

Título: ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Autor: Claudia Abbês Baêta Neves e Adail Rollo.

Referência: Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde).. Autores:NEVES, Claudia. A. B.& ROLLO. Adail. ISBN: 85-3341268-1.

Ano: **2006**.

ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Claudia **Abbês** Baeta Neves¹
Adail Rollo

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 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.

¹ Em colaboração de uma rede de conversações com Ricardo Teixeira e Gustavo Cunha.

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.
 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(FERREIRA, 1975). 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.

Nós queremos chamar atenção, neste início de conversa, 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 “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 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 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, evidenciam a escuta pouco qualificada e relações solidárias pouco exercidas.

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 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 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, 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 agravamento 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 que não conseguem avaliar e interferir nestas atividades de modo a melhor qualificá-las.
- convivem, nos serviços de urgências, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos.

Esses 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, 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 afectabilidade 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 do grupo 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:

- 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 melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes 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 demanda por ações de saúde;
- a governabilidade das equipes locais
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde

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. Na avaliação de risco e vulnerabilidade não podem ser desconsideradas as percepções do usuário, e sua rede social, acerca do seu processo de adoecimento. 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 X. 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 X. volta à recepção diz que a dor está aumentando, mas é reconduzida a esperar a sua vez na fila. Depois de 15 minutos X. cai no chão, é levada para o atendimento em 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:

- 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

grupais, a elaboração e 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 ótica 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 na 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.