

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ALESSANDRA FERREIRA FARIA**

**O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ALESSANDRA FERREIRA FARIA**

**O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

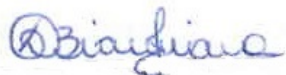
**Orientadora: Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “**O acolhimento como estratégia de intervenção**” de autoria da aluna Alessandra Ferreira Faria, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.



---

**Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giaccon**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## DEDICATÓRIA

*Ao Paulo Albarnaz Júnior, meu amor, pelo  
companheirismo e pela intensidade que imprime a  
minha vida.*

*Ao Leonardo e Gustavo, meus filhos, poemas da  
minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Durante esta caminhada pude contar direta ou indiretamente com pessoas que estiveram comigo, colaborando, me apoiando ou simplesmente por perto sempre que precisei. A elas gostaria de expressar meu sentimento de gratidão.

- Ao meu esposo Paulo, companheiro sempre apresentando compreensão com amor e pela disponibilidade afetiva em escutar meus desabafos.
- Aos meus filhos, Leonardo e Gustavo, pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência durante a elaboração deste trabalho.
- Aos professores e colegas da pós-graduação que foram, sem dúvida, construtores deste trabalho;
- Aos colegas da pós-graduação cujas discussões, riqueza, carinho e amizade foram fundamentais na trajetória deste trabalho: Acolhimento como estratégia de intervenção.
- A todos que não coloquei aqui, mas que sabem que são parte importante da minha história.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>06</b>
<b>4. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....</b>	<b>06</b>
<b>5. PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>6. RESULTADOS PRELIMINARES.....</b>	<b>10</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## RESUMO

Esta monografia tem como objetivo refletir sobre a implantação do dispositivo *acolhimento*, tendo em vista a Política Nacional de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, busca-se contextualizar a Humanização e as práticas em saúde vigentes. Considera-se possível desenvolver abordagens com responsabilização e comprometimento dos profissionais, uma abertura de olhar que promova a integralidade e a autonomia dos sujeitos e identificar a importância das discussões acerca da humanização da assistência junto aos profissionais de saúde a fim de diminuir o distanciamento existente entre os serviços de saúde e usuários. Além disso, foi possível evidenciar a importância da Rede como estratégia de integração entre os serviços de saúde do município, além do fortalecimento da equipe multidisciplinar. A importância deste estudo foi norteada na necessidade de construir um melhor acesso aos pacientes portadores de transtorno mental.

## 1. INTRODUÇÃO

O modelo assistencial de saúde do Brasil, da maneira como tem sido implementado, a partir da Reforma Sanitária, iniciada nos anos 80, contempla a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo as ações relacionadas a assistência à saúde mental. Esse modelo requer um novo perfil de trabalhadores em saúde, bem como a especificação de qual serviço oferecer aos usuários. Entretanto, embora os avanços conquistados no setor da Saúde com as novas políticas de saúde, percebe-se, ainda, a necessidade de mudanças nos próprios serviços em que a assistência à saúde é produzida e disponibilizada, para que tais objetivos propostos pelas políticas em saúde sejam alcançados (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Nesse sentido, foi implantado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização a qual adota o princípio da autonomia, dos sujeitos como protagonistas, da co-responsabilidade entre os sujeitos, do estabelecimento de vínculos solidários, da construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, e subsidiado pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, institui-se um novo modelo de assistência em saúde mental, e com ele a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), os quais proporcionaram mudanças no cuidado em Saúde Mental e Psiquiátrica. Ou seja, inicia-se uma assistência baseada em uma equipe multiprofissional, a qual passa a considerar como estratégia o Projeto Terapêutico Singular (PTS), de cada usuário, baseado em aspectos subjetivos da relação e da vida de cada indivíduo e de sua singularidade (RIGHI, 2006).

Assim, a assistência realizada pela equipe multiprofissional, deve considerar as diferentes dimensões do transtorno mental e as dificuldades dos usuários e dos próprios profissionais em lidar com o sofrimento psíquico e com estigma relacionado a esse. Porém, pode-se perceber que, em grande parte, as práticas dos diferentes profissionais, nos serviços de saúde mental, ainda são isoladas e, muitas vezes, concorrentes, o que demonstra uma dificuldade de interação entre as diferentes competências técnicas (TEIXEIRA, 2004).

Ou seja, deve se atentar para como a equipe multiprofissional está inserida neste contexto, pois cada trabalho individual de um profissional constitui um processo peculiar, com objetos, saberes e instrumentos próprios e produtos diversos (ABBÊS, 2007). Desta maneira,



atentar-se para o modo como os profissionais com os seus saberes e práticas se articulam, e os diferentes processos de trabalho em uma equipe que atua no CAPS se organiza, é, portanto, fundamental, pois eles podem determinar as possibilidades e os limites das práticas profissionais às necessidades de saúde de indivíduos em sofrimento mental (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O sistema de saúde do município de Capão da Canoa se vê diante desse desafio, ou seja, o de proporcionar uma assistência baseada em uma equipe multiprofissional, articulada entre si, e não excludente pelas diferentes competências. Mas esta dificuldade de articulação não se restringe apenas à equipe interna desse serviço, mas se expande à dificuldade de se estabelecer um processo contínuo de troca de informações e intercâmbio de experiências entre os vários setores que a compõe o sistema dessa saúde do município.

A Secretaria Municipal de Saúde tem procurado, cada vez mais, enfrentar esse obstáculo, buscando estratégias que a viabilize, e desenvolvendo propostas que possam convergir para a realização dos princípios básicos para a saúde propostos pelo SUS. Acreditamos que, enfrentar o desafio da comunicação e articulação entre os setores e/ou entre os programas é fundamental para o fortalecimento do próprio sistema de saúde como um todo e, especialmente, para a difusão de uma nova cultura de qualidade no serviço público do município.

Para que os setores e/ou programas possam superar esses obstáculos, considerando-se a diversidade de realidades que o compõem e a quantidade do trabalho realizado nestes setores, o uso de novas tecnologias de informação, e a articulação de ferramentas do mundo digital às formas tradicionais de contatos presenciais e vivenciais deve estar presente (SANTOS-FILHO, 2007). O *Acolhimento no CAPS*, sugere uma alternativa para reorganizar o fluxo e qualificar o atendimento, além de sugerir a utilização de indicadores de resolutividade e, com isso, a redução do tempo de espera e número de atendimentos (CAMPOS, 2007).

Segundo a proposta do Ministério da Saúde (2006, p. 16)

“[...] 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 entendermos como passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde”.

Portanto, esse dispositivo além de responder a várias necessidades do CAPS, também servirá como disparador para a implementação de estratégias da Humanização do SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A humanização, tanto da assistência quanto da gestão, tem sido utilizada e defendida. Ela propõe que as políticas públicas em saúde vise à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. As discussões sobre esta prática trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações e propondo modificações no modelo de assistência hoje existente (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O conceito de humanização inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados à mudança da cultura “curativa”, e outros à organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades dos usuários e suas famílias. Modificações na estrutura física, transformando o espaço de uma unidade de saúde num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência também são propostas (ABBÊS, 2007).

Segundo Benevides e Passos (2005), no contexto do SUS, a humanização não pode ser entendida apenas como mais um Programa a ser implementado nos 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 nas quais são estabelecidas normas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, na maioria das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade.

Outro aspecto importante se refere à autonomia do usuário durante todo o processo de sua “doença”, com elaboração de um plano terapêutico que seja respeitado pelos profissionais que o assistem, de ter um acompanhante de sua escolha, de serem informados sobre todas os procedimentos a que serão submetidos; e de ter seus direitos de cidadania respeitados. (SANTOS-FILHO, 2007).

É importante destacar que, em 2003, no Rio Grande do Sul (RS), foi implantada pela Secretaria Estadual da Saúde (SES), através da Escola de saúde Pública (ESP), a Política de Humanização do Atendimento à Saúde (PHAS), que sucedeu o programa de humanização da assistência hospitalar. A importância das ações dessa política baseia-se nas práticas profissionais de diferentes áreas, ampliando seus inventários de conhecimentos e responsabilidades, valorizando a prática profissional, reconhecendo limitações, estabelecendo prioridades, criando novas relações entre o profissional e o usuário (SANTOS-FILHO, 2007).

A implantação e a implementação dessa política no Estado do Rio Grande do Sul, obedeceu às diretrizes do Ministério da Saúde, respeitando as singularidades do Estado do Rio Grande do Sul, e constitui-se em um movimento visando a humanização das práticas e relações dos atores envolvidos, onde os sujeitos se constroem e são construídos (SANTOS-FILHO, 2007).

Para Benevides e Passos (2005, p. 405):

“[...] É no concreto das práticas de saúde que experiências subjetivas singulares ganham efetivamente a capacidade de transformação dos modelos de gestão e atenção. Tais experiências concretas se dão numa tensão com um padrão-ideal que se impõe como força sobrecodificadora e repetidora do instituído. Humanizar, neste sentido, é valorizar menos o Homem do que um homem-qualquer que, em sua concretude, é sempre variação do padrão trazendo sua história, suas características, seu gênero, etc, como fatores decisivos no processo de produção de si e do mundo.”

O Acolhimento é uma prática destinada a atender a todos os usuários que procuram os serviços de saúde e se caracteriza por acolher, orientar e escutar os indivíduos, além de fornecer respostas adequadas a esses e/ou seus familiares, isto é, “*o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão*” (BRASIL, 2006, p.06).

Ele se interliga a outros dispositivos integrantes da Programa Nacional de Humanização PNH, dependendo do cenário ou do processo envolvido (saúde do trabalhador, co-gestão, ambiência, clínica ampliada, entre outros) baseado no conceito que implantar o acolhimento é

também “*adequar a ambiência das unidades para garantir conforto, condição adequada e biossegurança no trabalho, espaços para encontros e trocas.*” (BRASIL, 2006, p.32).

Outro importante fator a ser considerado é que, na maioria das unidades de saúde, a demanda de usuários é maior que a capacidade dos serviços ofertados, o que ocasiona um atendimento de baixa qualidade, devido, principalmente, os profissionais considerarem apenas a queixa principal do usuário, ou seja, aquilo que o levou até o serviço. Neste processo encaminham para o profissional específico para tal queixa e esquecem de reconhecer as necessidades relacionadas às demandas subjetivas e individuais dos indivíduos que estão em busca de assistência (SANTOS-FILHO, 2007).

Para Abbês (2007), o acolhimento é uma ação, e significa “estar com” ou “próximo de”, o que reafirma a diretriz 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, modo de viver, sentir e estar na vida. Estética porque traz para as relações e encontros do dia-a-dia a intervenção 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.

Desta maneira, o acolhimento não é uma simples triagem, mas sim uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde e, engloba compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, incertezas e reinvenções. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário, 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 (ABBÊS, 2007).

O Ministério da Saúde recomenda que o Acolhimento deve facilitar o dia a dia dos serviços de saúde e o acesso dos usuários a esse, modificando a maneira de acessar esses serviços que são estruturados, em sua maioria, por ordem de chegada e/ou filas. Para isso, ele é proposto como uma maneira de, através do trabalho em equipe, da integração e complementaridade das atividades exercidas, a complexidade do problema, o grau de saber e a tecnologia exigidos para a solução seja possível identificar vulnerabilidades dos usuários (BRASIL, 2006).

Desta maneira, preconiza-se que todos os profissionais de saúde devam realizar a prática do acolhimento com a intenção de resolutividade do problema apresentado pelos usuários,

pressupõe que, todas as pessoas que procuram o serviço de saúde devem ser acolhidas. O profissional responsável pelo acolhimento deve escutar a queixa, os medos e as expectativas desses indivíduos, identificando os riscos e vulnerabilidades apresentadas, e propondo, junto com ele, maneira de lidar ou solucionar o problema exposto (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização sugere algumas alternativas para a implantação do Acolhimento nos serviços de saúde, de acordo com a realidade local, pressupondo a organização territorializada, população adstrita e a atenção à demanda não agendada, gestão participativa, implantação do acolhimento com uma escuta qualificada por equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

### **3. OBJETIVO**

Apresentar uma proposta de implementação do acolhimento, em um CAPS, como estratégia de articulação do trabalho da equipe multiprofissional, internamente e com os serviços inseridos na rede de saúde, com o intuito de proporcionar um cuidado de melhor qualidade aos usuários deste serviço. .

### **4. DIAGNOSTICO DA REALIDADE**

O CAPS do município de Capão da Canoa é o serviço da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo atendimento em saúde mental e atende à demanda da população, adulta e infantil, portadora de transtorno mental e/ou dependentes químicos. Sua equipe é formada por 17 profissionais de saúde, dentre eles um médico clínico geral, um médico psiquiatra, dois enfermeiros, três assistentes sociais, duas técnicas de enfermagem, quatro psicólogas, um terapeuta ocupacional, um profissional de educação física e duas oficineiras. E pela equipe administrativa constituída por duas recepcionista, uma cozinheira, uma auxiliar de limpeza, um vigia e um motorista.

Ao analisar o cenário local, pode-se observar inúmeras deficiências no serviço relacionadas às propostas do PNH. Destaca-se as dificuldades na gestão compartilhada e no

diálogo entre as diferentes profissões, a falta de valorização dos profissionais de saúde, o acesso à rede de saúde e o atendimento “fragmentado” aos usuários que buscam o serviço.

Este atendimento fragmentado ao usuário é pouco resolutivo, e sofre influencia de outros fatores que reforçam esta realidade como elevada demandas por atendimento e carência de recursos humanos, materiais e financeiros. Fazendo com que os profissionais atuem muitas vezes em situações limite para uma assistência adequada, uma das grandes preocupações do serviço, frequentemente, circunscrevendo às questões que acontecem em seu espaço interno. O que implica em uma prática isolada e pouco permeável a um contato mais aberto e efetivo com a comunidade da qual faz parte e para qual atua. Por melhor que seja a ação do CAPS, os resultados de seu trabalho permanecem pouco conhecidos e compartilhados com os demais serviços de saúde do município, como por exemplo, as UBS.

Ao considerar os entraves relatados, estamos ao mesmo tempo, reconhecendo-os como necessidades relacionadas aos direitos subjetivos ou individuais dos usuários que procuram o CAPS, e que poderiam ser respaldadas por qualquer um dos dispositivos propostos pela PNH.

## **5. PLANO DE AÇÃO**

A partir dessas questões, propomos como intervenção implantar o “*Acolhimento em uma Unidade de Atenção Especializada – o CAPS de Capão da Canoa*”, tendo em vista que, muitas vezes, os profissionais desconsideram os aspectos subjetivos e individuais do usuário, realizando atendimentos superficiais e despersonalizados. Acreditamos também que esse dispositivo servirá como disparador no processo de iniciar a discussão entre os trabalhadores, gestor e usuários do SUS e, também pela praticidade do dispositivo para atender a demanda reprimida já que o mesmo teria uma maior probabilidade de penetrabilidade e questionamentos.

### 5.1 – 1º Momento: Planejamento:

O processo de planejamento e intervenção iniciou-se com a participação do Grupo de Trabalho e Humanização (GTH) do município de Capão da Canoa e da equipe de profissionais do CAPS, que discutiu o que seria possível alterar no processo de atendimento aos usuários do setor. Foi realizado o levantamento e análise diagnóstica dos modos de organização do serviço e os

principais problemas enfrentados, além de estratégias de controle e avaliação. De acordo com esse processo de identificação dos problemas e, com ele, as modificações pretendidas, adequou-se o dispositivo escolhido (Acolhimento), bem como as diretrizes e conceitos apresentados pela PNH, destacando-se a mudança na relação profissional-usuário, profissional-profissional, através de parâmetros éticos, técnicos, de solidariedade e defesa da vida.

#### 5.2 – 2º Momento: Divulgação das Alterações, Formação e Operacionalização de Banco de Dados ( conhecimento interno e externo ao serviço):

O segundo momento do Plano de Intervenção consistiu na divulgação do fluxograma do CAPS aos profissionais que compõem a rede de saúde do município. Este momento não teve apenas um caráter informativo, mas serviu também para disparar, no coletivo, o encantamento com a Humanização. É em momentos de reflexão como esses que, os processos de produção de saúde estão relacionados, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo entre os sujeitos, e são feitos numa rede de relações que exige maior interação e diálogo permanentes. Aproveitou-se este momento de divulgação do Acolhimento para explicar os outros dispositivos ligados a PNH.

As atividades que foram realizadas neste momento:

- Reunião com o gestor municipal, incluindo, chefia de enfermagem e chefias dos serviços envolvidos, os quais demonstraram interesse na adesão do Projeto, além de estimularem as atividades propostas;
- Oficinas de Implementação, em pequenos grupos, para divulgar as alterações do atendimento do CAPS e conhecimento do Humaniza SUS, em local e horário previamente acertados com as chefias. Inicialmente foi realizada somente no CAPS, o que proporcionou uma interação entre os participantes. As atividades posteriores foram baseadas em nas vivencias descritas a partir destas oficinas;
- Construção de Rodas de Conversas especifica com os diferentes profissionais que compõem a rede de saúde (as rodas de conversas foram adaptadas aos horários dos profissionais a que se dirigem). Aproveitou-se este momento para experimentação de outros conceitos da PNH (clínica ampliada, GTH, equipes multiprofissionais), a flexibilidade de horário motivou os participantes, foram trazidas inúmeras duvidas e

expectativas por parte dos profissionais. Estas Rodas de Conversas serviram de termômetro para mensurar as nossas expectativas e as deles também.

### 5.3 – 3º Momento: Implantação:

Este momento consistiu na implantação formal do dispositivo do Acolhimento (com data e hora pré determinados) e sua legitimação. Apesar do processo já ter sido desencadeado no momento anterior, é a partir do respaldo do gestor e das chefias que o acolhimento passa a ter um caráter oficial. É importante ressaltar que, nesse período de implantação, o qual implica mudanças nos processos de trabalho, houve uma construção do saber fazer e um compartilhamento de experiências nas redes de conversações.

### 5.4 – Avaliação:

Após um mês do início do uso do dispositivo, avaliou-se o processo de implantação. Esta avaliação foi realizada em conjunto pelo GTH e pela equipe do CAPS e, teve o intuito de, neste primeiro momento, ajustar os elementos do planejamento, sanar dúvidas que surgiram e reforçar as articulações efetuadas. Foi realizado após cerca de dois meses de implantação do Acolhimento, uma série de rodas de conversas, com a equipe multiprofissionais e todos os demais profissionais que estão envolvidos com o CAPS e com o atendimento de seus usuários, a fim de analisarem os aspectos facilitadores e dificultadores encontrados na intervenção iniciada

Os indicadores utilizados para avaliação da implementação do dispositivo foram:

- a) Satisfação do usuário: Antes da implantação do dispositivo, realizou-se conversas informais com os usuários e familiares sobre a satisfação dos mesmos com a assistência prestada pelo CAPS. Para a avaliação pós implantação do dispositivo, foi realizado um novo levantamento a fim de comparar a receptividade dos usuários ao dispositivo instituído;
- b) Satisfação do profissional de saúde: A partir de rodas de conversas com os trabalhadores de saúde (em cada UBS), verificou-se: os aspectos facilitadores e os dificultadores percebidos na implantação do dispositivo; as diferenças significativas do alcance da integração multiprofissional e das possibilidades de enriquecimento do dispositivo escolhido, de acordo com as circunstâncias em que o acolhimento foi posto em ação;



- c) Tempo de espera e de atendimento: 30 dias antes da implantação do dispositivo foram observados o tempo de espera por atendimento em cada consulta, o tempo de duração de cada consulta e o intervalo entre uma consulta e outra. Para a avaliação pós implantação do dispositivo, foi realizado um novo levantamento dos tempos de espera e de atendimento relacionados, a partir das pactuações sugeridas no fluxograma.

### 5.5 Outras Atividades

- Palestras de orientação sobre como funciona o Acolhimento para pacientes e familiares. Este ocorre na sala de espera antes e após as consultas;
- Orientações nas Unidades Básicas, Programa de Saúde da Família e Pronto Atendimento do município, referente a Implantação do Projeto;
- Encontros periódicos com a equipe que realiza o Acolhimento, para avaliação do Projeto de implementação. Estes encontros ocorrerem quinzenalmente;

## **6. RESULTADOS PRELIMINARES**

Ao implantar o dispositivo de Acolhimento no CAPS, é importante relatar que o processo de implantação já foi iniciado, e, portanto, alguns resultados podem ser descritos. Após a implementação do dispositivo do Acolhimento, foi desenvolvido um fluxograma de atendimento dos usuários. Ou seja, eles deixam de ser atendidos conforme ordem de chegada ou agenda da recepção e passam a ser atendidos de acordo com uma avaliação de risco, como descrito a seguir:

Ao chegar na recepção, o usuário preenche a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e é encaminhado para o Acolhimento para receber informações sobre o serviço desejado (atendimento individual, consulta médica, dispensação de medicamentos, grupo terapia). A partir da queixa do usuário, ele é classificado em três categorias diferentes de prioridade, seguindo a orientação de um fluxograma criado pela equipe do CAPS em parceria com o GTH, baseado nas orientações clínicas e da própria rotina do setor:

- Atendimento de Emergência: realizado conforme agenda do profissional procurado. Exemplo: pessoas vítimas de violência (sexual e/ou física), encaminhamentos da equipe.

- Atendimento de Urgência: o usuário é atendido, com no máximo de 1 hora de espera.
- Atendimento sem urgência: o usuário será atendido com no máximo 3 dias de espera.

Exemplo: encaminhamento para psiquiatra da rede, dispensação de medicação.

- Identificação de riscos e vulnerabilidades conjugando: necessidades dos usuários, cardápio de ofertas do serviço e encaminhamento responsável e resolutivo;

Conforme os riscos e vulnerabilidades, o usuário é atendido, com tempo de resposta combinado, mas sempre atendido no mesmo dia da procura do atendimento. Propõe-se a responsabilização integral de todos os profissionais da equipe pelo usuário e/ou familiar, diminuído a fragmentação existente no trabalho.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implantação do acolhimento no CAPS de Capão da Canoa pode contribuir para a humanização das ações oferecidas aos usuários do serviço. A superação de alguns entraves, pode ser contemplada à medida que os profissionais de saúde passa a assistir as necessidades emocionais e culturais dos usuários, visando favorecer uma aproximação do humano, e estabelecer novas e verdadeiras relações, promovendo os encontros, afetos, conversas.

Após a finalização da implantação do acolhimento, houve a necessidade de se construir saberes que possam responder às novas demandas de conhecimento e atender às demais que surgiram com esta implantação. Acredita-se que, no momento atual, há uma aproximação e o envolvimento de vozes silenciadas no desenvolvimento e na construção do atual modelo da atenção, buscando uma maior democratização e apropriação do saber.

É também o momento de investir nos profissionais a fim de qualificar a humanização e o acesso do usuário aos serviços. Destaca-se a necessidade de criar uma relação de cumplicidade, entre quem presta o cuidado e quem recebe, tendo em vista que os profissionais, ao serem procurados pelos usuários, ofereçam serviços que os aproximem e acolham suas demandas.

Ao implantarmos no CAPS o acolhimento, procurou-se a ampliação do olhar sobre a produção do cuidado em saúde. Já que, para humanizar a assistência, é preciso humanizar a produção dessa assistência. Ao debatermos o tema “humanização” nas oficinas de implementação do dispositivo, a equipe colocou que “a humanização depende ainda da mudança das pessoas, da

ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”. Bem como propusemos facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, visto que devemos considerar que são indivíduos que estão em constante interação com o outro e com eles próprios, e todos tem interesses e desejos com os quais se devem lidar.

Acredita-se que, a partir da implantação do acolhimento, o mesmo pode se constituir como prática de inclusão social, de democratização e cidadania, transformando a fria realidade dos serviços em espaços legítimos de produção de saúde.

Observou-se também, que as ofertas de ações da atenção em saúde no CAPS, eram procedimentos rotineiros que visavam responder às demandas externas, redução de consultas, grupos e visita domiciliar, com baixa capacidade resolutiva, pouca criatividade e especialmente falta de co-participação dos usuários em sua definição de bem-estar.

Ao implantar (ou implementar) ações de acolhimento, ousou-se a valorização do cuidado co-participante e as relações de comunicação e afetividade, baseado em uma abordagem humanizada. Percebe-se, no acolhimento, crenças, valores, mitos e costumes presentes no processo. Além de que, as orientações e as tomadas de decisões ainda são unilaterais, valorizando o saber científico em detrimento do saber popular.

Com estas observações aponta-se a existência de diversas barreiras e dificuldades para uma efetiva humanização da assistência. Essas barreiras perpassam a formação dos profissionais de saúde, assim como a organização dos serviços que está centrada nas ações programáticas, no modelo curativo vigente e na falta de democratização e acesso dos usuários aos processos do cuidado.

Cabe aos profissionais de saúde uma responsabilização neste processo, relacionadas à formação e implementação de ações que contemplem a subjetividade e a individualidade dos sujeitos. Entende-se que existem diferentes formas de realizar uma intervenção e promover ações em saúde, em harmonia com a Humanização. O que se propõe é uma abertura, um olhar diferenciado que busque a integralidade e a participação dos sujeitos, respeitando seus limites e possibilidades.

## 8. REFERÊNCIAS

ABBÊS, C. **O Acolhimento como Rede de Conversações**. 2007. Disponível em: <[http://teleduc.cinted.ufrgs.br/cursos/aplic/index.php?cod\\_curso=608](http://teleduc.cinted.ufrgs.br/cursos/aplic/index.php?cod_curso=608)>.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2<sup>a</sup>. Ed. Brasília: Distrito Federal, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

RIGHI, L.B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D.; CRUZ, I. (Orgs.). **A Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Ed.Unijuí, p.73-92, 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12; n.4; p. 999-1010, 2007.

TEIXEIRA, R. R. As Redes de Trabalho Afetivo e a Contribuição da saúde para a Emergência de uma outra Concepção de Público. 2004. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acessado em: 26/05/2014.