente deve se sentir acolhido pela equipe para estabelecer um laço de confiança, pois essa equipe muitas vezes ao adentrar em sua casa, estará de certa maneira muito próxima de seu convívio familiar, estabelecendo com isso, vínculo que é de grande importância para assistência ou para promoção de ações

preventivas. Acolher, no contexto de Saúde, é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizada por toda a equipe de Saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado. (SILVEIRA apud PANDEIA, 2004).

Não é possível haver uma assistência humanizada, se não houver acolhimento e vínculo por parte da equipe, o enfermeiro muitas vezes estará à frente desta equipe e para oferecer um atendimento digno e humano precisará contar com todos os funcionários que deverão se sentir capacitado para oferecer um atendimento humano e eficaz.

O acolhimento para Silveira (2004) é necessário para que haja um trabalho humanizado, sendo indicado que os profissionais de Saúde prestem assistência em todos os setores de forma integral, compondo com isso, as relações humanas na Saúde. Assim, o acolhimento e o vínculo deverão ser usados como ferramentas de base na construção da assistência na ESF, visando com isso uma reorganização na Atenção Primária, levando aos usuários do SUS um atendimento pautado em ações humanizadas.

Por acreditarmos na existência de um modelo de atendimento humanizado e com grande poder diferencial na promoção de Saúde e prevenção de doenças, é que esse tema foi escolhido. O trabalho de anos na Saúde Pública, mais especificamente em ESF nos faz crer tratar-se do modelo utilizado na Atenção Primária que mais se aproxima das reais necessidades do ser humano, uma vez que, os profissionais estabelecem um estreito vínculo com o cliente e seus familiares, podendo desenvolver ações que resultem num atendimento mais humanizado, mais digno à pessoa humana.

2. REVISÃO DE LITERATURA

CAPÍTULO I

O PROCESSO HISTÓRICO DA HUMANIDADE

2. 1 A civilização e o começo da história humana

Para falarmos de humanização se faz necessário lembrarmos de civilização, que não quer dizer que nessa ou em outra época seja melhor ou pior e sim a evolução, a busca pela cultura e pela busca da felicidade de seus membros.

De acordo com Pinsk (2006), certamente o homem é o ser mais poderoso da face da Terra e o mais o mais inadequado, os animais nascem com características especiais para enfrentar as diversidades da natureza como o frio, o calor, a umidade o homem com sua fragilidade tiveram que se adaptar com a natureza e utilizar o couro, a pele para se estabelecer em locais onde sua pele fina e delicada não suportaria, aprenderam como utilizar a terra com instrumentos como enxadas, pás e dali tirar o seu sustento, com sua inteligência e criatividade criou armadilhas e armas para caçar.

Diferente dos animais que nascem sabendo suas capacidades. Por exemplo, nadar, correr, roer e voar o homem teve que aprender a construir casas, a utilizar a pele de outro animal para se aquecer, fabricar armas e a montar armadilhas, isso somente era possível com as descobertas e isso era ensinado aos filhos, ou seja, o homem aprende por meio da aprendizagem.

A sociedade humana é contada através da história, por sua importância, pela cultura, pelas descobertas. A nossa humanização dentro da natureza começa com a nossa grandeza de poder viver e agir diferentes dos outros animais, exemplo disso é que não existe uma história da sociedade das tartarugas ou dos morcegos, mas não podemos nos envaidecer de tanta sabedoria e grandeza, pois nossa sociedade teve ilustres colaboradores como Da Vinci, mas também conta com os colaboradores da destruição como foi o nazismo.

Uma das grandes evoluções do homem foram suas mãos que antes serviam para coletar os alimentos, preparar a terra, esse desenvolvimento foi de grande

aprimoramento de nosso cérebro, que chegamos aos dias de hoje capazes de habilidades minuciosas, e da maior habilidade, a do cuidado, sabendo o poder do toque, do carinho, do aperto de mãos e junto com um olhar de troca e de confiança.

Para historiadores, cientistas nós evoluímos e essa evolução vem gradativamente há cerca de um milhão de anos, da África para o mundo, lançar mão da estabilidade do seu território, seria a curiosidade a responsável pela expansão do homem na Terra? Se for por essa razão ou por outra não sabemos, mas sabemos que hoje o homem se encontra em todos os territórios do planeta e com um potencial enorme tanto para a evolução tecnológica quanto para sua própria destruição.

Mas foi o espírito de aventura que fez do homem o ser mais diferenciado, onde grupos ficaram na África, e até hoje existem comunidades que vivem da coleta, da caça, grupos que foram para a Europa, diferenciando sua tonalidade de cor aos longos de muitos anos devidos às baixas temperaturas, e ainda os que ficaram nas Américas.

2. 2 O homem na construção da humanização

Sendo o homem diferenciado começo-se a humanização, diferente dos outros seres, capazes de ir à busca do desconhecido, capaz de aprender, de se adaptar e somos diferentes entre nós mesmos seres humanos cada um com sua particularidade, seus encantos, desencantos, capazes de amar, de salvar vidas, mas também de matar.

É importante esse aprendizado sobre a origem e a evolução do ser humano, para que saibamos que mesmo com toda tecnologia, quando nos vemos acuados nos tornamos semelhantes aos animais, passamos de seres pensantes, em feras feridas, capazes de usar da força física, da agressão verbal, tornando-nos desumanos.

Atualmente, vemos muitas formas de desumanização, na violência, nas guerras, na fome mundial, nas diferentes situações sócias econômicas, no preconceito na própria destruição da natureza. Mas, o que buscamos nesse estudo é falar da humanização em sua forma mais simples na relação cliente/ enfermeiro de

uma forma acolhedora, com a única intenção de proporcionar o bem estar físico mental e social. Sobre o início da humanização e do cuidado Giovanini et al.(2002, p. 07) consideram que:

A proteção materna instintiva é, sem dúvida, a primeira forma de manifestação do homem, no cuidado ao seu semelhante, pois, mesmo nas épocas nômades , quando as crianças eram sacrificadas por atrapalharem as andanças dos grupos em busca de alimentos, muitas foram salvas devido aos cuidados de suas mãos.

O cuidado é a forma mais direta e simples de humanizar, saber onde ajudar, de que maneira, respeitando o momento de cada pessoa, sua crença, seus valores, privacidade, diferenças sexuais. Certo da importância e da preocupação que devemos ter com os mais humildes, Boff (1999) considera que devemos ter uns cuidados com os empobrecidos, marginalizados e excluídos, para que não permaneçamos na pré-história.

CAPÍTULO II

ACOLHIMENTO E VÍNCULO: UMA VISÃO DO PONTO DE VISTA HUMANO E DE SAÚDE

2.3 O acolhimento e vínculo na Saúde

O acolhimento é de extrema importância na Saúde Pública, pois é através dele que conseguimos um contato mais próximo, podendo planejar a assistência de Enfermagem mais singularizada. Sobre acolhimento, o Brasil (2001) discorre que, para garantir a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de Saúde, é necessária a recepção desse cliente, ouvir suas queixas, deixar expressar suas angústias, responsabilizar-se por ele, porém, colocar os limites necessários, e para estabelecer um vínculo é necessário um profissional capacitado disposto a ouvir, respeitando sua fragilidade, seu estado físico e emocional, ou seja, uma ligação afetiva e moral, onde haja respeito e ajuda mútua.

O acolhimento tem se mostrado eficaz na reversão do modelo técnico-assistencial para a saúde, pois propõe que o serviço seja organizado, de forma a reconhecer as necessidades de saúde da população, permitindo o estreitamento do vínculo com o usuário e a humanização do atendimento.

A comunicação é sem dúvida o que nos diferencia dos animais e faz com que as relações aconteçam inclusive no acolhimento e vínculo, nada acontece sem que haja prévia comunicação. Para que haja uma comunicação eficiente, se faz necessário a troca de entendimento, a consideração que vai além das palavras, podem ser expressões não verbais, corporais ou o próprio silêncio.

Segundo Silva (2005) um cuidador deve aprender a escutar, acolher o outro, colocar-se a serviço das necessidades do outro, partilhar o aprendizado, lavar as mágoas do coração, evitar rotular as pessoas, aprender a sorrir.

2. 4 A comunicação na relação Enfermeiro/cliente

A comunicação no acolhimento e vínculo é muito importante, para que ocorra entre as pessoas (transmissor/receptor) é necessária a observância de algumas atitudes, como: a quem você vai se dirigir, ou seja, fornecer a informação; verificar se foi entendido; manter *feedback*; compartilhar a informação; consultar outras pessoas; procurar ser objetivo; verificar se suas ações apóiam o que você diz; como você vai transmitir as informações, que tom de voz; a linguagem que você irá utilizar; expressar o seu interesse; esclarecer suas idéias antes de transmiti-las; evitar termos técnicos; ser humilde e analisar as críticas, saber ouvir.

A comunicação é um instrumento para a efetivação do acolhimento, mas observa-se que são raras as relações com mais proximidade e que o trabalho é realizado mecanicamente, com mínima interação, quase sem diálogo e que os trabalhadores enfrentam problemas para se relacionar e para escutar, devido a grande demanda nos horários de pico (MATUMOTO et al., 2002).

Quando ouvimos uma mensagem devemos prestar atenção, pois são várias partes desta mensagem, ouvir as palavras, prestando atenção no tom de voz, na linguagem corporal e também o significado da mensagem. Ouvir em acolhimento é permanecer atento, receber a mensagem com uma expressão corporal de alerta, entender, dar importância ao que está sendo dito, captar idéias.

Ouvir não é tarefa fácil, pois existem fatores que diminuem essa capacidade como: hábito de interromper os outros, tirar conclusões precipitadas, filtrar algumas informações por crenças, valores, preconceitos, ruídos no ambiente, distrações visuais, más notícias nos fazem desligarmos da conversa, ter prepotência porque nos impede de nos colocar no lugar do outro, falta de tempo.

Segundo Brasil (2006), o acolhimento na Saúde é visto como um grande desafio a ser enfrentado, por trabalhadores da Saúde, gestores e usuários. Para defesa da vida humana e garantia do direito da saúde, muitas são as dimensões que devem estar presentes no percurso da construção de vínculo e acolhimento nas unidades de Saúde. Somente tendo o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de Saúde serão possíveis a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, levando com isso acesso a todos os cidadãos aos serviços de Saúde.

Ainda, segundo Brasil (2006), para que se possa ter uma vida digna, é necessário que todos os cidadãos tenham direito de acesso aos serviços de Saúde. Indo de encontro com o princípio da universalidade as instâncias públicas devem ter a responsabilidade pela saúde dos cidadãos, oferecendo um atendimento coletivo e cooperativo, formando com isso uma rede de relações onde se faz necessário a interação e o diálogo permanentes.

Na Saúde o acolhimento deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância, comprometendo-se com a construção da cidadania. Mais especificamente na ESF o acolhimento e o vínculo se fazem necessário durante o trabalho visto que além do cliente, há também um envolvimento junto à família, seria impossível o desenvolvimento do trabalho em acolher, vincular estar disposto a ouvir e entender, criar laços de compromisso com essa família, podendo assim desenvolver um trabalho digno e humanizado. Na ESF acolher, gera conhecimento das pessoas e de seus problemas, de suas reais necessidades podendo com isso a equipe se mostrar mais preparada para a prestação da assistência. O acolhimento não deve ser cessado, toda a equipe deve acolher a todo o momento, descobrindo com isso novas demandas a serem trabalhadas.

2. 5 Acolhimento e vínculo: atitudes que fazem diferença

O acolhimento não deve ser visto como uma atividade em particular, mas como conteúdo de qualquer atividade assistencial. Prestar assistência na Saúde ou prevenção traz o compromisso de saber acolher e estar preparado para estabelecer vínculo com o cliente.

Brasil (2006) descreve que o acolhimento no SUS ainda é experiência heterogênea, reunindo experiências positivas e negativas, muitos serviços de Saúde ainda convivem com filas, privilégios de alguns, sérios problemas de saúde, profissionais muito atarefados, serviços de urgências, casos graves em fila de espera, entre outros.

Dificuldades estas, que também geram nos profissionais da Saúde, certa angústia de querer fazer o melhor, mas às vezes não é possível, necessitando para

isso estarem preparados para as situações geradas, sabendo praticar o acolhimento necessário, para superar tais dificuldades, novas técnicas e saberes são necessários no dia a dia dos profissionais de saúde, o acolhimento vem como uma das propostas a serem desenvolvidas com objetivo de humanizar os serviços de Saúde.

O acolhimento precisa ser construído por toda a equipe, necessita da dedicação de cada profissional, o profissional tem que estar disposto a se dedicar neste compromisso de humanização. A mudança do foco assistencial da doença para o ser humano é necessário para a realização do acolhimento, o profissional deve ter o olhar integral para o cliente e a família, o vínculo e o acolhimento deve ser usado como ferramenta que estrutura a relação entre profissional e cliente.

Quando o cliente procura um serviço de saúde ele espera resolução para seu problema, sendo assim, espera ser acolhido pelo profissional que deve vê-lo como um sujeito, que fala, julga, necessita e deseja, o acolhimento visa conhecer as reais necessidades do cliente, seja nas ações de prevenção, promoção e reabilitação, tentando resolvê-las de forma rápida e eficaz, proporcionando assim uma assistência de qualidade.

Segundo Brasil (2006) o acolhimento precisa ser visto como uma porta de entrada para o processo de produção de saúde, devendo assim construir alianças éticas com a produção da vida, deve haver responsabilidade com a vida do outro seja ele cliente ou profissional de Saúde. Acolher e estabelecer um vínculo com o cliente não deve fazer parte de uma etapa, mais incluir todo o desenvolvimento do processo em saúde, produzindo cuidados resolutivos.

2. 6 Desenvolvendo o acolhimento e vínculo na comunidade

A família é composta por indivíduos de várias faixas etárias, idosos, crianças, adultos, e o Artigo 226 da Constituição Federal de 1988, refere que “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, sendo considerada então como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho. Para que resulte a saúde nas famílias e comunidade é função da Nação criar condições para o

atendimento das necessidades humanas básicas, visando à boa qualidade de vida e a participação do cidadão.

A importância do acolhimento e vínculo na família é porque ela é à base de toda a formação do indivíduo, do seu caráter, pois ainda bebê ele chega, às vezes sem laços de sangue, mas com laços afetivos e ali aprende valores humanos, formação moral, espiritual, intelectual, teoricamente família é união de pessoas que se amam, agem com solidariedade, fazendo o possível para o bem comum e respeitando a individualidade de cada um. Mas a realidade de algumas famílias é bem diferente, os valores de consumo estão substituindo os valores espirituais e sociais, trazendo o vazio e fracasso aos seus membros, abandonados ao álcool e as drogas, conflitos interiores, falta de tempo para se comunicar, dialogar e socializar experiências da vida, sonhos e medo, é a velha história dos três macacos, o pai não ouve, a mãe não vê, o resultado é o filho que não fala.

Os filhos sentindo suas necessidades básicas não atendidas, faltando afeto e acolhimento nesse ambiente familiar não são capazes de amar, porque só ama quem é amado, procuram uma fuga, geralmente o álcool, as drogas, a violência e a criminalidade. Portanto a ESF nesse ambiente familiar pode enxergar os problemas, mostrar novos caminhos que podem ajudar as relações, fortalecer o convívio, não existe uma fórmula secreta ou receita instantânea que irá mudar o comportamento familiar, não será também por intimidação, força e hostilidade.

Através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) o enfermeiro terá condições de implementar ações de cuidado, vendo a família como um todo e fundamentando essas ações, a lei 7.498 de 25 de junho 1986, dispõe no artigo 11, como atividade exclusiva do enfermeiro a Consulta de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem, devendo ser composta por histórico de Enfermagem, exame físico, prescrição de Enfermagem, evolução da assistência de Enfermagem e anotações de Enfermagem (COREN, 2000).

A SAE é um instrumento muito importante para o enfermeiro, pois propicia não apenas uma melhora na qualidade da assistência, mas confere ao profissional maior autonomia de suas ações, o respaldo legal e o aumento do acolhimento e vínculo com o cliente, pois assim, o seu trabalho se torna mais valorizado, individualizado e qualificado.

Os profissionais que atuam na ESF devem desenvolver um processo de trabalho que estabeleça uma relação diferenciada no atendimento, deve-se manter uma relação humanizada, e para que isso ocorra acolher e manter um vínculo com o cliente e sua família, faz parte desse processo de humanização, pois sem acolher e vincular não se pode humanizar. Zoboli et al (2004, p.144) considera que:

O acolhimento, nos serviços de saúde, tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas; um processo, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores de atendimento.

O acolhimento visa o atendimento, garantindo o acesso ao serviço, na ESF esse acolhimento pode ser dado por qualquer membro da equipe, visando um melhor atendimento ao cliente e sua família. Na ESF existe uma grande necessidade de fazer um bom acolhimento e manter um vínculo com o cliente, pois só através disso será possível uma relação de confiança por parte da família no profissional, abrindo com isso as portas de sua casa. Com um atendimento diferenciado, sendo necessário adentrar em residências, e de certo modo invadir a privacidade da família atendida, é de interesse do profissional conseguir conquistar a confiança da família.

O vínculo só é criado se houver condições, quando: mostra-se interesse pelos problemas/experiências deles; presta-se atenção no que falam; não os atropelam com excessos de perguntas; necessita-se conferir constantemente o que se ouve e se decodifica para não ficar nenhuma dúvida.

E também, não se tem medo de dizer que não sabe algo, que vai se informar melhor para responder, há disposição a elogiar o desempenho, as suas estratégias de resolução de problemas, mesmo que elas não sejam as que são orientadas; precisam-se fazer acordos, parcerias para trabalhar os problemas juntos, sabendo quais são as dificuldades deles e as nossas e ouvir suas propostas de intervenção (FIGUEIREDO et al., 2008).

Esse vínculo terá que ser construído dia a dia, terá que ser conquistado por parte da equipe, pois não poderá ter um atendimento humanizado e de qualidade. O

acolhimento pode ser parte de uma estratégia para a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, permitindo assim identificar as verdadeiras necessidades dos usuários.

2.7 Como o acolhimento pode ocorrer

O acolhimento ocorre através do trabalho em equipe, com atendimento diferenciado, superando a prática tradicional onde se cuida somente a patologia, e a preocupação com os procedimentos acabam distanciando o profissional da Saúde de seu cliente, ocorrendo o acolhimento a criação do vínculo será estabelecida entre profissionais da Saúde e usuários.

A qualificação técnica dos profissionais e das equipes se faz necessário para prestar uma assistência qualificada e estabelecer interação humanizada, os profissionais devem estar preparados para saber reconhecer e atuar em problemas de saúde, sabendo reconhecer e identificar os riscos e definir com segurança as prioridades, uma equipe bem preparada estará fortalecida para a prestação da assistência.

A implantação de protocolos poderá auxiliar na formação da equipe. Toda rede do SUS deve estar atendendo de forma integrada e estando ciente da responsabilidade de atender a demanda com resolutividade e podendo dar continuidade da atenção **(Anexo 2)**.

Para Brasil (2006) sistemáticas de acolhimento, devem ser implantadas na ESF, e desenvolvidas na comunidade, como grupos de convivência, rodas de conversa, terapia comunitária, entre outros para prática do acolhimento. Nas Unidades de Emergência deve haver a classificação de risco, para agendamento na Especialidade, deve ter a possibilidade de flexibilidade conforme a necessidade específica de cada cliente, os exames também devem ter garantia de prioridade conforme a necessidade do diagnóstico, as unidades devem ser adequadas para o atendimento do cliente gerando um ambiente confortável e seguro, onde tenha espaço para desenvolver um atendimento adequado, um espaço reservado aos trabalhadores para reuniões em equipe, discussões sobre o processo de trabalho.

Em respeito ao cliente o estabelecimento de saúde deverá informar as rotinas, horários de atendimento e a escala de trabalho da equipe, a comunidade deve ser informada do significado e da importância do acolhimento no processo de saúde.

2. 8 Como o acolhimento pode ser desenvolvido

Para que o acolhimento possa ser realizado há varias maneiras de desenvolvê-lo, podendo ser através de grupos multiprofissionais, levantamento e análise da organização do serviço e dos principais problemas enfrentados, conversas com objetivo de produzir e encontrar estratégias para solucionar os problemas, criação de planilhas para registrar as dificuldades, tentativas e avanços. Profissionais adequados devem ser identificados a colaborar com a proposta, produzindo modos de gerar a produção de saúde, exercendo assim o acolhimento **(Anexo 2)**.

O acolhimento deve ser desenvolvido por toda a equipe da ESF, mais o enfermeiro é o profissional que deve participar de forma mais direta no desenvolvimento do acolhimento, sua participação deverá se dar realizando e supervisionando toda a execução deste processo, zelando por um serviço que funcione do melhor modo possível, colaborando assim para o desenvolvimento de um trabalho qualitativo mais humanizado nos serviços de saúde, estabelecendo assim o vínculo dos clientes com o serviço.

CAPÍTULO III

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

2. 9 ESF um novo modelo de Atenção à saúde

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial no Brasil, cria-se em 1994 o PSF pelo Ministério da Saúde que tem como base para a promoção de saúde da família a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde. Neste programa, a atenção é centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, esse modelo de Atenção Básica vem para substituir o modelo tradicional de assistência medicalizadora, onde tudo ficava centrado em curas de doenças e internações hospitalares. Passando com isso visualizar o homem de um modo individual, integral, dentro da família, usando a família como a porta de entrada.

Anteriormente à ESF surgem dois programas: o PACS e o PSF, tornando-se como base para a Estratégia de Saúde da Família, programas esses que defendem o trabalho em PSF deixa de ser visto como um Programa e passou a ser considerada Estratégia de Saúde da Família passando ser reorientadora e estruturante da organização do SUS.

Entretanto as nomenclaturas PSF e ESF são utilizadas para descrever o mesmo fenômeno, sendo usadas mesmo por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais. A ESF veio para buscar um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde, seu trabalho é centrado no acolhimento como porta de entrada para as unidades de saúde da família, visita domiciliar e a equipe multiprofissional.

A ESF veio para reorganizar o modelo de assistência na Atenção Primária, romper com as práticas convencionais, gerar novas práticas de saúde, enxergar o cliente como um ser integral, não cuidar apenas de doenças, mais promover a

saúde, por meio de ações de prevenção, de conhecimento, de interesse pelo bem estar em geral. Trata-se de uma prática de atendimento onde há envolvimento profissional/cliente, onde se consegue a criação de um vínculo muito grande sendo isso um instrumento essencial para a realização de uma atenção integral, completa e eficaz. Porém, todo o trabalho não somente do enfermeiro como de toda a equipe da ESF deve-se pautar em princípios humanos, ou seja, no atendimento das necessidades humanas dos usuários. Nesse sentido, Giordani (2008, p. 177) defende que:

Humanizar é basicamente, valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida desgastada diante do crescente processo tecnológico da Medicina e da desvalorização dos aspectos objetivos e subjetivos que integram o universo individual e social do indivíduo assistido, onde cada um poderá ter sua parcela de contribuição na promoção à saúde.

A ESF possibilita então, amplo acesso aos serviços de saúde e atenção integral, adequado às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e resolutividade, para todos os brasileiros de acordo com Dias apud Brasil (2002)

Visando um atendimento diferenciado a ESF deixa de ter seu atendimento centrado na figura do médico, o qual sempre foi o protagonista da atenção na saúde. Entretanto, o cuidado com a saúde não é só de responsabilidade médica é também dos outros profissionais de saúde e dos sujeitos, individuais ou coletivos, constituindo o alvo da atenção profissional. Segundo o Ministério da Saúde ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A ESF tem seu foco na família, isso é que faz o diferencial nesse modelo de assistência. Indo até a casa do cliente e conhecendo de perto sua realidade, poderá sem dúvida contribuir para a promoção da saúde, a visita domiciliar é um recurso dos mais valiosos para o serviço de saúde (CUNHA, 2005).

Certamente ao adentrar na casa de uma família, o profissional de saúde terá que conquistar a confiança dos membros da família para poder ter abertura necessária para desenvolver seu trabalho, lembrando-se que não está em seu ambiente, e sim em um ambiente familiar, onde certamente existem regras e

condutas próprias que deverão ser respeitadas. Passando pela necessidade de uma reorganização na Atenção Primária no Brasil a Estratégia de Saúde da Família vem de encontro com as necessidades previstas.

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (MARCON apud BRASIL, 2007, p. 66).

Nessa linha de pensamento, o mesmo autor acima citado descreve que na família ocorrem conflitos que influenciam a saúde das pessoas. Portanto, o indivíduo deve ser abordado em seu contexto sócio cultural e econômico e, os profissionais devem compreender os aspectos relacionados ao convívio familiar, respeitando as características individuais de cada membro da família e ao mesmo tempo vendo a família de forma integral, para isso, abordando características sociais, demográficas, culturais e epidemiológicas.

Por sua vez, Silva (2008) relata que a postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. Assim, devemos considerar as condições culturais, socioeconômicas e ambientais das pessoas, porque elas envolvem ações diferentes, olhares diferentes e atendimento individual para cada um.

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia da ESF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES apud CORDEIRO, 2004).

Atualmente, existe a necessidade do acolhimento e do vínculo com o cliente, sendo que acolher no contexto da Saúde é: receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. “Deve ser realizada por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado” (SILVEIRA apud PANDEIA, 2004, p. 71).

A assertiva acima é reforçada por Fracolli et al. (2004, p. 144) ao afirmarem que “sem acolher e vincular não se concretiza a responsabilização e tampouco a otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença”. O trabalho na ESF necessita que o profissional atuante esteja preparado e disposto a oferecer um atendimento acolhedor e humanizado.

2. 10 O profissional Enfermeiro e a construção da humanização

No trabalho em equipe proposto pelo ESF, tanto a Enfermagem como os outros trabalhos têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é trabalho coletivo (MARQUES, 2004). Por sua vez, o enfermeiro na ESF desempenha um trabalho muito importante, desenvolvendo várias atividades ao mesmo tempo, e com isso deixa clara a extrema importância de sua presença na equipe.

Com o passar do tempo e demonstrando seu trabalho o enfermeiro reafirma cada vez mais a necessidade de sua presença na ESF. Diante disso, Fracolli apud Piduzzi (2006, p. 534) descreve o trabalho do enfermeiro no ESF, como um trabalho de busca da ampliação da autonomia dos indivíduos, no sentido emancipatório, e no exercício da Enfermagem comunicativa.

Sobre a relação de profissionais de Saúde e clientes, Puggina (2005, p. 573) considera que:

A desumanização das relações entre profissionais de saúde e os clientes tem sido uma das principais causas apontadas para o aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica contra profissionais de saúde. As reclamações não se restringem às “faltas” técnicas, mas relacionam-se também com o descumprimento do dever de solidariedade, com agressão ao direito de liberdade, de locomoção, de segurança, de informação, de emissão do livre consentimento e de privacidade.

Assim colocado, fica claro a fundamental importância do acolhimento e do vínculo neste modelo da assistência integral ao cliente, o enfermeiro estando à

frente de uma equipe tem como responsabilidade prestar e cobrar da equipe esse atendimento acolhedor e humanizado.

As famílias são vistas sobre olhares diferentes de profissionais que compõem as equipes com isso possibilitando a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

De acordo com Marques e Silva (2007) a equipe de ESF é composta por um médico generalista de preferência que tenha especialização em saúde da família, um enfermeiro também com especialização, dois auxiliares de Enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo ainda contar com dentista e auxiliar de consultório dentário. Essa equipe tem como objetivo o trabalho em conjunto, onde cada membro da equipe desempenha seu papel de forma contribuir para um bom desenvolvimento do trabalho e com isso prestar um atendimento de qualidade, buscando humanizar e criar um vínculo com a população atendida.

Segundo Brasil (2007) a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 traz as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, sendo elas: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.

Ainda descrito, Brasil (2007), a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 fazem parte as atribuições: realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde.

E por fim, realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações,

proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, entre outras.

A informação e o conhecimento da instituição são de extrema importância no contexto profissional, e Giordani (2008, p. 127) ao focar o ambiente de trabalho nas instituições observa que:

Se o trabalho em equipe integra o processo de humanização, este, por si só, pressupõe a busca de alternativas pelas empresas de saúde em geral, através de seus líderes, para que os grupos profissionais atuantes se manifestem, sejam devidamente treinados, ouvidos em suas angústias e expectativas por meio da criação de um ambiente favorável, e sejam atendidos em suas necessidades. A própria idéia de trabalho em equipe sugere interação, harmonia e qualidade na realização de tarefas em prol de um bem comum: a alta satisfação dos clientes internos e externos em todas as instituições de saúde.

A equipe da ESF deve estar com seu trabalho voltado para a família, cuidando de todos os seus integrantes. O trabalho dessa equipe é sem dúvida diferenciada dos demais trabalhos na área da Saúde, pois muitas vezes se depara com obstáculos no seu dia-a-dia como a aceitação do serviço por parte da população, conseguir criar e manter um vínculo com a família, já que se faz necessário, pois estará adentrando em seu ambiente familiar, enfrenta também dificuldades nos aspectos geográficos, na maioria das vezes estará desenvolvendo seu trabalho nas periferias e vivenciando com isso todas as dificuldades ali encontradas.

A ESF como já foi dito veio com a proposta de reorganizar a prática de saúde no Brasil e um profissional de grande importância dentro da equipe da ESF é sem dúvida o enfermeiro, pois tem um papel fundamental dentro da equipe, este desenvolve o papel de enfermeiro assistencial, coordenador da equipe, educador dos demais membros da equipe.

Segundo Brasil (2007), a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 traz as atribuições que são específicas do Enfermeiro na ESF a serem: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF

e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano, infância adolescência, idade adulta e terceira idade; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de Enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de Enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem e ACD e por fim, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

É de grande importância a participação do profissional enfermeiro da ESF na busca da construção da cultura da humanização. Não nascemos éticos, mas podemos nos tornar, com conhecimentos e aprimoramentos, pois a desumanização é evidente nas relações profissionais de saúde e clientes.

2. 11 A enfermagem e a humanização nas relações Interpessoais

O ambiente favorável contribui para o cuidado humanizado, o exemplo disso é o ESF, onde o cliente no seu mais íntimo local, que é a sua casa, compartilha com o profissional suas angústias, seus medos, suas alegrias, sua condição financeira, é lá em sua casa que o profissional entra, não só no ambiente físico, mas também na atmosfera do ambiente, da família, da sociedade onde vive o cliente, é ali que esse profissional acolhe, mas que também é acolhido, ele ensina, mas também aprende que existem diferenças e que estas devem ser respeitadas, podendo assim manter uma relação confiável, um vínculo. São de extrema importância o comprometimento da equipe do ESF, e esta deve estar envolvida em cada caso, e sempre bem informada, num ambiente favorável e acolhedor.

Portanto, fica claro que os profissionais da saúde precisam de um ambiente tranquilo, equilibrado, estável, para que possam transmitir ao cliente segurança, afeto, conhecimento, ou seja, para que possam dar aos seus clientes um tratamento humanizado.

Para desenvolver uma boa comunicação nas relações de trabalho Silva (2005, p. 120) sugere que: “Conhecer a si próprio, suas características e necessidades, ser sensível às necessidades dos outros; acreditar na capacidade de relato de pessoas. Essa comunicação, ou seja, essa humanização é de extrema importância na recuperação do cliente e na obtenção da confiança do mesmo no profissional enfermeiro já que este se encontra trabalhando, praticamente dentro de sua casa, com sua família, conhecendo suas particularidades e intimidade do seu lar.

Estabelecido um grau de confiança já é possível começar um trabalho de qualidade como é a proposta do ESF, onde o profissional enfermeiro exerce seu papel de orientador, educador na saúde pública e preventiva, e essa humanização em saúde pública vem sendo aprimorado cada vez mais, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) sobre humanização o manual do PNHAH (2002, p. 04) considera que:

Então o que é humanizar? Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente.

Esse trabalho exige paciência, amor, dedicação, comprometimento com o outro, não só no ESF, mas em todas as áreas da saúde, pois nós temos o privilegio de trabalhar com seres humanos, onde todo o dia se ensinou, mas também se aprendeu muito, em cada sorriso em cada lágrima, em cada conquista de um vínculo maior com uma família, de ver a melhora de cada membro dessa família com o cuidado humanizado sendo esse acolhimento desses indivíduos a chave para se estabelecer a confiança necessária para sabermos como cuidar, como ajudar, onde nos posicionar, respeitando e esperando o melhor resultado que é sua melhora e sua independência (FIGUEIREDO E TONINI 2008).

Saber ouvir e ter paciência deverá sem dúvida ser uma de nossas melhores virtudes como Silva (2006) reconhece que, a paciência uma das características mais

importantes do profissional da saúde. É a aceitação de que existe um ritmo na vida e de que precisamos estar alertas para ele e conhecer sua sutileza.

2. 12 A contribuição da Cartilha HumanizaSus na Saúde

Nas décadas de 60, 70, 80 e 90 a sociedade foi afetada pela crise e a saúde não foi poupada, comprometendo serviços e/ou produtos em decorrência do sucateamento dos hospitais da rede pública, caindo então em descrédito da população, desconfiança e descontentamento. A sociedade espera então dos profissionais de saúde condutas adequadas à visão holística do terceiro milênio, no respeito e dignidade, porém a grande maioria desses profissionais se acomoda e aproveita da situação, alegando a total falta de recursos para o desempenho de suas funções (GEOVANINI et al., 2005).

A importância de se falar sobre acolhimento, vínculo e humanização se deve a novas práticas que devem ser implementadas na área da saúde, em que seus autores possam interagir no ambiente e no contexto social. Para garantir a coesão social, o homem lança mão da ética, e esta é responsável sobre princípios, regras morais, comportamento humano que interpreta valores, portanto humanização está relacionada à ética. Na data de 1970 as práticas de humanização em saúde se iniciam, sendo que a primeira Declaração de Direitos dos clientes foi a emitida pelo Hospital Monte Sinai, em Boston nos Estados Unidos em 1972 (FORTES, 1998).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lança na data de 2001, o PNHAH aos usuários na saúde pública, este Programa teve como objetivo capacitar os trabalhadores da Saúde para lidarem com os usuários, as famílias e trabalharem em equipe. Propondo uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde o MS em 2004 lança a Cartilha HumanizaSus, visando então que a humanização deve ser vista não só como um “Programa”, mas com dimensões fundamentais, ultrapassando fronteiras rígidas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde, a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, aumentar o grau de

responsabilidade dos diferentes atores que constituem o SUS, com isso, supõe troca de saberes, diálogo entre profissionais e modos de trabalhar em equipe (**Anexo 1**).

Os clientes da Saúde estão mais orientados e conscientes a respeito de seus direitos, e as prestadoras de serviço também, fazendo-se necessário então treinamento dos funcionários e atitudes mais respeitosas, atenciosas e de solidariedade (GIORDANI, 2008). Diante dessas transformações na Política de Saúde, Wawdow (2001, p. 108) afirma que:

No momento em que se atravessa mudanças e se presencia a uma crise geral nas sociedades, parece oportuno a discussão sobre o cuidado humano [...] todos buscam a qualidade total. A área da Saúde enfrenta uma das maiores crises da história confrontando-se com novos desafios a cada dia. A Enfermagem ao resgatar o cuidar no seu sentido pleno, humanístico e artístico, tem nesse momento uma grande vantagem que não deveria desperdiçar.

Garantir a humanização requer uma postura ética, de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de mudanças culturais e de gestão nas práticas de saúde, a humanização da atenção à saúde tem seu fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecendo a Estratégia de Saúde da Família, percebe-se sua grande importância na Saúde Pública do Brasil. Como medida de reorganização tem um papel extremamente relevante, reordenando o modelo de Atenção à saúde.

A ESF vem sendo usada como instrumento de reorganização do SUS, contribuindo para quebrar uma cadeia de saúde centrada somente no curativo e centrada no médico. Existe um trabalho em equipe, onde cada um tem seu papel para ser desenvolvido, cada qual com sua parcela de importância, onde trabalhando em conjunto se é capaz de conseguir um trabalho diferenciado, demonstrando com isso o grande valor que tem o trabalho em equipe, e só assim contribuir para a mudança no processo saúde-doença. A ESF procura resgatar o valor da família, o valor do cuidado integral, onde o cliente é visto em seu ambiente, com isso tem-se a oportunidade de conhecer sua realidade e poder usar isso a favor de sua saúde. Com o conhecimento mais profundo da realidade do cliente/família, toda a equipe se sente mais preparada para poder atuar na promoção a saúde.

Modelo de Atenção Básica diferenciada, assim é vista a ESF, assistencial que ainda está em construção, precisa de constante aperfeiçoamento, pois é um desafio tanto para a equipe, como para a população que estava acostumada a outro modelo de assistência na Atenção Básica, sem dúvida terá que ter superação dos obstáculos para que seja possível a interação entre os profissionais da equipe, políticos e toda a comunidade, a superação desses desafios leva a transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas.

Vindo de encontro com os princípios do SUS, a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS a serem universalização do acesso, descentralização da gestão, integralidade e equidade da atenção e participação da comunidade.

A ESF favorece a interação do enfermeiro com a família e atividades como visitas domiciliares são situações oportunas para o enfermeiro desenvolver seu trabalho e cumprir os objetivos da ESF. O enfermeiro atua como membro extremamente importante dentro da equipe, pois na maioria das vezes atua como

coordenador da equipe, educador, e ainda tem que desenvolver parte assistencial tanto na promoção de saúde, como na prevenção de doenças.

O acolhimento é de responsabilidade do profissional de saúde, tendo-se acolhimento é possível garantir um atendimento de qualidade e humanizado e com isso estabelecer um vínculo com o cliente. Desenvolver ESF não é tarefa fácil, pois envolve mudanças e para haver mudanças é necessário que haja a educação à população e aos profissionais.

Atuar em uma equipe de ESF não é simplesmente exercer a profissão, é algo mais profundo, pois envolve mais que um atendimento em uma sala de Enfermagem, uma administração de medicação, aferir uma pressão arterial é envolver-se com o cliente de modo a entrar em seu mundo, humanizar, criar vínculo, acolher o ser humano que necessita de assistência à Saúde.

4. REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano, compaixão pela terra. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Manual do Programa Nacional da Assistência Hospitalar. 2001. In. **Portal humaniza.org.br**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342 . Acesso dia 20 de outubro de 2009.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 21 de outubro de 2009.

BRASIL. 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. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf. Acesso em 21 de outubro de 2009.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS Departamento de Ações em Saúde – **DAS Coordenação Estadual das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família**. 2007 1 ed. Disponível em http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_92&sName=Manual%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20do%20PSF . Acesso em 12 de julho de 2009.

CERVO, Amado Luis; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 05 ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2002.

CHAVES, Eliane Corrêa; MARTINES, Wânia Regina Veiga. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O mundo da Saúde**. São Paulo, v. 27 n. 2 p. 274-279 abr./jun. 2003. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)112.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)112.pdf). Acesso em 20 de março de 2009.

COREN - SP. Conselho Regional de Enfermagem 2000. Resolução COFEN n.001/2000. In. **Portal COREN-SP**, Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/drupal6/sites/default/files/Principais_Legislacoes.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2009.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida, TONINI, Teresa, **SUS e PSF para Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

FORTES, Paulo Antonio Carvalho. **Ética e Saúde**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1998.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ERMEL, Regina Celia. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. **Rev.Esc.Enferm** [on line] 2006, v. 40, n. 4, p.533-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a11.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2009.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/04.pdf>. Acesso em 17 de março, 2009.

GEOVANNI, Telma; MOREIRA, Almerinda; SCHOELLER, Soraia Dorneles; MACHADO, William C. A. **História da Enfermagem versões e interpretações** 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIORDANI, Anecy Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão, 2008

LEITE, Álvaro Jorge Medeiro; CAPRARA, Andréa; COELHO, João Macedo, Filho. **Habilidades de comunicação com clientes e famílias**. São Paulo: Saavier, 2007.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A Enfermagem e o programa de saúde da família: uma parceria de sucesso? **Rev.bras.enferm**. 2004, v. 57, n. 5, p. 546-550. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a06v57n5.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2009.

[MATUMOTO, Silvia](#), [MISHIMA, Silvana Martins](#), [FORTUNA, Cinira Magali](#) et al. **A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde**. In *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*, 2002, San Pablo (SP, Brazil) [online]. 2002 [cited 20 October 2009]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100050&lng=en&nrm=iso . Acesso no dia 20 de outubro de 2009.

PINSKY, Jaime. **As primeiras civilizações**. 23 ed. São Paulo: Contexto, 2006.

PUGGINA, Ana Claudia Giesbreth; SILVA, Maria Julia Paes da. A alteridade nas relações de Enfermagem..[on line]. 2005, v. 58, n. 5, p.573-759 **Rev.bras.enferm** ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a14v58n5.pdf>. Acesso em 27 de março, 2009.

SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de praticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, 2008, v.11, n.1, p. 74-84. Disponível em <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v011n1/074-084.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2009.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SILVA, Maria Julia Paes da. **O amor é o caminho**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2006.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo, et al. **Acolhimento no programa saúde da família**: um caminho para Humanização da Atenção à saúde. C it EF C Itib. 71-78, 2004. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1707/1415>. Acesso em 17 de março de 2009.

TACHIZAWA, Takeshy; MENDES, Gildásio. Como fazer monografia na prática. 7 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

VENÂNCIO, Sônia Ioyama, et al. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família** - AMQ estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

5. ANEXOS

Anexo 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS

HumanizaSUS

Brasília – DF 2004
Série B. Textos Básicos de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.^a edição – 2004 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 3.^o andar, sala 336

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2587 / 315 2957

E-mail: humanizasus@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/humanizasus

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. II. Título. III. Série.

NLM WA 30 DB8

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 0923/2004

Títulos para indexação:

Em inglês: HumanizaSUS. National Politics of Humanization: Humanization as Guidelines on Care and

Management Practices in All Sectors of SUS

Em espanhol: HumanizaSUS. Política Nacional de Humanización: La Humanización como Eje Norteador de las

Prácticas de Atención y Gestión en Todas las Instancias del SUS

Equipe editorial:
Normalização: Leninha Silvério
Revisão: Marjorie Tunis Leitão
Paulo Henrique de Castro
Projeto Gráfico: João Mário P. d'Almeida Dias
Editoração: Carla Vianna Prates

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Marco teórico-político

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira operados especialmente ao longo das últimas duas décadas – convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado.

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde.

O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

É por isso que propomos uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde.

E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas “tornar mais humana a relação com o usuário”, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde?

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano” (!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores”.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade.

Com isso, estamos nos referindo à necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deva significar um “ficar fora, ou ao lado, do SUS”. Acreditamos que a Humanização deva caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do SUS. Mas queremos também que sua afirmação como política transversal garanta este caráter questionador das verticalidades, pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos.

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

Nesse sentido, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos clientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos.

Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em

relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.

Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, e, para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde.

O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles constituem aspectos importantes na construção do que chamamos Rede de Humanização em Saúde (RHS).

Como em toda rede, a característica da conectividade é a que mais se destaca. Estar conectado em rede implica exatamente esses processos de troca, de interferência, de contágio que queremos. Uma rede comprometida com a defesa da vida. Uma rede humanizada porque lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver. Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos.

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas.

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo.

Princípios norteadores da Política de Humanização

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Marcas/prioridades

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

4. No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes.

5. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.
3. No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras.
4. No eixo da informação/comunicação, indica-se – por meio de ação de mídia e discurso social amplo – sua inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH.
5. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores.
6. No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH.
7. No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização.

Orientações estratégicas para a implementação da PNH

1. Propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos).
2. Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas secretarias estaduais de saúde (SES), nas secretarias municipais de saúde (SMS) e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde.
3. Consolidar e expandir a rede virtual de humanização, facilitando trocas, dando visibilidade às experiências exitosas e multiplicando práticas comprometidas com a PNH.
4. Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação, incluindo processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH, articulados com as demais políticas de avaliação do Ministério da Saúde.
5. Selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora.
6. Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual, etc.
7. Articular os programas e os projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) com a PNH, com vistas a diminuir a verticalização, implicando a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.
8. Incentivar a construção de protocolos para serviços com perfil humanizador.

Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas secretarias estaduais de saúde (SES), nas secretarias municipais de saúde (SMS) e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde. Consolidar e expandir a rede virtual de humanização, facilitando trocas, dando visibilidade às experiências exitosas e multiplicando práticas comprometidas com a PNH. Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação, incluindo processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH, articulados com as demais políticas de avaliação do Ministério da Saúde.
5. Selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora.

6. Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual, etc.

7. Articular os programas e os projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) com a PNH, com vistas a diminuir a verticalização, implicando a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.

8. Incentivar a construção de protocolos para serviços com perfil humanizador.

Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.

2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.

3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.

4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

Na Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.

3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Especializada:

1. Garantir agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário.

2. Estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência.

3. Otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação.

4. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Hospitalar:

Neste âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o nível B:

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido.
- Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.

- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários.

- Mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores.

- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos clientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.

- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.

- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência .

Parâmetros para o nível A:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado.

- Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Ouvidoria em funcionamento.
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos clientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.
- Conselho gestor local com funcionamento adequado.
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia).
- Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação.

A gestão da Política de Humanização

A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação, um construir coletivo. Isso significa processos de pactuação no âmbito do Ministério da Saúde, assim como nas diversas instâncias do SUS.

Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde, são tarefas das quais não podemos abrir mão se, de fato, queremos operar transversalmente.

O que estamos querendo dizer é que afirmar a Humanização como eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal é necessário que seu modo de operar também o seja.

Dessa forma, decidimos integrar as contribuições das áreas da saúde, assim como de programas e projetos, na construção da Política de Humanização. Seu caráter, portanto, é de abertura, significando que outras experiências e propostas a ela se agregarão.

O aspecto a se destacar é o fato de que as diretrizes pactuadas expressam compromissos do Ministério da Saúde em qualificar os princípios do SUS, impondo a todos a tarefa de definirem seus núcleos de responsabilidades e competências.

É nesse sentido que se torna importante definir um modo de gestão da PNH.

O campo da humanização

Como política transversal, a PNH entende que, em seu papel articulador, ela deve se dirigir, por um lado, à facilitação e à integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde a Política de Humanização se dará; por outro lado, deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da Política de Humanização.

A criação do campo da humanização se fará pela intercessão nas diferentes políticas de saúde. Nesse caso, a PNH trabalhará em ações decididas com as áreas de modo a integrá-las, além de facilitar contatos e interagir com as instâncias do SUS onde tais políticas se efetuem.

Suas funções de núcleo de humanização definem-se por garantir, estrategicamente, a especificidade da Política de Humanização e, nesse sentido, fará ofertas de conteúdos e de metodologias a serem trabalhados sobre processos e prioridades considerados essenciais para cada área da atenção. Além disso, estabelecerá linhas de implantação, integração, pactuação e difusão da PNH.

Assim, na construção do campo da humanização, a PNH assume o compromisso de:

- propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas, as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado.
- propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS;
- criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as SES, as SMS, os Pólos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam

ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS;

- criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do MS.

Enquanto núcleo específico, a PNH se propõe a:

- construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde; seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado;

- fortalecer, ampliar e integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e eletrônica.

Implantação e funcionamento da PNH

Para a implantação de uma PNH efetivamente transversal às demais ações e políticas de saúde, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à construção de sinergia e ao acúmulo de experiências.

Assim, ao mesmo tempo em que são experimentadas novas propostas de ação e multiplicadas – com as devidas mediações – as experiências exitosas, os processos de debate e pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal do SUS deverão consolidar a Humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de atenção.

Dessa forma, cabe à Coordenação da PNH articular a atuação das áreas do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que contribui para o fortalecimento das ações das secretarias estaduais e das secretarias municipais de saúde.

Anexo 2

Secretaria de Atenção à Saúde
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

2.^a edição
Série B. Textos Básicos de Saúde
Brasília – DF
2006

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 2.^a edição – 2006 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 954

70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3680 / 3315-3685

E-mail: humanizasus@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/humanizasus

Coordenação da PNH:

Adail de Almeida Rollo

Texto:

Cláudia Abbês Baeta Neves

Adail de Almeida Rollo

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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.

44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-1268-1

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.
NLM WA 30 DB8

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS
2006/1138

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Kelly
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Vânia Lucas
Diagramação: Sérgio Ferreira
EDITORA MS

Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540 / 610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774
Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Títulos para indexação:

Em inglês: Reception in Practices of Health Production
Em espanhol: Acogida en las Prácticas de Producción de Salud
Organização da série cartilha da PNH – 1.ª edição:

Eduardo Passos

Coordenação de revisão das cartilhas da PNH – 2.ª edição:

Alba Lucy Giraldo Figueroa

Colaboração:

Ricardo Teixeira

Gustavo Cunha

Alba Lucy Giraldo Figueroa

Maria Auxiliadora da Silva Benevides

Elaboração de texto, diagramação e layout:

Cristina Maria Eitler (Kita)

Fotos:

Delegados participantes da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003), fotografados no estande do HumanizaSUS.

Fotógrafo:

Cléber Ferreira da Silva

Reedição atualizada do trabalho elaborado em 2002, sob o título “HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde”

Cartilha da PNH

Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde

O Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde.

No percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas ou desafios que persistem, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

O padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, é um desses desafios.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

Este texto se referencia nos princípios, nos métodos e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) e em experiências “do SUS que dá certo” na implementação da sistemática de acolhimento em redes ambulatoriais como Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Aracaju (SE) e em hospitais como o Hospital Municipal “Dr Mário Gatti”, de Campinas (SP), os do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre (RS), e o Hospital Municipal Odilon Berhens, de Belo Horizonte (MG), entre outros.

O presente texto está organizado nos seguintes tópicos:

1. O que entendemos por “acolhimento”?
2. Como transpor essas reflexões para o campo da saúde? Ou qual é o sentido dessas reflexões para as práticas de produção de saúde?
3. O acolhimento no SUS: um pouco de história;
4. O acolhimento como um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS;
5. O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho;
6. O acolhimento com avaliação de risco como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e da produção de saúde;
7. Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde;
8. Algumas maneiras de fazer;
9. Alguns dispositivos (tecnologias);
10. Na situação concreta do serviço, algumas questões a considerar;
11. Referências bibliográficas.

O que entendemos por “acolhimento”?

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Nós queremos chamar atenção, neste início de conversa, para a idéia de que o acolhimento está presente em todas as relações e os encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele. Entretanto, temos de admitir que parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas.

O avanço de políticas com uma concepção de Estado mínimo na reconfiguração da máquina estatal, na dinâmica da expansão e da acumulação predatória do capital no mundo, tem produzido efeitos devastadores no que se refere à precarização das relações de trabalho.

Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde emprego, e à crescente privatização dos sistemas de seguridade social, alijando grande parte da população da garantia das condições de existência. O impacto desse processo, no que diz respeito às relações intersubjetivas, é igualmente avassalador, na medida em que as reduz, muitas vezes, ao seu mero valor mercantil de troca.

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salva guarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade.

Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado.

Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores:

- o coletivo como plano de produção da vida;
- o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida; e
- a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...).

Como transpor essas reflexões para o campo da saúde? Ou qual é o sentido dessas reflexões para as práticas de produção de saúde?

Temos visto que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, nos seus dezesseis anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.

Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas.

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, trabalhadores da saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida.

Alterar tal situação requer o compartilhamento entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial por meio das instâncias de participação e de controle social do SUS.

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde.

Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

O acolhimento, pensamos, é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.

O acolhimento no SUS: um pouco de história

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

Reconhecer essa longa trajetória, ao falar do acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:

- convivem com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência;
- reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento;
- atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde;
- encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas não conseguem avaliar e interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las;
- convivem, os serviços de urgências, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos. Tais funcionamentos demonstram uma lógica produtora de mais adoecimento, na qual, ainda hoje, parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. O objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços, que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento.

Evidentemente que todas essas práticas não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS. Para superar tais dificuldades, é necessário que outras técnicas e outros saberes sejam incorporados por todos os profissionais das equipes de saúde.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

A reversão desse processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro”.

O acolhimento como um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
- uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o cliente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica.

Vejam aqui o caso de uma usuária indígena que dá entrada numa unidade de saúde e, após o atendimento e a realização do diagnóstico, é indicada para ela uma cirurgia (laparoscopia) urgente, a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária se recusa a realizar o procedimento, dizendo que ela não pode deixar que mexam no seu umbigo, pois (segundo a sua concepção, herança de sua cultura) este é a fonte de onde brota a vida. Se assim o fizesse, infortúnios diversos poderiam recair sobre ela, conforme acredita. Diante da recusa e frente à urgência para a realização do procedimento, a equipe entra em contato com o cacique ou a liderança política do grupo e, juntos, decidem que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua aldeia. Decidem também que, antes do procedimento, o pajé ou a liderança religiosa realizaria um ritual ou procedimento cultural direcionado à preservação de sua integridade, de acordo com o ponto de vista da concepção de saúde da própria sociedade e cultura. Isso foi realizado e acolhido pela equipe, que posteriormente teve sucesso na realização da cirurgia.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados:

- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida;
- a humanização das relações em serviço;
- a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;

- a governabilidade das equipes locais; e
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

O acolhimento com avaliação de risco como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e da produção de saúde.

O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, não podem ser desconsideradas as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca do seu processo de adoecimento.

Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros clientes aparentemente mais necessitados. Um exemplo disso é o caso de X, que tinha 15 anos de idade e chegou a uma unidade de saúde sozinha, andando, visivelmente angustiada, dizendo estar com muita dor na barriga. A profissional da acolhida avaliou que ela tinha condições de ficar na fila e, depois de 35 minutos esperando, X voltou à recepção e disse que a dor estava aumentando, mas foi reconduzida para que esta esperasse a sua vez na fila. Depois de 15 minutos, X caiu no chão, sendo levada em seguida para o atendimento, em estado de coma, por ter ingerido veneno para interromper uma gravidez indesejada.

O que a história de X nos indica é a urgência de reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, objetivando-se:

- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando-se a forma tradicional de entrada por filas e a ordem de chegada;
- a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar os usuários em seus problemas e suas demandas;
- a mudança de objeto (da doença para o sujeito);
- uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento dos usuários nos serviços de saúde pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; e
- a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário.

Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros), grupo este afeito às tecnologias relacionais, à produção de grupidades, à elaboração e ao manejo de banco de dados com informações sobre a demanda, o serviço e a rede de saúde, de apoio e proteção social.

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Conforme esse entendimento, o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implementação da promoção da saúde em rede, pois em sua implementação extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e das micropolíticas.

Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde:

- Organizar as unidades de saúde com os princípios de responsabilidade territorial, a descrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo-se o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde. Tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

- Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública. A elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe.

- Implantar a sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada, pactuando e explicitando com as várias unidades de saúde suas responsabilidades com a população descrita e a atenção à demanda não agendada, visando à capacidade resolutiva e à garantia de continuidade da atenção.

- Implantar as sistemáticas de acolhimento:

- a) na Atenção Básica (PSF), compatibilizando o atendimento entre a demanda programada e a não-programada e desenvolvendo atividades de acolhimento na comunidade como rodas de conversas de quarteirão, terapia comunitária, grupos de convivência (artesanato, caminhada), entre outros;

- b) com Classificação de Risco nas Unidades de Urgência;

- c) nas Unidades de Atenção Especializada, flexibilizando a agenda de modo a garantir prioridade para clientes que necessitem de agilidade diagnóstica, terapêutica, e também atendimento às intercorrências, de menor gravidade, dos clientes em seguimento;

- d) nas Centrais de Regulação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), objetivando garantir prioridade para os que necessitam de agilidade diagnóstica, terapêutica.

- Adequar a ambiência das unidades, para garantir confortabilidade, condição adequada e de biossegurança no trabalho, espaços para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar/social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento a clientes críticos, como nos pronto-socorros, nos centros cirúrgicos, nas salas de procedimentos, nas UTIs e nas enfermarias.

- Desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e a escala da equipe.

- Promover a ampliação do debate, o aprofundamento teórico metodológico e a troca de experiências mediante eventos estaduais, regionais e municipais sobre o tema, envolvendo gestores, representantes de trabalhadores, usuários e instituições formadoras.

- Explicitar e discutir a proposta com a população e os atores políticos, de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas ao processo de inovação. Desenvolver campanha de comunicação social acerca do significado e da importância do acolhimento como estratégia de qualificação da atenção no SUS, de garantia de direitos dos usuários e da utilização adequada e das responsabilidades das unidades de saúde do SUS.

Algumas maneiras de fazer:

- Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade.
- Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados.

- Construção de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas.

- No adensamento do processo, ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade.
- Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços.
- Identificar profissionais sensibilizados para a proposta.
- Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa.
- Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção.
- Assinalamento constante da indissociabilidade entre a atenção e a gestão (modos de produzir saúde dos modos de gerir essa produção).

Alguns dispositivos (tecnologias)

- Fluxograma analisador: Diagrama em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. (MERHY, 2002).
- Descrição das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços.
- Oficinas: instalação de rodas de debate que produzam o encontro das idéias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes pela elaboração conjunta.
- Articulação e/ou incentivo à construção de um Grupo de Trabalho de Humanização.
- Grupos focais com usuários e rede social nas unidades de saúde.
- Avaliação e classificação de risco (análise e ordenação): duas tecnologias com objetivos diferentes mas complementares. Dada a singularidade dos serviços, podem coexistir ou funcionar separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.

Na situação concreta do serviço, algumas questões a considerar:

1. Como se dá o acesso do usuário, em suas necessidades de saúde, ao atendimento em seu serviço? Alguns pontos para se observar utilizando todos os sentidos (audição, visão, tato... e também a intuição):
 - Ao chegar à unidade, a quem ou para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?
 - Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?
 - O que se configura como necessidade de atendimento no serviço? Quem a define?
 - O que não é atendido e por quê?
 - Como você percebe a escuta à demanda do usuário?
 - Do que e como a rede social do usuário é informada? Que profissionais participam desse processo?
2. Que tipos de agravos à saúde são imediatamente atendidos?
 - Em quanto tempo?
 - O que os define como prioritários?
 - Há em seu serviço uma ordenação do atendimento? Qual?
3. Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade?
 - Que procedimentos são utilizados?
 - Quem responde por eles?
 - Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistemas de referência e contra-referência)?
 - O usuário e a rede social participam desse processo?
4. Como você percebe a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário?
 - Como são compostas as equipes de atendimento em sua unidade?
 - Por grupo-classe profissional?
 - Há trabalho de equipe multiprofissional? Em que setores?
 - Há reuniões ordinárias? Qual a periodicidade? Qual é a composição?
 - Quais as maiores dificuldades encontradas no funcionamento por grupo-classe ou equipe multiprofissional?
5. Como são tomadas as decisões em sua unidade?
 - Pelas chefias?
 - Pelo gestor geral da unidade?

- Por colegiados?
- Como são definidas as prioridades e as necessidades de mudança no processo de trabalho? Quem participa disso? De que modos são encaminhadas?
- Como se lida com os conflitos e as divergências no cotidiano do serviço?
- 6. Como é o ambiente e no que ele interfere nas práticas de acolhimento?
- Como são a confortabilidade e a privacidade?
- Como são a informação e a sinalização?
- Como são as condições e as relações de trabalho?

Referências bibliográficas

- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. *A estratégia de acolhimento na atenção básica*. Salvador, 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. _____.
- Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização(PNH): HumanizaSUS - Documento-Base*. 3. ed. Brasília, 2006.
- CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.42
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 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. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 30.
- MERHY, E. E.; ONOCHO, R (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 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*. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.

EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento) SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP:
71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, novembro de 2006
OS 1138/2006.