

ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Claudia **Abbês** Baeta Neves*

1. Apresentação

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 SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas/desafios que persistem sem solução, 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 destes desafios.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de 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, 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, métodos e 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, Aracajú-SE e em hospitais como Hospital Municipal “Dr Mário Gatti” de Campinas-SP, Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre- RS e Hospital Municipal Odilon Berhens de Belo Horizonte-MG, dentre outra(o)s.

Ele esta organizado nos seguintes tópicos:

1. O que entendemos por Acolhimento?
2. Como transpor estas reflexões para o campo da saúde? Ou qual o sentido destas reflexões para as práticas de produção de saúde?
3. O acolhimento no SUS: um pouco de história.

* Em colaboração de uma rede de conversações com Ricardo Teixeira, Gustavo Cunha e Adail Rollo.

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 produção de saúde.
 7. Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde.
 8. Referências Bibliográficas
-

1. O que entendemos por Acolhimento?

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

Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “próximo 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, dor, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida.
- Estética porque traz para as relações e encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, com 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.

O que queremos chamar atenção, neste início de conversa, é para a idéia de que o acolhimento está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele. Entretanto temos que 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 acumulação predatória do capital no mundo tem produzido efeitos devastadores no que se refere à precarização das relações de trabalho/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 “anestesiamento” 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 salvaguarda, 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

[†] FERREIRA, A. B. de Holanda. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p.27. 1ª ed.

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.

Deste modo, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios re-ativar 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.
- 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 ...).

2. Como transpor estas reflexões para o campo da saúde? Ou qual o sentido destas reflexões para as práticas de produção de saúde?

Temos visto que, apesar dos avanços e 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, denúncias nos jornais, confirmam a ausência de escuta qualificada, de relações solidárias e complementares.

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, trabalhadores de saúde, gestores e usuários, na construção e 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 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. Isto 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 como princípio ético a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida.

Alterar esta situação requer o compartilhamento entre as três esferas de governo - municipal, estadual, federal-, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial através 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 (imperativo) no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos nossas práticas de coresponsabilidade 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 revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.

3. 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. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer, ao falar do acolhimento, esta longa trajetória, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer sobre “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que, algumas destas 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 a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora a 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. Nesta definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:

- convivem com filas “madrugantes” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que estes serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam.
- 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, desconhecendo qualquer compromisso, ou mesmo negando a existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento.
- atendem pessoas com problemas de saúde graves sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, jogando por terra o esforço até então realizado.
- encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas que não conseguem avaliar e interferir nestas atividades.
- convivem, nos serviços de urgências, com óbitos na fila porque não conseguem distinguir riscos.

Esses funcionamentos demonstram a lógica perversa na qual grande 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, agravo ou grau de sofrimento.

Evidentemente que todas estas práticas não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS. Para superar estas dificuldades é necessário que outros saberes e técnicas 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 (propiciador de 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 deste processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, onde o compromisso singular com os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, ganhem 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 onde a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente inventando-me com o outro”.

4. 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 ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da 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 através dos encontros, portanto, como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação tecno-assistencial possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social, profissional/profissional, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

5. 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 todas 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 abertura para o encontro profissional de saúde, 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 resolução do problema do usuário.
- elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com equipes de referência em atenção diária, responsáveis/gestoras por esses projetos (horizontalização por linhas de cuidado)
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/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 que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.
- 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 paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso a diversidade cultural, racial e étnica, vejamos aqui o caso de uma usuária indígena que dá entrada numa unidade de saúde e após o atendimento e realização do diagnóstico indica-se 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 este é a fonte da onde brota a vida, se assim o fizesse infortúnios diversos poderiam recair sobre ela. Diante da recusa e

frente à urgência para a realização deste procedimento a equipe entra em contato com o cacique ou liderança política e juntos decidem que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua aldeia e que antes deste procedimento o pajé ou liderança religiosa realizaria um ritual ou procedimento cultural direcionado à preservação de sua integridade, desde 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 expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Neste 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 do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

- a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde;
- as formas de organização dos serviços de saúde
- a governabilidade das equipes locais
- a humanização das relações em serviço
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde
- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica.
- o uso ou não de saberes e afetos para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes e afetos estão a favor da vida.

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

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os 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. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e 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. *Um exemplo disto é o caso de A. que tinha 15 anos de idade, chega a uma unidade de saúde sozinha, andando, visivelmente angustiada e diz estar com muita dor na barriga; a profissional da acolhida avalia que ela pode ficar na fila, e depois de 35 minutos esperando A. volta à recepção diz que a dor está aumentando, mas é reconduzida a esperar a sua vez na fila. Depois de 15 minutos*

A. cai no chão, é levada para o atendimento em coma por ter ingerido veneno para interromper uma gravidez indesejada.

O que a história de A. nos indica é a urgência de reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de Acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, objetivando:

- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- 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 complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, o acúmulo de conhecimentos e saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Importante acentuar que o conceito de Acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve traduzir-se 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. Neste 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 o serviço, como Prontos-Socorros, Ambulatórios de Especialidades, Centros de Saúde, dentre outros, grupo este afeito às tecnologias relacionais, a produção de grupalidades, a elaboração e manejo de banco de dados/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 avaliação de necessidade do usuário em função de seu risco/vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Desta 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.

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e 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 micropolíticas.

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

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

2. Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e equipes em atributos/ habilidades relacionais de escuta qualificada de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares, comunidade, e o reconhecimento e 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 inter-profissional na qualificação da assistência, legitimando inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e fortalecimento da equipe.

3. 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 adscrita, a atenção à demanda não agendada, visando a capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção.

4. Implantar as sistemáticas de Acolhimento:

- a) na Atenção Básica/PSF compatibilizando o atendimento entre demanda programada e a não programada;
- b) com Classificação de Risco nas Unidades de Urgência;
- c) nas Unidades de Atenção Especializada flexibilizando a agenda de modo a garantir prioridade para pacientes que necessitem de agilidade diagnóstica/terapêutica e também atendimento às intercorrências, de menor gravidade, dos pacientes em seguimento;
- d) nas Centrais de Regulação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT - visando garantir prioridade para os que necessitam agilidade diagnóstica/terapêutica.

5. Adequar a ambiência das unidades para garantir confortabilidade, condição adequada e de bio-segurança no trabalho, espaço para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar/social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento à pacientes críticos como no Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico/Sala de procedimentos, UTI e Enfermarias.

6. Desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação desta inovação no processo de trabalho, através de reuniões internas da equipe, reunião com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, instituindo rotina de encontros para avaliar e adequar a implementação, considerando carga horária e escala da equipe.

7. Promover ampliação do debate, aprofundamento teórico metodológico e troca de experiência, através de eventos estaduais, regionais e municipais sobre o tema, envolvendo gestores, representantes de trabalhadores, usuários e instituições formadoras.

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

Alguns jeitos 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 principais problemas enfrentados .
- Construção de rodas de conversas visando coletivização da análise e 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 atenção e gestão (modos de produzir saúde dos modos de gerir esta 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, E.)
 - Descrição das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e 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 funcionarem separadamente no contexto físico mas jamais díspares no processo de trabalho.

Na situação concreta do serviço algumas questões à considerar:

- a) Como se dá o acesso do usuário, em suas necessidades de saúde, ao atendimento em seu serviço? Alguns pontos para observar utilizando todos os sentidos (audição, visão, tato... e também a intuição)
 Ao chegar na unidade a quem/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 deste processo?
- b) Que tipos de agravo à saúde são imediatamente atendidos?
 Em quanto tempo?
 O que o define como prioritário?
 Há em seu serviço uma ordenação do atendimento? Qual?
- c) 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 (sistema de referência/contra-referência)?
 O usuário e a rede social participam deste processo?
 Como você percebe a relação trabalhador de saúde/usuário?
- d) 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?
- e) Como são tomadas as decisões em sua unidade?
 Pelas chefias?
 Pelo gestor geral da unidade?
 Por colegiados?

Como são definidas as prioridades e necessidades de mudança no processo de trabalho? Quem participa? De que modo são encaminhadas?

Como se lida com os conflitos e divergências no cotidiano do serviço?

f) Como é o ambiente e no que ele interfere nas práticas de acolhimento?

Confortabilidade/privacidade

Informação/sinalização

Condições e relações de trabalho

Referências Bibliográficas:

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

CAMPOS, CR.; MALTA, D. REIS, A. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. SP: Ed Xamã, 1998;

CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. SP: Ed HUCITEC, 2003;

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 15, nº 2, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.; PANIZZI, M.; FOSCHIREA, M. O Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. In: Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, nº 30;

MERHY, E.E. & ONOCHO, R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. SP: HUCITEC, 1997;

MERHY, E.E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. SP: HUCITEC, 2002;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH). *Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco*, 2004.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas de Saúde. RJ: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.