

ACOLHIMENTO CORRESPONSÁVEL COMO PROPOSTA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE E CONSTRUÇÃO DE VINCULOS.

WELCOME CO RESPONSIBLE AS PROPOSED STRENGTHENING HEALTH CARE AND CONSTRUCTION VINCULOS.

Liliane Cavasin¹
Maira Tellechea da Silva²

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar o relato de experiência da implantação de um protocolo de atenção integral a saúde por meio da constituição de coletivo multidisciplinar de trabalho, compreendendo e atendendo as reais necessidades de saúde de usuários que procuram as emergências dos hospitais. O referido protocolo intitulado “Projeto Acolhimento Corresponsável” foi implantado em julho de dois mil e treze, e tem como prioridade estimular o trabalho em rede, preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH). O público-alvo do projeto são usuários da saúde, com quadro de doenças crônicas e degenerativas sem acompanhamento nos municípios de origem, gestante com pré-natal incompleto, crianças com baixo peso e casos psicossociais, que buscam atendimento periodicamente na emergência do Hospital Regional São Paulo (HRSP) - Associação Educacional e Caritativa (ASSEC) - de Xanxerê, Santa Catarina. A atenção integral e encaminhamento corresponsável no pós-atendimento hospitalar reforça a interação com os demais níveis de atenção à saúde aliada as políticas que visam à equidade do sistema, otimizando a alocação dos recursos disponíveis. Desta forma o projeto acolhimento corresponsável pressupõe a formação de vínculos e trabalha o acolhimento como estratégia de qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários e sistema de saúde e a comunidade.

Palavras Chaves: Acolhimento; assistente social; saúde coletiva.

ABSTRACT

The objective of this paper is to present the implementation of the experience report of a comprehensive care protocol health through the establishment of multidisciplinary work collective, understanding and meeting the real health needs of users who look for the emergency room. The protocol entitled "Project Home-responsible" was implemented in July two thousand and thirteen, and has as a priority to encourage networking, as recommended by the National Humanization Policy (PNH). The public project targets are users of health, with framework of chronic and degenerative diseases unattended in the home counties, pregnant with incomplete prenatal care, children with low weight and psychosocial cases seeking

¹ Assistente Social- Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Bolsista do FUMDES
E-mail: lilianecavasin@bol.com.br.

² Orientadora docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ, mestre em Enfermagem pela UFSC.

periodically emergency care of São Paulo Regional Hospital (HRSP) - Educational and Charitable Association (ASSEC) - Xanxerê, Santa Catarina. The comprehensive care referral and co-responsible in the hospital after call reinforces the interaction with other health care levels combined with policies aimed at system equity, optimizing the allocation of available resources. Thus the host-responsible project involves the formation of links and works the host as qualifying strategy meeting between health professionals and patients and the health system and the community.

Key Words: Home; social worker; public health.

INTRODUÇÃO

O acolhimento do paciente pressupõe diversos conceitos relacionados a diferentes níveis de atenção e gestão de saúde. Neste artigo será relatada a implantação de um projeto humanizado de acolhimento ao paciente, no serviço de urgência e emergência hospitalar. O Ministério da Saúde (MS) indica que “tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais” (Brasil,2009), não compreendendo desta forma o acolhimento como um processo de produção de saúde, resultando na superlotação das urgências e emergências.

A implantação do projeto de ACOLHIMENTO CORRESPONSÁVEL no Hospital Regional São Paulo (HRSP) – nos serviços de urgência e emergência referência a mais que 150 mil habitantes subdivididos entre quatorze municípios da região Associação dos municípios do Alto Irani - (AMAI). O HRSP é uma entidade filantrópica, de iniciativa privada, que atende aproximadamente 96% de pacientes pelo Sistema Único de Saúde - (SUS).

Diariamente aproximadamente 200 pessoas são atendidas no serviço de urgência e emergências do Hospital Regional São Paulo, e observa-se ainda que, aproximadamente 80% destes atendimentos não se caracterizam como emergências. Ao observarmos o cotidiano das unidades hospitalares de atenção, poderemos avaliar que, o atendimento em emergência da demanda espontânea atualmente, não possibilita ao cidadão o direito a uma atenção integral. É preciso repensar e criar formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, acolhedora e

humanizada a partir da compreensão da inserção dos serviços da rede local de atenção.

A análise dos prontuários no sistema interno de informações hospitalares apontou que as patologias mais atendidas na emergência do Hospital Regional São Paulo eram (Hipertensão, Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Gestantes sem acompanhamento pré-natal e casos psicossociais). Estes representam grande parte dos atendimentos na emergência e a análise de dados apontou ainda que pacientes acometidos com uma destas patologias retornavam com frequência em busca de novo atendimento. Diante destas informações, e considerando a importância de qualificar o atendimento em rede, relataremos o processo de implantação do projeto acolhimento corresponsável na emergência do HRSP.

DESENVOLVIMENTO

O acolhimento deve ser compreendido como parte do sistema de produção em saúde, de forma a estabelecer um vínculo com o paciente a fim de que o mesmo se sinta acolhido e referenciado para o serviço mais próximo de sua residência. A partir desta compreensão, elaborou-se um plano de ação delimitando as ações e os sujeitos que conduziram as mesmas dentro do prazo estabelecido.

O que fazer	Quem	Razão/por que	Como	Executado
Participar da reunião do Colegiado Gestor Estadual de Humanização	Gerente de Atendimento	Elaboração do projeto de acolhimento no pós atendimento clínico	Através de discussões sobre o cuidado prestado ao usuário que chega a emergência.	X
Apresentação do projeto	Gerente de Atendimento	Busca de aprovação	Explicação do projeto	X
Elaboração das estratégias	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento	Organizar ações estratégicas	Elaboração do plano de ações	X

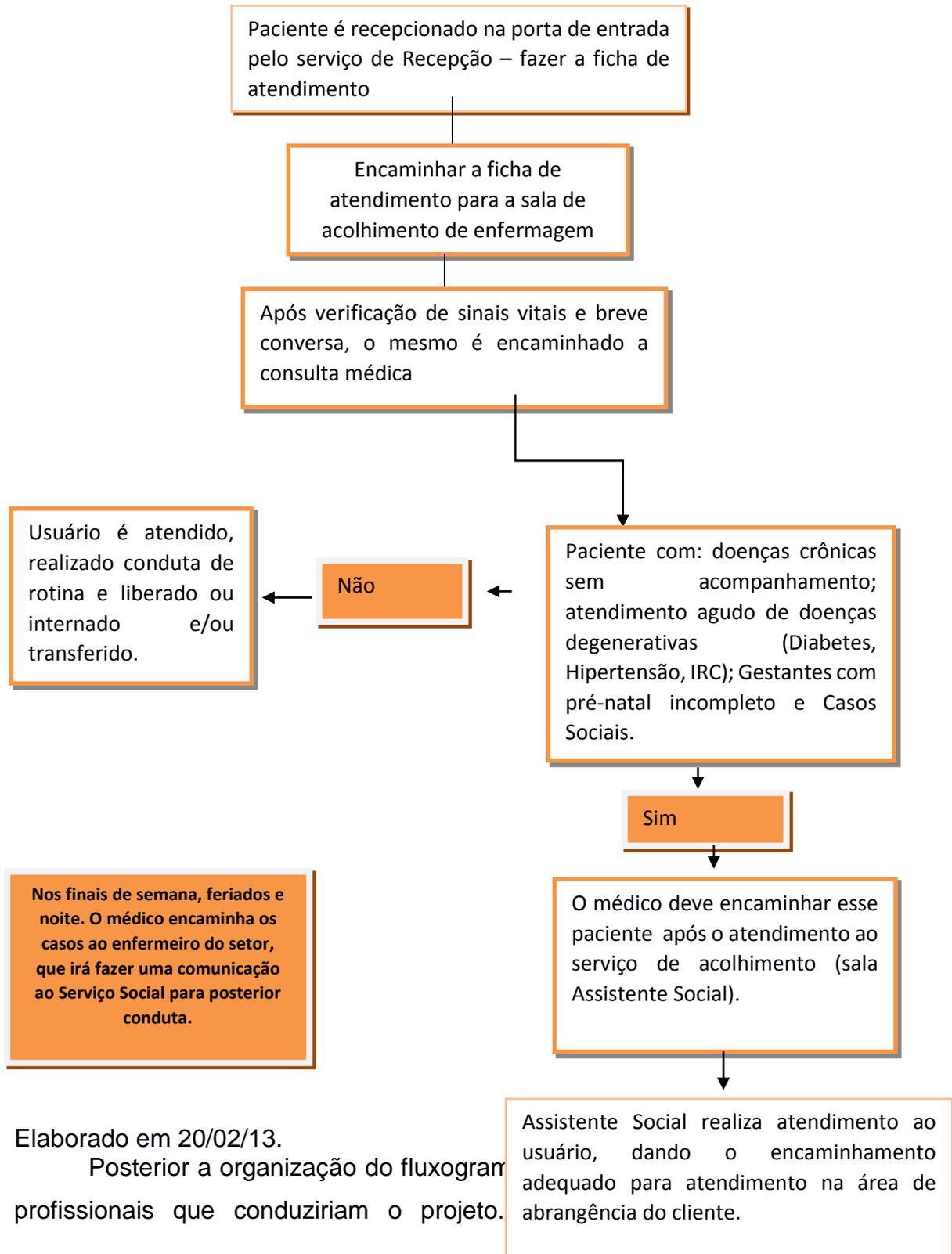
Definir o público alvo do projeto	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento	Para elaborar estratégias de ação	Definido que o nosso público alvo serão: Paciente com doenças crônicas com reincidência de atendimento; pacientes com quadro agudo de doença degenerativa; gestantes sem pré-natal; casos sociais (abandono, dependência química, casos psiquiátricos; e vítimas de violência...)	x
Elaborar fluxograma de funcionamento	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento e equipe multiprofissional	Para estabelecer o fluxo de atendimento	Ordenando o fluxo: 1º recepção, 2º acolhimento/triagem, 3º atendimento médico, 4º se necessário encaminhamento para a equipe multiprofissional e 5º análise da demanda.	x
Construir instrumentos	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento e equipe multiprofissional	Para avaliar a realidade e produção de dados estatísticos	Em reunião com a equipe multiprofissional.	x
Elaborar instrumento para encaminhamento de pacientes	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento e coordenador da tecnologia da informação	Para agilizar o repasse das informações bem como arquivamento de dados	Elaboração de um sistema de ordens de serviço via internet.	x
Montar material para palestras	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento	Para explanação as equipes de referências	Através dos cadernos de humanização e do projeto de implantação do acolhimento após atendimento clínico.	x
Condenar rodas de conversas	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento	Exposição do projeto de acolhimento após atendimento clínico	Através de rodas de conversas: gestores municipais, assistentes sociais e enfermeiros dos municípios pertencentes a região da AMAI. profissionais da enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, recepção	x

			e equipe médica da instituição.	
Visitas aos municípios que não comparecerem aos encontros	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento e equipe multiprofissional	Divulgação da implantação do projeto e estabelecimento de vínculos	Através de visitas previamente agendadas para a apresentação do projeto.	
Construir mapa situacional de cada município	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento e equipe multiprofissional	Para facilitar a visualização do contexto de cada município.	Realizando a anamnese situacional do município coletando: telefone, e-mail, serviços disponíveis, pessoa para referência de contato.	x
Elaboração do banner	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento, equipe multiprofissional e coordenador da tecnologia da informação	Divulgação da implantação do projeto	Exposição do banner na emergência do Hospital.	x
Divulgação na mídia	Gerente de Enfermagem e Gerente de Atendimento equipe multiprofissional e assessora de imprensa	Divulgação da implantação do projeto	Através de matérias e entrevistas	

A elaboração do plano de ação conduziu de forma organizada a estratégia utilizada e permitiu a operacionalização do projeto dentro do prazo estabelecido. Após traçadas as estratégias delimitaram-se o público alvo do projeto: Paciente com doenças crônicas sem acompanhamento médico, gestantes com pré-natal incompleto, e casos psicossociais.

Logo após buscou-se o reconhecimento dos serviços disponíveis nos municípios onde o HRSP atua como referência nos serviços de urgência e emergência, através de um questionário com perguntas fechadas identificar os serviços disponíveis, a pessoa responsável por este, área de abrangência, contato telefônico e correio eletrônico. A partir da coleta dos dados, criou-se um fluxograma a fim de nortear a rotina para atendimento do público delimitado.

Fluxograma de Atendimento com Acolhimento Corresponsável.



emergência receberam capacitação sobre o público alvo e os encaminhamentos necessários. A rotina estabelecida conforme visualiza-se no fluxograma acima, demonstra que os pacientes após atendimento médico, são encaminhados ao setor de serviço social do HRSP.

A escolha do profissional assistente social como articulador deste projeto, pressupõe uma ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, em especial, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social a saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003).

Após o atendimento médico o boletim de atendimento dos pacientes que se enquadram no projeto conforme descrito no fluxograma, são carimbados pela enfermeira do setor da emergência e posteriormente alocadas em uma caixa identificada. Diariamente a assistente social recolhe estes boletins e estabelece contato com o paciente a fim de identificar as demandas deste usuário de serviço, através da escuta qualificada.

Para Bravo & Matos (2009, p.2013), o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições a profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

A partir desta compreensão, o projeto acolhimento corresponsável compactua com a Clínica Ampliada, preconizado através da diretriz da PNH, pressupondo que: A Clínica Ampliada conceitua como uma ferramenta teórica e pratica com finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios geradores pelas práticas de saúde no Brasil (Brasil, 2208).

Já para Campos e Albuquerque, 1999 p.219) à concepção ampliada de saúde é um novo modelo de atenção dela decorrente, incluindo-se a atenção à saúde como um dos pilares estruturantes dos sistemas públicos de bem-estar construídos no século passado.

Por fim o artigo 198 da Constituição Brasileira (1988:81), complementado pela Lei n.8080, ao enfatizar o atendimento integral, indica outro aspecto central para o trânsito do direito real a saúde. A afirmação do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, que traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença.

Deste modo o assistente social ao realizar o contato pessoal/ telefônico com o paciente, busca identificar as limitações e as necessidades deste, reconhecendo o como sujeito inserido em um contexto social poucas vezes projeto a seu favor, enfocando a doença, a família e o contexto social referenciando o para a rede de serviços mais próximo de sua residência, com vistas a produção de saúde e maior autonomia do sujeito.

O contato com o paciente, possibilita identificar demandas semelhantes e singularidades que raramente são expostas aquém das rodas de conversas. Os entraves relatados pelos pacientes que dificultam o acesso integral a saúde (horário de trabalho incompatível com horário de atendimento na unidade de saúde, morosidade na realização de exames, número de atendimentos reduzidos na unidade básica de saúde, falta de medicamentos e ou dificuldade de compreensão da posologia, ausência de palestras informativas). Além destes observa-se ainda a compreensão de que a melhora da condição clínica limita-se apenas ao uso de medicamentos, não se levando em conta a necessidade da melhora na qualidade de vida e alimentação, por exemplo.

Ao ser questionados sobre o retorno a emergência do HRSP, os pacientes relatam que a facilidade do atendimento imediato, o acesso a exames a estabilização do quadro agudo e a “resolução” mesmo que momentânea da situação apresentada reforçam ainda mais para a superlotação das emergências.

Observa-se a necessidade de superar o conceito de que saúde é meramente a ausência de doença, pressupondo a saúde como “direito de todos e dever do Poder

Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem à prevenção e à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação (BRASIL, 1988, art. 196).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que o projeto acolhimento corresponsável, constitui-se como um importante instrumento para acolhimento e escuta qualificada de seus atores. A partir da efetivação do projeto aproximadamente seiscentos pacientes já foram atendidos, com vistas a efetivação da clínica ampliada. O que de acordo com Pasche (2009, p. 3), descreve a importância da “construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde, ou seja, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sociofamiliar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua”.

Percebe-se aqui a importância de definir o público-alvo. Uma vez que a rotatividade de profissionais que conduzem o projeto acaba deturpando a identificação dos sujeitos que necessitam ser elencados como público-alvo do projeto. O trabalho multiprofissional torna-se essencial para a plena efetivação deste projeto, formado pela corresponsabilidade entre diferentes sujeitos na garantia intransigente da defesa de direitos. O reconhecimento dos limites e saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior do que o diagnóstico proposto, salienta-se a obrigação com o sujeito e não com a doença propriamente dita.

A atuação colaborativa do assistente social em conjunto com os demais profissionais da saúde é uma busca permanente. A prática cotidiana desse profissional tem reforçado a necessidade de conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares para alcançar uma visão ampla do paciente, considerando suas circunstâncias sociais, econômicas e culturais, visando contribuir para uma assistência humanizada e qualificada.

Sabemos que os entraves históricos, oriundos do modelo tecnicista, médico centrando, pautado na doença e não nas pessoas e determinantes sociais contribui negativamente para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabemos ainda que a publicação deste artigo irá contribuir de forma positiva para a efetivação da clínica ampliada e poderá ser utilizado por outros estabelecimentos com vistas a qualificar o atendimento e melhorar a resolutividade quando se trata de superlotação de emergências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: www.senado.gov.br. Acesso em 09 dezembro 2015.

BRAVO, M. I. de S. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. de S. et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

-----Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2000.

CAMPOS, F. E. e Albuquerque, E. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: Notas introdutórias para uma discussão. Revista Economia Contemporânea. Rio de Janeiro, v.3, n.2, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Intervenção profissional do assistente social no campo da saúde. Brasília: CFESS, 1993.

GOMES, Alice Martins, As Unidades de Emergência: EMERGENCIA Planejamento e organização da Unidade. Assistência de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1994. Cap. 1, p. 3 – 32.

Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético no fazer saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Matos, Mauricio Castro. O debate do Serviço Social na saúde na Década de 90. In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

SERVIÇO Social e saúde/Ana Elizabete Mota....{et al}, (orgs). 4.ed._ São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético no fazer saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

PASCHE, D.F. 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II. Coord. PNH e Gestão do SUS/MS, 2009.