



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA UBS MARIA JOSÉ DE MELO SANTOS
EM CAPELA(SE): RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARCOS ANTONIO ARAUJO CAMPOS

NATAL/RN
2020

DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA UBS MARIA JOSÉ DE MELO SANTOS EM
CAPELA(SE): RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARCOS ANTONIO ARAUJO CAMPOS

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2020

Ao Querido Deus, por ter me dado sempre uma nova oportunidade para adquirir
conhecimento.

Aos Meus Pais, por existirem e pelo apoio de sempre.

À minha companheira, pela paciência, ensinamentos e amor incondicional.

À minha Equipe de Saúde, por acreditar nos meus planos e objetivos de melhora continuada
dos nossos pacientes;

Aos pacientes, pelo crédito e confiança no meu humilde trabalho.

Dedico à todos os profissionais da saúde, que estão na Linha de frente, que deram e continuam dando suas vidas para salvar tantas outras.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO	08
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
4. REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o cenário de atuação, como Médico de Família e Comunidade no Município de Capela, na zona rural do Estado do Sergipe, abrange quatro microáreas: Povoado Cruz do Congo; Povoado Quem Dera; Povoado Pau D'arco; Povoado Pindaíba.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Júlio José dos Santos, antes localizada no Povoado Cruz do Congo, foi transferida, após modificações, para o Povoado Quem Dera, devido às péssimas condições estruturais para toda a equipe e para os usuários. A população é bastante carente e com resistência ao processo de educação em saúde e conscientização sobre temas que abrangem a saúde local e doenças crônicas mais incidentes.

A zona rural se localiza distante da capital, onde se encontra um único serviço de suporte de urgência mais próximo. A falta de rede de esgoto e saneamento básico agravam o cenário atual de adoecimento na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF). Não possui ambulância próxima. Existe, na cidade, uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mas ocorre demora em chegar ao território adscrito, devido às péssimas condições da estrada que dá acesso aos povoados.

A equipe é composta por Médico, Enfermeira, Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Técnica de Enfermagem, Gerente da Unidade e Quatro Agentes Comunitários de Saúde. Cada profissional, dentro de suas competências comuns e específicas, trabalha de forma coletiva e integral, prestando o atendimento necessário, de forma universal, para a população a qual se tem responsabilidade de assistir no nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

Desde a triagem ocorrem grandes desafios para prestar um atendimento continuado de qualidade. A forte interação entre os profissionais da ESF faz com que as metas sejam alcançadas, seguindo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Mediante discussão com a ESF, foi percebido a necessidade de trabalhar com mais ênfase em três áreas: demanda espontânea e agendada; atuação na Oncologia na APS; e APS na Saúde Mental.

Em relação à demanda, a falta de organização do setor de triagem complicava demais o rendimento diário e a resolutividade do atendimento. Houve uma situação em que ocorreu a evasão do usuário, do serviço de saúde, por não existir profissional específico na recepção. Por sua vez, a Oncologia é vista como um tabu e, por conta disso, elevam-se as estatísticas nos indivíduos susceptíveis e o aumento na mortalidade, conseqüentemente, de forma precoce. Por fim, a atenção em Saúde Mental, não serve apenas para rotular os indivíduos com algum sofrimento ou transtorno mental, mas, também, para conscientizar a real necessidade de uso de psicotrópicos na APS, pois os efeitos deletérios e de dependência medicamentosa são vistos com certa frequência.

Desta forma, justifica-se a escolha do tema, sobre o acolhimento e a organização da demanda, devido ao grau de desorganização do fluxo de usuários, principalmente quando são triados, o que acaba, muitas vezes, gerando discussões com e entre os profissionais da equipe

de saúde.

Sendo assim, os objetivos da microintervenção foram: capacitar os profissionais da equipe no intuito de otimizar a triagem dos usuários deixando-a mais efetiva; implantar a escuta inicial qualificada para ampliar a interação entre os usuários e a equipe de saúde; e fortalecer a construção de vínculo entre usuários e profissionais, para facilitar a compreensão sobre a lógica da ESF e a adesão às ações de educação em saúde. Com isso, a intenção da equipe foi reduzir os contratempos locais em curto prazo.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

O Acolhimento nada mais é do que uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Atender, de uma forma correta e humanizada, é um desafio para todos os profissionais que participam da APS, principalmente nos tempos atuais, de cautela e muita incerteza do futuro da saúde dos usuários (BRASIL, 2013).

Quando se fala sobre o acolhimento da demanda espontânea, a equipe pode se deparar com desafios, como a não execução, de maneira correta, de projetos terapêuticos prévios, com novas situações que vão requerer novas estratégias de organização e cuidado do serviço (COELHO, 2009).

A implantação de acolhimento da demanda espontânea provoca mudanças nos modos de organização da equipe, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidados com os usuários (BRASIL, 2013). A distribuição de senhas nem sempre funciona, pois pode formar, desde filas na madrugada, até o desaparecimento das mesmas (por esquecimento das pessoas que a adquiriram quando chegaram à UBS), antes mesmo das consultas com o médico e com o(a) enfermeiro(a) (AYRES, 2006).

Outro viés é que a fila e a cota de consultas diárias (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera, em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. Assim, idosos, gestantes e pessoas em situação de urgência e emergência clínica, devem passar por uma triagem com escuta qualificada e classificação de risco a fim de otimizar a resolutividade dos atendimentos e priorizar as populações mais vulneráveis (FREIRE, 2008).

Para usuários que necessitam de um transporte para se deslocar até uma UBS, no contexto rural, a equipe acaba sem condições de coordenar o cuidado dos usuários para ofertar atividades, individuais ou coletivas, em dias alternativos, por exemplo: uma palestra realizada somente com gestantes de todas as microáreas daquela região coberta pela ESF correspondente.

A falta de conhecimento sobre a importância do acolhimento adequado e resolutivo, por parte dos componentes da ESF, é outro fator limitante na implantação de um processo de acolhimento mais eficiente. Até porque, a disponibilização de um local físico, apenas, para o acolhimento, também não se mostra eficaz, pois ele não se reduz a uma etapa ou a algum lugar. O nível cultural de algumas pessoas, das microáreas assistidas pela UBS, maximiza os fatores negativos e dificulta a aceitação quanto ao desenvolvimento de uma proposta para organização da demanda espontânea (SILVA, 2006).

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, no formato de um relato de experiência, sobre o planejamento, construção e execução de uma microintervenção através de reuniões sistemáticas entre os profissionais da equipe de saúde. Os encontros aconteceram no espaço físico da própria UBS, ocasião em que se discutiu sobre o uso de novas estratégias para conseguir organizar um acolhimento sem maiores transtornos.

Participaram dos momentos de planejamento: Médico, Enfermeira, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnica de Enfermagem, Auxiliar de Serviços Gerais, e Vigilantes. Como materiais de apoio, foram utilizados caneta, papel, notebook e multimídia para projeção de slides. O aporte teórico para fomentar as discussões foram os protocolos de acolhimento preconizados pelo Ministério da Saúde, principalmente o Caderno de Atenção Básica nº 28, para esclarecer a importância do acolhimento, partindo do início, com a consciência de que o acolhimento pode ser feito por qualquer pessoa e saber que, partindo dele, a organização do atendimento terá uma direção única e eficaz.

Resultados

Existem aspectos técnicos e político-institucionais que precisam ser mobilizados para a obtenção de êxito na implementação do acolhimento. Quaisquer que sejam as ações, é fundamental manter arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação.

O acolhimento, quando realizado pela equipe na qual o usuário está acostumado, é potencializa o vínculo e a responsabilização entre eles. O Médico e a Enfermeira são as peças-chaves na coordenação da equipe, desde o primeiro contato. Quando o acolhimento é realizado por uma equipe diferente da que o usuário está acostumado, divide-se uma determinada quantidade de usuários ou horário para cada enfermeiro acolher.

Essa modelagem difere do acolhimento coletivo, onde toda a equipe de Saúde da UBS se reúne para que, através de conversas e escutas, com os usuários, seja possível explicar o funcionamento da unidade e processo de trabalho das equipes. Esse tipo de acolhimento permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, identificando usuários de risco, sendo que deve ser associada a escuta individualizada afim de reduzir o constrangimento das pessoas no que diz respeito às suas fragilidades e individualidades.

Toda a equipe aceitou as propostas elencadas, sugerindo novas ideias, incrementando a intervenção e o plano de continuidade. Devido à situação encontrada, foi difícil por em prática, de modo exato ao que foi discutido. Foram discutidas novas estratégias para acolhimento, partindo do ponto que a falta de informação começa, inicialmente, na equipe e, depois, parte

para os usuários.

Quanto mais deficitário é o nível sociocultural da população, mais difícil é a coordenação de um acolhimento das demandas espontâneas. O que pode ser percebido de mudança foi com relação a expectativa de melhora, com relação aos planos e metas traçadas pela ESF. Outra coisa, foi que o diálogo com os usuários, sobre as experiências de acolhimento vividas por eles, ampliou a capacidade para o autocuidado, na medida em quem eles reconheceram, tanto seus fatores de risco de adoecimento, quanto os fatores protetores de saúde.

Somente com a compreensão dos objetivos e das vantagens de um acolhimento resolutivo é que será possível entender e minimizar as tensões instaladas. O diálogo também ajuda para esclarecer os limites dos profissionais que atuam na unidade de saúde. É importante esse reconhecimento para que se possa implementar o processo de acolhimento adequado à realidade de cada contexto de prática (ROCHA, 2008).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as diversas situações presenciadas e vivenciadas, foi percebida, por toda a equipe, a importância de um acolhimento bem realizado. A forma como se recebe o usuário reflete diretamente como será o desfecho do seu problema. Respeito, compreensão, paciência e informação são fundamentais para iniciar um bom atendimento.

A questão de ser uma Unidade Básica de Saúde em uma Zona Rural exige algo a mais para ofertar, como equipe de Saúde. O respeito à cultura local e aos seus costumes norteiam o conhecimento e o aprofundamento dos problemas de saúde e dos aspectos sociais da população. As ações, a partir dessa vivência, despertaram um olhar diferenciado no modo de lidar com a comunidade.

As fragilidades percebidas remetem à fragmentação do trabalho: em função do perfil dos acolhedores, pois as limitações continuam nítidas; e na falta de uma formação do pessoal de apoio (Serviços Gerais, Vigilantes e Recepção), tornando a comunicação excessivamente informal. Essas dificuldades poderão ser amenizadas com a oferta de educação continuada, no próprio serviço, direcionada para melhoria nas relações humanas e interprofissionais.

Outro fator limitante é a relação queixa-conduta-medicação, vista por muitos como o ponto chave, tornando o cuidado descontinuado, fazendo com que a Unidade de Saúde seja vista apenas como um serviço de urgência-emergência.

Na tentativa de minimizar tais acontecimentos e as vivências negativas, no que diz respeito a um acolhimento efetivo, a manutenção das reuniões de equipe, com esse foco de melhoria, é um dos pilares para a mudança na forma de olhar o indivíduo que busca ajuda pela Atenção Primária à Saúde.

Informatizar o sistema, bem como nas demais Unidades de Saúde da região, facilitaria a recepção e, conseqüentemente, a triagem dos usuários e desfecho da queixa do paciente que procura o serviço de saúde.

O treinamento dos trabalhadores responsáveis pelo acolhimento entra no “hall” de possíveis soluções para um acolhimento mais efetivo, na direção da qualificação da escuta às demandas trazidas pelos usuários.

Humanizar o tratamento e o cuidado para aqueles que mais necessitam, sem dúvida, é algo que também deve estar contido no treinamento da equipe. Humanizar o cuidado faz toda a diferença no desfecho da queixa do usuário.

4. REFERÊNCIAS

AYRES R.C.V. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **Mundo Saude**, v.30, n.2, p.306-311, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1523-1531, 2009.

FREIRE, L.A.M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME**, v.12, n.2, p.271-277, 2008.

ROCHA, P.M. et al . Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.s69-s78, 2008.

SILVA, L.T.; ZOBOLI, E.L.C.P.; BORGES, A.L.V. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm**, v.11, n.2, p.133-142, 2006