

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Fabíola Bastos Giergowicz**

**O ACOLHIMENTO SOB A PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO**  
**EM SAÚDE**

**Porto Alegre**

**2015**

**Fabíola Bastos Giergowicz**

**O ACOLHIMENTO SOB A PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO  
EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Saúde Coletiva apresentado para Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Sanitarista.

**Orientadora: Profa. Lisiane Boer Possa**

**Porto Alegre**

2015

## RESUMO

Este trabalho teve como tema o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família a partir da experiência de Agente Comunitários de Saúde. Procurou-se refletir sobre as possíveis contribuições do trabalho do Agente para a organização de equipes de saúde acolhedoras das demandas e necessidades de saúde das pessoas. A metodologia utilizada foi a narrativa consistindo das observações e análises sobre o acolhimento realizadas a partir da experiência da autora como Agente Comunitário de Saúde e graduanda da saúde coletiva. O período de observação iniciou-se em Setembro de 2012 até a data atual. A unidade de saúde localiza-se no município de Porto Alegre já fazendo parte da Estratégia de Saúde da Família. Com esse trabalho apontou-se questões que contribuem para um melhor entendimento das questões que permeiam a atuação dos agentes comunitários em saúde e a relação com a construção do acolhimento nas equipes de saúde e pretende-se que possa propiciar contribuições para os processos de implementação da Política Nacional de Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Agente Comunitário de Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – QUEM SOMOS E COMO CHEGAMOS NAS EQUIPES DE SAÚDE BRASILEIRAS.</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>O ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ PARA O NOSSO TRABALHO – AFINAL DO QUE SE TRATA?</b> .....	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>O INÍCIO DO MEU PERCURSO - BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL E AGENTE COMUNITÁRIO EM SAÚDE</b> .....	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>REORGANIZAÇÃO DA UNIDADE, O TRABALHO COMO ACS E A CONSTRUÇÃO DO ACOLHIMENTO</b> .....	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>24</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo deu-se a partir de minha atuação profissional e acadêmica. Sou funcionária do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) do município de Porto Alegre. Trabalho como Agente Comunitário em Saúde (ACS) há 3 anos e sou graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Essa dupla inserção e o desafio de produzir um Trabalho de Conclusão de Curso para a graduação oportunizou a possibilidade de refletir sobre o cotidiano de meu trabalho como ACS a partir dos referenciais analíticos que acumulei ao longo da graduação. Uma das questões que produziram inquietação ao longo da minha trajetória é a potencialidade do acolhimento como diretriz para o cuidado das pessoas pelas equipes de saúde da família. Bem como a percepção de que, como ACS, contribuo e posso contribuir mais para que o trabalho cotidiano na equipe de atenção básica seja efetivamente acolhedor das necessidades individuais e coletivas da população.

Estou inserida como trabalhadora numa Estratégia de Saúde da Família (ESF) a unidade de saúde Santo Alfredo, do bairro São José do município de Porto Alegre, desde o ano de 2012. Cabe lembrar que a ESF visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais do SUS como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial, de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Na atenção básica, entre seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação dos profissionais, a capacidade de

gestão/coordenação do cuidado, e de modo mais amplo, as suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013).

Na minha experiência cotidiana, me deparo com inúmeras situações em que a questão do acolhimento das necessidades das pessoas se coloca como um desafio. Minha prática no território e na equipe de saúde possibilita refletir sobre o meu fazer e o da equipe e pôr em questão as dificuldades e potencialidades para que efetivamente o acolhimento seja incorporado como diretriz do processo de trabalho e das ações que desenvolvemos. Neste estudo pretendo tratar da seguinte questão: Quais as potencialidades do trabalho do ACS na construção do acolhimento das necessidades individuais e coletivas das pessoas pelas equipes de saúde de família?

## 2 OBJETIVOS

Os objetivos e perguntas norteadoras que orientaram este trabalho foram: Mapear que ferramentas, dispositivos, habilidades e competências que os ACS têm ou poderiam vir a construir para contribuir com os processos de trabalho que resultem em uma equipe acolhedora. Ou seja, compreender o trabalho do ACS desde uma perceptiva normativa até o fazer cotidiano. O que se espera do fazer – atribuições normativas - e o que faz o ACS - atribuições do cotidiano na equipe e sua relação com o acolhimento?

Compreender como o trabalho do ACS, numa equipe de saúde da família, pode/poderia contribuir para a organização do acolhimento das demandas/necessidades em saúde individuais e coletivas. Ou seja, o que pode e quais os limites para que o ACS possa ajudar a construir uma equipe acolhedora?



### 3 METODOLOGIA

A pergunta de pesquisa que está colocada para este trabalho demanda uma metodologia qualitativa de análise, porque ocupa-se com os processos, ou seja, quer saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos. “A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera” (TURATTO,2003, p.262). O enfoque qualitativo apresenta as seguintes características: o pesquisador é o instrumento chave, o ambiente é a fonte direta dos dados, não requer o uso de técnicas e métodos estatísticos, têm caráter descritivo, o resultado não é o foco da abordagem, mas sim o processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno objeto de estudo (GODOY,1995 B, SILVA; MENEZES, 2005).

A opção metodológica será a narrativa de si, ou seja, a minha experiência como agente comunitário de saúde, a partir do meu local de trabalho. As experiências passadas de pessoa para pessoa são consideradas por Benjamin a fonte a qual os narradores recorrem. “Nesta perspectiva, as narrativas adquirem um status especial, pois através delas as pessoas se comunicam, trocando experiências” ( BENJAMIN,1994). A revisão bibliográfica também será utilizada para a composição do estudo. Cabe destacar que a escolha metodológica pela narrativa de si implica que este estudo não tem a pretensão explicativa generalista, mas sim explicitar, a partir do contexto vivido.

A narrativa é uma das mais antigas formas de expressão do homem, sendo concebida por diversos autores como um meio estruturante desse homem, tomando a narrativa como forma de significação e constituição psicológica. (SABOIA et. al, 2007). Para Bolívar, (2001, p.220), “a narrativa é uma estrutura central no modo como os seres humanos constroem o sentido. O curso da vida e a identidade pessoal são vividos como uma narração”.

Espera-se que este trabalho possa servir como suporte para a compreensão das questões que permeiam a atuação dos Agentes Comunitários em Saúde no acolhimento, e que possa propiciar análises úteis dos processos de implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para os atores que estão no cotidiano das unidades básicas de saúde.

Para situar o tema que escolhi para esse estudo apresenta a seguir um apanhado sobre a história e perspectiva da inserção dos ACS nas equipes de saúde no Brasil e os conceitos e percepções sobre o acolhimento como diretriz do cuidado.

#### **4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – QUEM SOMOS E COMO CHEGAMOS NAS EQUIPES DE SAÚDE BRASILEIRAS.**

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária brasileira (um “movimento de movimentos”), foi firmado na Constituição Federal de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (BRASIL, 2011).

Em 1991 o Ministério da Saúde (MS) em parceria com as secretarias estaduais e municipais institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, (PNACS) e posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A inserção do ACS nas equipes de saúde tinha como objetivo reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil. Nesse programa os ACS trabalhavam no território, mas não eram vinculados obrigatoriamente as equipes de saúde das unidades de atenção básica, na maior parte das vezes eram seus vínculos eram direto a uma coordenação do programa nas secretarias municipais de saúde.

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em substituição ao modelo tradicional de Atenção Básica. Uma das suas finalidade era apoiar uma pratica com ações integrais e vinculada a comunidade. A proposta era superar a lógica de permanência dos trabalhadores na unidade de saúde aguardando as demandas e as necessidades desta.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Hoje é compreendido como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF). O PACS foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Tem como objetivo a contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os

diversos profissionais, com vistas a ligação efetiva entre a comunidade e os serviços de saúde, ligação está em que o ACS é considerado principal protagonista (BRASIL, 2001).

Com a criação do PSF, o ACS tem seu papel redefinido e passa a atuar nas unidades de saúde vinculado diretamente a uma equipe de saúde da família. O foco da atuação do ACS na equipe de saúde, definido nas políticas, é ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

Somente em 2002 a profissão de ACS foi criada através de lei federal Nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. Essa primeira legislação foi revogada em 2006 para que ajustes pudessem ser feitos e substituída pela lei nº 11.350/2006 que estabelece a nova regulação da atuação do ACS vigentes até os dias atuais (BARROS, et al, 2010).

O exercício das atividades de ACS nos termos da referida lei, dar-se-á somente no âmbito do Sistema Único de Saúde, na execução das atividades de responsabilidades dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. O Agente Comunitário tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

O ACS deve articular dois espaços: o da saúde institucionalizada (discurso centrado no modelo biomédico) e da “comunidade” (CÔRREA, et al, 2010). Os ACS são personagens-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de saúde, tendo como base a atenção primária. O SUS desponta como um novo sistema de saúde, com princípios e diretrizes que configuram o Programa Saúde da Família como estratégia revolucionária, por apresentar respostas aos problemas não solucionados pelo sistema sanitário hegemônico baseado no paradigma até então dominante (GOMES, et al, 2010).

As propostas de mudanças incluem a superação do ACS centrado na prevenção, como previsto quando da origem da profissão em consonância com as políticas de atenção básica da época, para o ACS que está centrado nas necessidades dos

usuários, em que a tarefa da prevenção é uma das que devem estar no escopo de prática de prática deste profissional, conforme está definido pela Atenção Básica quando considerada porta de entrada do sistema de saúde. O acolhimento é uma das diretrizes da PNAB que sinalizam para a mudança das práticas nos serviços de saúde e para a reorientação do modelo e paradigmas e será apresentado a seguir.

## 5 O ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ PARA O NOSSO TRABALHO – AFINAL DO QUE SE TRATA?

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas do governo (BRASIL, 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem por característica do processo de trabalho, realizar o **acolhimento** com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutividade à demanda espontânea e o primeiro atendimento as urgências (BRASIL, 2012).

Afinal, o que entendemos por “acolhimento”? Acolher é dar acolhida, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, 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 um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. Neste sentido afirma-se o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional da Humanização do SUS (PNH). Lançada em 2003, a PNH busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2013).

Segundo Franco et al, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo de três princípios: atender todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para

uma equipe multiprofissional, qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O acolhimento, portanto deve ser visto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe, população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (SOUZA, et al, 2008). Starfield destaca o acolhimento como uma enorme relevância na atenção básica e toma como referência: porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção (STARFIELD, 2004).

O acolhimento é uma proposta voltada para a melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Neste caso concretiza-se no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com os profissionais de saúde, em que há escuta, um processamento de sua demanda e a busca pela resolução, se possível. Essa proposta sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem simplesmente maior acesso a consulta médica, mas propõe-se a servir de elo entre as necessidades dos usuários e várias possibilidades de cuidado. A ideia seria retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelo outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis (que não somente as biomédicas) para os adoecimentos e demandas (TESSER, et al, 2010).

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema de da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade, 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 em saúde (BRASIL, 2013).

Para a construção da nova PNAB e para a garantia do acolhimento há necessidade de outras ferramentas, dispositivos, atitudes, habilidades e competências para toda a equipe de saúde e também para o ACS. Dessa forma, este trabalho pretende sistematizar, a partir das minhas experiências cotidianas, as possibilidades de

contribuição do ACS na construção do acolhimento aos usuários e suas necessidades pelas equipes de Atenção Básica



## **6 O INÍCIO DO MEU PERCURSO - BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL E AGENTE COMUNITÁRIO EM SAÚDE**

Em 2011 resolvi prestar vestibular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Até então cursava outra graduação em uma universidade próxima da capital. Sempre gostei da temática da saúde, e naquele momento era funcionária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), onde o atendimento é 100% SUS. Pesquisei sobre o propósito deste curso (naquele momento era novo) e me inscrevi. Fiquei muito contente por ter passado no concurso vestibular e já me matriculei nas Unidades de Produção Pedagógicas (UPP), que tem por função provocar o pensamento, construir saberes e mediar processos organizadores do conhecimento de um modo que escape dos moldes tradicionais das disciplinas curriculares (UFRGS).

Neste mesmo período abriu as inscrições para o concurso do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), e me inscrevi para o cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Achei pertinente vivenciar na prática o que estava estudando na teoria.

O Posto de Saúde é próximo da minha residência (um dos requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde), localizado na região leste da cidade de Porto Alegre. Uma região marcada pela vulnerabilidade social, alto índice de HIV/AIDS e doenças oportunistas.

A área dos usuários atendidos por esta equipe é de aproximadamente 8 mil pessoas. População predominantemente idosa e de baixa renda. A equipe é composta por três médicos (um é do Programa Mais Médicos) sendo apenas um médico do IMESF e outro cedido pela prefeitura de Porto Alegre com carga horária de vinte horas semanais, três enfermeiras, seis técnicas de enfermagem e doze agentes comunitários de saúde. A localização geográfica do posto é nos “pés” do morro. E infelizmente quanto maior é a subida, maior é a questão social implicada. Conhecer e viver no território, como é o caso dos ACS, implica em contribuir para que as ofertas da equipe de saúde reconheçam efetivamente a vulnerabilidade

social como uma diretriz para o acolhimento das pessoas no serviço. Se ao subir o morro as dificuldades são maiores essa população precisa ter um olhar diferenciado da equipe que está ao “pé do morro” na construção de estratégias que garantam acesso e cuidado.

Em Setembro de 2012, iniciou-se o chamamento do concurso público realizado em Maio daquele mesmo ano. A transição de Unidade Básica de Saúde (UBS) para Estratégia de Saúde da Família foi tensa. Tanto pela inexperiência quanto a resistência dos funcionários antigos. O clima de insatisfação era nítido, pois o IMESF estava assumindo gradualmente as unidades de saúde até então administradas pelo Instituto de Cardiologia. Ou seja, a cada funcionário contratado, simultaneamente outro era demitido. Neste contexto que me torno ACS.

## **7 REORGANIZAÇÃO DA UNIDADE, O TRABALHO COMO ACS E A CONSTRUÇÃO DO ACOLHIMENTO**

A imersão do ACS no território foi lenta e gradual. Fomos recebidos com cautela pela população, o que é totalmente compreensível. Aceitar que uma pessoa estranha entre em sua casa alegando ser do posto de saúde e estar interessado em sua saúde era algo inédito até então. Com o tempo fomos adquirindo crédito e respeito dos usuários. O fato de residirmos na área torna maior a nossa ligação com a comunidade, visto que, as famílias se sentem mais à vontade conversando com um conhecido do que com um desconhecido, e isso facilita muito o nosso trabalho.

Quanto maior o vínculo, mas eficaz é a identificação das situações que demandam cuidado em saúde dentro de cada família, o que propicia que sejam atendidas com prioridade aqueles que tiverem maior necessidade. Um dos casos que acompanhei ilustra a possibilidade de atuação do ACS em acolher situações a partir desses vínculos. Foi uma situação, em que fui realizar uma visita domiciliar de rotina e ao observar e questionar sobre sua saúde, notei que a senhora que acompanho não estava com uma aparência saudável e um aumento na região abdominal. Ela me informou que sofria de Hepatite C e aguardava a consulta com o especialista há um ano. E esta usuária pouco saía de casa, por acreditar que a qualquer momento receberia um telefonema da prefeitura autorizando a consulta. Ao retornar para a unidade, procurei o prontuário da paciente para averiguar qual a orientação feita pelo médico. Realmente tinha sido encaminhada para o Gastroenterologista. Então conversei com a Enfermeira sobre o assunto e pedi que consultasse o sistema de marcação de consultas (AGHOS) e constatamos que não havia pedido no sistema. Informei sobre a gravidade da situação, e após fazermos a solicitação, em dois dias conseguimos marcar a consulta. Um pequeno gesto que garantiu o cuidado e respondeu a necessidade da pessoa que baseou-se fundamentalmente na escuta qualificada e no acolhimento da demanda.

Nós, ACS temos que visitar as famílias cadastradas uma vez por mês. Hipertensos, diabéticos, crianças até dois anos, gestantes, tuberculosos e soropositivos têm um atenção especial para esta população. Preenchemos fichas do Sistema de

Informação da Atenção Básica (SIAB), onde estão as medicações que os usuários utilizam, quando foi à última consulta e outros dados que coletamos durante a visita. Também controlamos as faltas das gestantes as consultas, prevenção das doenças de maior prevalência, incentivamos a higiene e cuidados básicos com a saúde.

Pacientes com outros agravos também são visitados com maior frequência, por nós, ACS. Geralmente pessoas acometidas pelas neoplasias são referenciadas para a alta complexidade. Então para mantermos a questão do vínculo, vamos fazer visitas aos usuários, para estarmos informados sobre o seu estado de saúde e quais as medidas que foram orientadas para este paciente. Fazer destas visitas um momento de escuta, em que além das demandas prévias definidas pelas políticas de acompanhamento de pessoas com agravos ou em situações especiais, sejamos sensíveis para as necessidades que os usuários apresentam é fundamental para constituir uma equipe acolhedora.

Foi o caso de uma paciente da área onde atuo que foi diagnosticada com neoplasia maligna metastática. A sua referência hospitalar é o Hospital São Lucas da PUC. Com assiduidade são as suas internações naquele local. É uma paciente jovem, com uma filhinha de oito anos e que não consegue a sua aposentadoria. Uma situação bem delicada, que me sinto impotente por não ter como ajuda-la. Esses dias fui visita-la, e passei do horário. Fiquei a tarde inteira em sua residência, apenas ouvindo o que ela tinha para falar. Contou toda sua vida, chorou bastante e por fim, estava sorrindo. Sei que não terminei meu serviço do dia, mas tenho certeza que para aquela paciente foi muito importante eu estar ali, para escutar o que tinha a dizer sem questionar ou julgar. Foi muito relevante este momento, pois levei esta situação para a reunião de equipe, que já têm outro olhar para com esta usuária. Acredito estarmos trabalhando o conceito de cuidados paliativos. Definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por “medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença terminal, por meio de prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais”. (OMS, 1990).

Para além da escuta do ACS que potencializa a ação acolhedora e cuidadora da equipe, é imprescindível que esta equipe esteja articulada para reorganizar seus

processos de trabalho em resposta às necessidades dos usuários. Bem como há necessidade articulação inter setorial, que muitas vezes é um limite para que efetivamente responda-se as necessidades das pessoas como o caso acima ilustra.

Quebrar com a lógica até então existente, a de distribuição de fichas para marcação de consultas, modelo centrado no médico, não foi e continua não sendo uma tarefa fácil. Contamos com o apoio do Conselho Local e os ACS também foram importantes para a divulgação de informações referentes ao novo modelo de atenção a saúde e de reorganização dos processos de trabalho na unidade quando da implantação do acolhimento.

No caso da minha unidade experimentamos a reorganização da recepção para acolhimento das demandas espontâneas e reconfigurou-se o trabalho como ACS. A recepção da unidade de saúde, anteriormente, era composta por dois técnicos de enfermagem e um agente comunitário. A marcação de consultas é para trinta dias, salvo os casos especiais, como gestantes, idosos e crianças. Em Janeiro de 2015 houve mudanças administrativas. A partir desta data, a recepção foi composta apenas por ACS. Os nossos turnos de visitas domiciliares diminuíram bastante e no início foi complexo para nós. Muita informação e ao mesmo tempo estavam inserindo o prontuário eletrônico denominado E-SUS. Os pacientes é que sofreram neste período, pois todo período de reorganização tem consequências, mas creio que foi muito bom para os ACS, enquanto trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Passamos a compreender melhor o funcionamento da unidade, as referências e contra referências, marcação de consultas, ofertas de exames cito patológicos, autorização de exames, etc. Esta é uma das ferramentas fundamentais para o trabalho do ACS ser mais acolhedor, ou seja, é fundamental que conheça efetivamente as ofertas, os fluxos e processos de trabalho da unidade, pois desta forma tem possibilidade de responder melhor às necessidades que surgem no seu cotidiano de visitas. Manter o paciente informado quanto ao fluxo da unidade é imprescindível para se manter um bom trabalho para com a comunidade.

Um dos aspectos positivos da readequação da recepção é que hoje, quando o paciente acessa a unidade, tem que passar pela recepção e quando identificamos um usuário que é acompanhado por nós, eles se sentem mais confortáveis diante da queixa existente. Ao mesmo tempo, temos informações a respeito as pessoas que

chegam a unidade, a partir da realidade vivenciadas por elas e que acompanhamos e podemos partilhar com a equipe de forma que efetivamente ampliem-se os vínculos e o acolhimento das necessidades conforme o contexto de vida de cada um.

O processo de trabalho torna-se mais qualificado e resolutivo em conjunto com ações voltadas ao acolhimento, uma vez que o ato de acolher fortalece a Estratégia de Saúde da Família, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar, dialogar, valorizando desta maneira o ser humano e cidadão, usuário do serviço. (Santos, 2011)

O acolhimento das demandas espontânea na recepção da unidade busca ampliar e qualificar o acesso da comunidade usuária, humanizando o atendimento nos setores de saúde. Assim, acolher é mais do que realizar uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto composto por atividades de escuta, identificação de problemas e ações resolutivas para seu enfrentamento, de maneira a possibilitar a reorganização do modelo assistencial de saúde (Beck ,2008). Lembrando que o acolhimento é realizado por todos os profissionais da unidade de saúde.

No meu espaço de trabalho me deparo com inúmeras questões, cada usuário é uma caixinha de surpresa. Esses dias, eu atendi uma paciente que gostaria de marcar médico, como estava sem agenda naquele momento, fiz alguns questionamentos sobre o porquê da consulta, e tive como resposta de que ela gostaria de fazer exames preventivos, então ofertei a agenda da enfermeira, que também era habilitada para a atenção a saúde da mulher. A usuária ficou satisfeita e eu também por ter solucionado a demanda da mesma. Se eu não tivesse indagado o motivo, provavelmente a usuária estaria sem a sua necessidade atendida naquele momento. Também foi fundamental meu conhecimento sobre as ofertas da unidade e principalmente a reorganização dos processos de trabalho da equipe, ao diversificar as ofertas de cuidado para além da consulta médica, com trabalho e implicação dos demais profissionais na clínica e no cuidado ampliaram a capacidade de acolher as necessidades dos usuários.

Nós ACS, temos que ter habilidade para escuta da queixa e necessidade do paciente. Por outro lado, há um conjunto de ações e situações que vivencio como ACS e que podem contribuir para a reflexão e construção de práticas acolhedoras nas equipes de saúde de atenção básica. Em especial considerando a necessidade de que, tanto como qualquer profissional da equipe de saúde, os ACS também se coloquem como construtores das novas diretrizes propostas pela PNAB.

Sou grata por trabalhar em uma unidade onde o acolhimento na recepção é feito há muito tempo e de uma forma natural. As reuniões de equipe são um espaço em que fazemos discussões de casos, informes sobre a situação de determinados pacientes e há troca de saberes. Os médicos, o que não é frequente em todas as equipes de saúde, são muito acessíveis às demandas dos usuários, tanto que em alguns casos, extrapolam a agenda para garantir atendimento. O trabalho em equipe constitui-se em resposta às necessidades quando são viabilizadas troca de receitas, retorno de exames, dúvidas, a partir da mediação que nós ACS fazemos com o restante da equipe, e assim satisfazemos as necessidades do usuário naquele momento. Construir no cotidiano das equipes práticas acolhedoras das necessidades em saúde é um grande desafio.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carência, o envelhecimento da população, a comunicação extremamente técnica dos profissionais da saúde, muitas vezes acabam contribuindo para a ineficácia dos projetos terapêuticos singulares. A angústia do usuário também é refletida no ACS. A questão do acolhimento as necessidades e demandas das pessoas pela equipe de saúde e o vínculo com as mesmas é, diariamente, um desafio com o qual as equipes se deparam. Como orientação para as práticas dos trabalhadores de saúde acredita-se que o processo de trabalho em saúde modifica-se por meio da escuta qualificada aos usuários e da valorização de suas necessidades (GUERRERO, 2013). Dessa forma, há uma aposta na efetividade do cuidado a partir de práticas acolhedoras das equipes.

No cotidiano do trabalho de ACS estou diretamente implicada com as questões relativas ao acesso e acolhimento dos usuários pela unidade de saúde. As visitas domiciliares possibilitam uma melhor compreensão sobre as necessidades dos pacientes. É nesse processo que se cria o vínculo entre usuário e o ACS. A troca de saberes, a confiança e principalmente o sigilo profissional são um dos fatores fundamentais para a excelência no cuidado do usuário.

As visitas domiciliares consistem em um momento crucial no qual é possível instituir o movimento de relação com as pessoas que vivem no território de abrangência da unidade. A confiança, o respeito e a empatia são fundamentais para o estabelecimento do vínculo, e acredita-se que a partir deste pode-se propiciar ações mais efetivas e que respondam as necessidades dos usuários, resultando assim na melhor qualidade de vida para a população local. A inserção dos ACS no território adscrito é fundamental para o trabalho da equipe de saúde da família, e a escuta qualificada das demandas, para além das agendas tradicionais da prevenção, constitui possibilidade de acolher e resolver as questões que efetivamente são necessárias para os usuários.

A identificação das necessidades e a respostas as demandas pode ser ampliada a partir a percepção e contribuição do ACS, esta não fica centrada na queixa e tem potencial para a compreensão do contexto em que o usuário está inserido. Sabe-se



que a questão social está fortemente implicada na saúde. Um aspecto a ser considerado é a falta de conexão entre saúde, escola e a assistência social, fundamental para a resolutividade de muitas demandas, mas que, muitas vezes, constitui-se em um dos entraves enfrentados não apenas pelo ACS, mas por toda a equipe de saúde. A percepção sobre a realidade da comunidade e as necessidades das pessoas é facilitada ao ACS visto que acima de tudo somos moradores da comunidade.

O acolhimento das demandas espontâneas na recepção da unidade em que trabalho é uma tarefa desempenhada pelos agentes comunitários. Foi a partir dessa experiência o conhecimento sobre as ofertas, fluxos e processos de trabalho da equipe de saúde foi ampliado, e desta forma, a potencialidade acolhedora do nosso trabalho nas demais ações também. Tanto quanto o ACS se apropria dos fazeres cotidianos da equipe a partir da recepção, também contribuimos para que a equipe está informada sobre o contexto de vida dos usuários que chegam até a unidade e para o acolhimento das necessidades desses uma vez que, ser vizinho, as visitas cotidianas e vínculo prévio contribuem para relações mais próximas do ACS com os usuários do território.

Ainda sabemos que a oferta é menor que a demanda. Isso gera descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos nas unidades de saúde da família. Porém é necessário à reafirmação do acolhimento, como um dispositivo de mudanças nos processos de trabalho, que possibilita a construção de uma aliança entre serviços e usuários de uma maneira a deixar o serviço mais forte e eficaz. O ACS tem um papel fundamental nesta problemática, através do vínculo existente com a população, viabilizando a saúde e qualidade de vida do usuário.

## REFERÊNCIAS

BARROS, DF et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto-Contexto Enferm.* 2010;19(1):78-84.

BECK, CLC, MINUZI D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde, Santa Maria.* 2008; 34(12):37-43

BENJAMIN, W. (1994). *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política (7a ed.)*. São Paulo: Brasiliense.

BOLÍVAR, A. (org.). *Profissão de professor: o itinerário profissional e a construção da escola*. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 290p. (Cadernos de Atenção Básica 28).

BRASIL. Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão agente comunitário de saúde e dá outras providencias.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde,2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). (ACOLHIMENTO NAS PRATICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE).

BRASIL. Lei Federal Nº 11.350 (2006). Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, out. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm).

CÔRREA, C; PFEIFFER, C.C; LORA, A, P. O agente comunitário de saúde: uma história analisada. Revista Rua, v. 16, n. 1, p. 173-192,2010.

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, 1995B.

GUERRERO, P et al. User embracement as a good practice in primary health care. Texto contexto - enferm. 2013; 22(1): 132-140.

SABOIA, I.B.; COELHO, R.; AQUINO, C.A.B. Narratives et labour: impasses sobre o trabalho como narrativa de si mesmo na contemporaneidade. Calidoscópio, vol. 5 n2, São Leopoldo: Unisinos, mai/ago 2007 p. 84-91.

SANTOS, IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. Rev salud pública, Bogotá. 2011;13(4):70316.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. De Saúde Pública, 2008.

SOUZA ECF et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S100-10.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Cienc. Saúde Colet., 2007.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis RJ. Editora Vozes, 2003