

**TALITA DE SOUSA ALMEIDA**

**O ACOLHIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE GRANJA DE FREITAS:  
UMA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2010**

**TALITA DE SOUSA ALMEIDA**

**O ACOLHIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE GRANJA DE FREITAS:  
UMA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como pré requisito para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Maria Terezinha Gariglio

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2010**

**TALITA DE SOUSA ALMEIDA**

**O ACOLHIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE GRANJA DE FREITAS:  
UMA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como pré requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Terezinha Gariglio

Banca examinadora

Prof<sup>a</sup>: Maria Terezinha Gariglio \_\_\_\_\_ UFMG

Prof<sup>a</sup>.: Maria Teresa Amaral \_\_\_\_\_ FAE

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por ter me dado a vida.

A meus pais e meu irmão, Thiago, que sempre me incentivaram.

À equipe de enfermagem do Centro de Saúde Granja de Freitas, que tornou possível a realização deste trabalho.

A meus professores, pelos ensinamentos.

À minha orientadora, por toda sua dedicação.

“A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade. A dor é inevitável. O sofrimento é opcional”.

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

O Acolhimento constitui-se numa etapa do processo de trabalho em saúde que traz um novo significado na relação profissional-usuário, o qual é considerado em sua subjetividade. Representa um importante instrumento para a humanização da atenção à saúde. O objetivo deste estudo é identificar as concepções que a equipe de enfermagem do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde Granja de Freitas, regional Leste do município de Belo Horizonte – Minas Gerais tem de acolhimento, identificar facilidades e dificuldades em sua prática e descobrir se ocorreu capacitação específica para sua implementação. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada em novembro de 2009. Os resultados apontam o acolhimento como um momento de ouvir, de realizar uma escuta qualificada ao usuário, humanizar a assistência. Nenhuma das participantes recebeu algum tipo de capacitação específica para realizar o acolhimento. O aumento do vínculo apareceu como facilitador e como dificultadores foram citados: número de vagas disponíveis na agenda médica, demanda volumosa, falta de médico no Centro de Saúde. Conclui-se, que apesar das limitações apresentadas, o acolhimento é vivenciado visando a humanização da assistência, a criação de vínculo; há necessidade de uma reestruturação de agendas médicas, capacitação para o acolhimento e aumento do número de profissionais.

Palavras – chave: Acolhimento, Humanização, Programa de Saúde da Família.

## ABSTRACT

Receptiveness is a part of work process in health that brings a new meaning in the relationship between user – worker, what is considerate in its subjectivity. It represents an important instrument for humanization of the attention health. The objective of this study is identify the conceptions that the nursing team of Health Center Granja de Freitas, regional East at the city of Belo Horizonte, Minas Gerais has of receptiveness, identify facilities and difficulties in its practice and discover if it happened specific training for its implementation. It is a research of qualitative approach. The data were collected through a semi-structured interview in November of 2009. The results point the receptiveness as one moment of hearing, of accomplishing a qualified attention to the user, to humanize the attendance. None of the participants received some type of specific training to accomplish the receptiveness. The increase of the bond appeared as facility and as difficulty one they were mentioned: number of available vacancies in the medical calendar, disputes bulky, doctors default in the Health Center. In spite of the presented limitations, the receptiveness seeks the humanization of the attendance, the bond creation and it is necessary a restructuring of medical calendars, training for the receptiveness and increase of the number of professionals.

Keys words: Receptiveness, Humanization, Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	07
1.1 Organização do processo de trabalho no Centro de Saúde Granja de Freitas	11
<b>2. OBJETIVOS</b>	14
2.1 Objetivos gerais	14
2.2 Objetivos específicos	14
<b>3. METODOLOGIA</b>	15
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	16
4.1 Processo de trabalho em saúde	16
4.2 Acolhimento	16
<b>5. IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM BELO HORIZONTE</b>	20
5.1 Implantação do acolhimento no Centro de Saúde Granja de Freitas	22
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	24
6.1 Concepções da equipe de enfermagem do Programa de Saúde da Família sobre o acolhimento	24
6.2 Capacitação para a realização do acolhimento	25
6.3 Dificuldades e facilidades para a realização do acolhimento	26
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	28
<b>REFERÊNCIAS</b>	30
<b>APÊNDICE A</b>	
<b>APÊNDICE B</b>	
<b>ANEXO A</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado por profundas transformações em seu sistema de saúde, especialmente a partir de marcos como a promulgação da Constituição Federal de 1988 que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que contribuíram para a formulação de princípios e diretrizes norteadores do referido sistema. (BECK e MINUZI, 2008).

A Constituição de 1988 incorpora o conceito mais abrangente de saúde, incluindo aspectos determinantes e condicionantes do processo saúde – doença, diretamente implicados no bem estar físico, mental e social de cada cidadão; legitima a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece o SUS, como um sistema público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de serviços, com direção única em cada esfera de governo e sob controle de seus usuários.

Pautado em princípios como universalidade, integralidade e equidade, a construção do SUS promoveu uma reestruturação da organização dos serviços de saúde brasileiros. Desta forma, para garantir o acesso igualitário aos serviços, favorecer a reorganização do seu modelo e qualificar a assistência, torna-se necessária uma revisão do processo de trabalho em saúde.

Em 1990, foi criado no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, mediante oferta, às populações rurais e de periferia, de procedimentos simplificados de saúde na lógica do modelo de medicina preventiva. (GOMES e PINHEIRO, 2005). No ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), entendido como proposta estruturante do Sistema de Atenção à Saúde, com o objetivo de:

...colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária (...). o PSF prioriza as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. (BRASIL, 1994, p. 10).

Desde sua implantação, o PSF vem assumindo relevância no discurso político, institucional e social no âmbito do MS. (SOUZA, 2001 apud GOMES e PINHEIRO, 2005). Atuando no espaço da Atenção Primária à Saúde (APS), a Equipe de Saúde da Família propõe-se a reorganizar a assistência à saúde, potencializando o modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de



saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Tem como principal objetivo a reorientação do processo de trabalho, através da constituição de equipes multiprofissionais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. (FARIA, *et al.* 2008).

A partir de 1998, o programa é entendido pelo conjunto de atores institucionais em âmbito nacional, estadual e municipal, como importante modelo norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando status de estratégia de reorientação assistencial. (SOUZA, 2001 apud GOMES e PINHEIRO, 2005).

Para operacionalizar esta estratégia, diferentes tecnologias devem ser empregadas. As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em três tipos: leves, leves-duras e duras. As tecnologias duras seriam os equipamentos, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras incluem os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica e as leves são aquelas envolvidas nas relações interpessoais de produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de governar processos de trabalho. (MERHY, 1997 apud NERY *et al.*, 2009).

Neste sentido, o acolhimento pode ser entendido como uma tecnologia leve que deve ser utilizada na perspectiva de implantação de novas práticas em saúde. (NERY *et al.*, 2009). Assim, a articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e Acolhimento, pode se tornar uma proposta possível de organização do processo de trabalho que propicia a efetivação do SUS.

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração”. (FERREIRA, 1975). Significa, portanto, a humanização do atendimento e a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta dos problemas de saúde dos usuários, de forma qualificada, dando sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema. (SOLLA, 2005).

A implantação do acolhimento é inicialmente apresentada como uma possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitarem, possibilitando a reorganização do sistema de saúde. (FRANCO *et al.*, 1999).

Pereira e Ayres (2003 apud SOUZA, *et al.* 2008), em análise da produção bibliográfica sobre acolhimento relacionado à organização e planejamento nos serviços de saúde, identificaram que o acolhimento, como diretriz operacional, passou a ser implantado na

década de 1990, como experiência pioneira em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo em “defesa da vida”.

O Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV) foi formulado na década de 90, pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sendo posteriormente aperfeiçoado por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e secretarias municipais de saúde de municípios como Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia. O MDV está pautado na defesa das diretrizes básicas do SUS, procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades. (CARVALHO e CAMPOS, 2000, p. 508)

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, a implantação do acolhimento ocorreu em 1995, precedendo a implantação do PSF, que ocorreu a partir de fevereiro de 2002. O processo de implantação desencadeou-se pela necessidade de se rever a organização do acesso aos Centros de Saúde (C.S.), que, naquele momento, garantiam apenas a entrada de usuários pertencentes a grupos prioritários (crianças e gestantes) e com agendamento prévio. Para os outros usuários que não se enquadravam nestes grupos considerados prioritários, as agendas lotadas não possibilitavam o acesso à assistência no momento de maior necessidade.

O acolhimento implementado na rede pública municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, constitui-se numa estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção. Esse processo possibilitou ainda uma reflexão sobre a saúde como direito de cidadania, resgatando no cotidiano dos serviços a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolubilidade, a responsabilização clínica e sanitária; através das mudanças na micropolítica do processo de trabalho em saúde, desenhando esse “novo” fazer em saúde, em defesa da vida. Buscou-se na prática a construção de processos efetivos de *Acolhimento* dos usuários, na recepção dos serviços de saúde. (MALTA *et al.*, 2000, p. 21).

Os motivos que me levaram a escolha do tema deste trabalho foram a vivência diária de realização do acolhimento e a percepção de ser um tema que gera muitos questionamentos, principalmente entre os profissionais que estão diretamente envolvidos com esta etapa do processo de trabalho em saúde. Apesar de ser responsabilidade de toda uma equipe, o acolhimento é quase sempre centralizado na equipe de enfermagem. Além disso, a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, bem como o estudo

mais aprofundado do assunto, levou-me a um maior entendimento de que a realização do acolhimento pode trazer melhorias à assistência prestada ao usuário.

Considerando a importância da implantação e efetivação do acolhimento como forma de garantir o acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde e que os estudos acerca do acolhimento podem contribuir com a área da saúde e da enfermagem, evidenciando potencialidades e fragilidades, o presente estudo tem como enfoque aprofundar a visão relacionada ao significado do acolhimento como etapa do processo de trabalho em saúde para a equipe de enfermagem do Centro de Saúde Granja de Freitas, Distrito Sanitário Leste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O CS foi inaugurado em 2004 e conta com a seguinte área física: no primeiro andar: cinco consultórios médico/enfermagem, sendo que destes, apenas dois possuem banheiros; uma sala de espera; recepção; sanitários masculino e feminino, para uso dos pacientes; sala de observação, usada para realização de nebulização, administração de injetáveis; farmácia; sala de vacinas; sala de curativos, onde também é realizada a coleta de exames, pois não há outro local disponível; expurgo e arsenal. No segundo andar, há um consultório odontológico; um escovário; uma sala de reuniões, com banheiro; uma sala para a gerência; duas salas para os auxiliares administrativos; uma cozinha; uma sala para agentes comunitários de saúde (ACS); um DML (depósito de material de limpeza); dois banheiros para uso dos funcionários; dois almoxarifados e uma sala com armário para guarda de pertences dos profissionais.

O Centro de Saúde (C.S) Granja de Freitas tem uma população adscrita de 5345 habitantes, sendo considerada como área de risco de vulnerabilidade à saúde (IVS) elevado, com predominância populacional na faixa etária de adultos jovens (48%). É uma área com problemas de saneamento básico (esgoto a céu aberto, alagamento em época de chuvas, destino inadequado do lixo). A maioria das casas são de alvenaria, 99% da população possui energia elétrica e 95% das moradias são abastecidas com água da rede municipal.

Atuam no Centro de Saúde duas equipes do Programa de Saúde da Família, uma equipe de Saúde Bucal, dois pediatras, um ginecologista, um assistente social.

**Quadro 1: Recursos humanos do Centro de Saúde Granja de Freitas, dezembro de 2009**

<b>Profissionais</b>	<b>Quantidade</b>
Enfermeiras	02
ACS	10
Médicos generalistas	02
Pediatras	02
Ginecologista	01
Assistente social	01
Auxiliares/técnicos de enfermagem	09
Dentista	01
Técnica em Higiene Dental	01
Auxiliar de Consultório Dentário	01
Agentes de zoonoses	03
Auxiliares de limpeza	02
Auxiliares administrativos	02
Porteiros	02
Estagiárias	02

Fonte: Centro de Saúde Granja de Freitas, dezembro de 2009

### 1.1. Organização do processo de trabalho no Centro de Saúde Granja de Freitas

- Demanda programada

Para atendimento à demanda programada aos usuários hipertensos, diabéticos, puericultura, gestantes, organizou-se as agendas das Equipes de Saúde da Família (ESF's) de modo a possibilitar a garantia de acesso aos usuários.

Na ESF 1, o médico atende a algumas consultas agendadas no início da manhã e posteriormente os pacientes do acolhimento. No período da tarde, atende consultas agendadas e realiza visitas domiciliares e grupos operativos.

Na ESF 2, as consultas médicas agendadas ocorrem no período da manhã, reservando-se o turno da tarde para atendimento de consultas agendadas e acolhimento. As visitas domiciliares e os grupos também são realizados no período da manhã.

Nas agendas médicas há um período reservado para a realização semanal de reuniões das equipes.

Nas agendas das enfermeiras há vagas para puericultura e pré-natal. Outros atendimentos, como por exemplo, acompanhamento de hipertensos e diabéticos em consultas individuais e a prevenção de câncer de colo uterino não estão sendo realizados, pois não há disponibilidade de consultórios.

A avaliação do 5º Dia de Saúde Integral é realizada na sala de vacinas. A mãe e o recém-nascido (RN) são acolhidos, é realizado o teste do pezinho, bem como as vacinas BCG e Hepatite B, além da solicitação para a realização do teste de triagem auditiva neonatal. Nesta oportunidade, a mãe recebe as orientações necessárias: agendar consulta com a pediatra para o RN, consulta puerperal, cuidados com o RN.

Com relação aos grupos operativos, um problema que as ESF's têm encontrado é a baixa adesão da população, o que dificulta a obtenção de resultados positivos em educação em saúde.

Os pacientes portadores de feridas crônicas são avaliados inicialmente pela enfermeira de cada equipe, sendo posteriormente acompanhados pela mesma e pelo auxiliar de enfermagem. De acordo com a avaliação da enfermeira, o paciente pode ser encaminhado para avaliação médica.

- Demanda espontânea

Para atendimento da demanda espontânea, foi elaborado em maio de 2009, pelas enfermeiras e o gerente da unidade, um projeto denominado "Posso Ajudar" (VER ANEXO A), organizado de acordo com as características próprias da unidade. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte possui, neste momento, um projeto com esta denominação, que já

está implantado em alguns centros de saúde e que conta com a parceria de estagiários de nível superior para o seu desenvolvimento, porém ainda não implementado no Centro de Saúde Granja de Freitas.

O “Posso Ajudar” tem como objetivo principal a humanização do atendimento além de diminuir o tempo de espera dos usuários para atendimento dentro da unidade. É realizado pelas auxiliares de enfermagem de cada equipe, que acolhem cada usuário, chamando-o pelo nome, verificam sinais vitais e fornecem informações de forma objetiva. Após ser acolhido pelo auxiliar de enfermagem, o usuário poderá receber um dos seguintes encaminhamentos:

- consulta médica imediata, após discussão do caso com a enfermeira;
- consulta agendada;
- acolhimento com a enfermeira;
- orientação com solução para o problema apresentado ou outros serviços dentro da unidade – curativo, farmácia, vacinação, etc.

Com a implantação deste projeto, idosos, crianças, gestantes, portadores de deficiência física ou mental são priorizados nos atendimentos do acolhimento. Situações de urgência/emergência são submetidas a avaliação médica imediata.

Foi criada uma planilha para anotação dos nomes dos pacientes, feita pelo porteiro de 07:00 às 08:00 e de 13:00 às 14:00 horas, para organização do acolhimento aos pacientes. Antes da implantação do “Posso Ajudar” era realizada a distribuição de senhas, que não eram limitadas, mas utilizadas para organizar a ordem de atendimento dos usuários.

A responsabilidade pela realização do acolhimento é dividida entre duas ESF's, que atendem seus usuários adscritos, moradores de sua área de abrangência. É realizado todos os dias da semana, pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem, sendo que a ESF 1 acolhe seus usuários no período da manhã e a ESF 2 à tarde. Após o período dedicado exclusivamente ao acolhimento, os usuários que procuram a unidade, são acolhidos pelas auxiliares de enfermagem de sua equipe de referência, que realizam orientações específicas, de acordo com a demanda apresentada. Este usuário pode ser orientado a retornar no acolhimento no dia seguinte, ser encaminhado para avaliação médica imediata, ter uma consulta agendada ou ter seu problema solucionado. Estas decisões quase sempre são tomadas com a participação das enfermeiras.

Os médicos não participam diretamente do acolhimento e atendem os pacientes encaminhados pela equipe de enfermagem.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. Objetivo geral

Identificar as concepções e significados do acolhimento para a equipe de enfermagem do PSF do Centro de Saúde Granja de Freitas.

### 2.2. Objetivos específicos

- Identificar se houve capacitação para realização do acolhimento;
- Detectar dificuldades e facilidades na realização do acolhimento.

### 3. METODOLOGIA

A opção metodológica definida para a pesquisa foi a abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (1994), surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Esta metodologia está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações do dia-a-dia.

Segundo Triviños (1987), a pesquisa qualitativa busca compreender o significado que os indivíduos dão aos fenômenos, sejam eles culturais, morais e críticos, sobre um dado real.

É um método de pesquisa introduzida em nosso meio pela Antropologia Moderna que tem como característica o posicionamento do sujeito e objeto, de forma a torná-los a parte central e inevitável da investigação. Além disso, é capaz de promover adaptações necessárias durante a investigação. (QUEIROZ, 2000).

Como instrumento para coleta de dados, realizou-se uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A). Os dados foram coletados em novembro de 2009.

A amostra foi escolhida por acessibilidade ou conveniência, que constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. O pesquisador seleciona os elementos a que têm acesso, admitindo que estes possam representar o universo. (GIL, 1999).

Como pré-requisito para realização desta pesquisa, foi solicitado o termo de consentimento livre e esclarecido às auxiliares/técnicas de enfermagem e enfermeira do Centro de Saúde Granja de Freitas. (APÊNDICE B).

Participaram da pesquisa a equipe de enfermagem integrante das duas Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde, exceto uma das enfermeiras, autora do estudo, sendo 01 enfermeira e 04 auxiliares de enfermagem.



## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1. Processo de trabalho em saúde

Toda atividade humana é um ato produtivo, que modifica alguma coisa e produz algo novo. O modo como desenvolve-se e realiza-se o trabalho é denominado de processo de trabalho. Na definição de processo de trabalho, destacam-se os seguintes componentes: objetivos ou finalidades do trabalho, objetos a serem transformados, meios de produção e agentes responsáveis pela execução das ações. (FARIA, *et. al*, 2008).

O trabalho em saúde realiza-se, sobretudo, por meio do trabalho “vivo em ato” (MERHY e FRANCO, 2005) e pode ser entendido como um modo de se trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção da ação. (TAKEMOTO e SILVA, 2007). É um serviço que não se realiza sobre coisas ou objetos, como acontece na indústria; dá-se ao contrário, sobre pessoas, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, sendo parte integrante deste processo. (RODRIGUES e ARAÚJO, 2004).

A discussão do processo de trabalho em saúde remete ao trabalho como prestação de serviços, com características próprias: seu objeto e todos os seus componentes são pessoas que atuam e interferem no processo e no resultado final do trabalho. Desta maneira, deve ser salientado que o objeto/sujeito da ação detém um saber próprio que deve ser escutado, acolhido, gerando a necessidade de comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço, buscando uma relação de troca, confiança, cooperação e parceria. (MELO e SANTOS FILHO, 2008).

A reflexão crítica e contínua deste processo está intimamente relacionada a possibilidade de reorganizar o serviço e da criação de novas propostas, que visem a garantia de acesso e assistência qualificada. Segundo Takemoto e Silva (2007), o acolhimento configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho em saúde responsável pelo atendimento da demanda espontânea.

### 4.2. Acolhimento

Vários autores conceituaram acolhimento e contribuem, em alguma medida, para sua operacionalização e estudo.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, 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. (BRASIL, 2006).

Teixeira (2003) aborda o acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. O autor propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá no interior dos serviços de saúde e que ele considera como “uma espécie de mola mestra da lógica technoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede technoassistencial de um serviço de saúde”. (TEIXEIRA, 2003).

O acolhimento tem papel fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde, ocupando todos os lugares e tendo o papel de receber e interligar uma conversa à outra, conectando os diferentes espaços de conversa, e se dá em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer dessas conversas. (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

Segundo Takemoto e Silva (2007) o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

Silva Jr. e Mascarenhas (apud TAKEMOTO e SILVA, 2007), denominam acolhimento como uma postura, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários.

Para Franco *et al.* (1999) acolhimento pode ser definido como a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão de acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. O acolhimento aparece como uma etapa do processo de trabalho, “um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários”. (FRANCO *et al.*, 1999). Para estes autores, o acolhimento é considerado como modificador radical do processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam a assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe do acolhimento” como central no atendimento aos usuários.

Por esta perspectiva, os objetivos do acolhimento seriam: ampliar o acesso dos usuários aos serviços, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para reorganização do processo de trabalho. (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

Enquanto estratégia para garantir o acesso dos usuários aos serviços, o acolhimento integra a Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. (SASSI, 2008). Norteiam esta política valores como autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão, o que configura, portanto, a humanização, ou seja, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores. (BRASIL, 2006). Desse modo, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, e pode ser entendido como um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. (BECK e MINUZI, 2008).

Segundo Matumoto (1998 p. 20-21), no estudo do acolhimento deve-se pensar em porque acolher, para que acolher e como acolher:

O porque diz respeito ao motivo, a razão do acolhimento que está relacionada à concepção de homem e de saúde/doença que norteia o trabalho, o estabelecimento de saúde e a adotada pelo trabalhador individualmente que executa a ação propriamente dita. O para que acolher diz respeito à finalidade dada ao trabalho, seja ela como um dispositivo de mudança em busca da autonomia do homem e de uma vida mais saudável, ou simplesmente para a manutenção da ordem presente. O como acolher é o modo como se efetiva o acolhimento nos serviços de saúde, mais técnico, mais humano, mais solidário e outras tantas possibilidades criadas nas relações entre os homens na vida cotidiana.

Segundo Malta *et al.* (2000), o acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população.

Para Campos (1997 apud SCHIMITH e LIMA, 2004, p.1488), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

O acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e resolução do problema do usuário. Processa-se uma mudança no fluxo

de entrada, de forma a não mais ocorrer de forma unidirecional, ou seja, direcionado ao atendimento médico. O fazer em saúde, seja nas relações interpessoais, seja no diagnóstico e na terapêutica, passa a ser resultado da complementação dos saberes e práticas específicas e comuns das diversas categorias profissionais da saúde. (MALTA *et al.*, 2000).

De acordo com Takemoto e Silva (2007) acolher não é simples e demanda energia. A partir da implantação da proposta do acolhimento, aquelas pessoas que eram dispensadas na recepção, passam a ser ouvidas em espaço físico mais reservado e têm a oportunidade de falar de seus problemas com um profissional de saúde.

Segundo Franco *et al.* (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal;
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;
- Qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Portanto, o acolhimento pode funcionar como reorganizador do processo de trabalho, possibilitando a identificação de demandas apresentadas pelos usuários e o reconhecimento de risco e vulnerabilidade do indivíduo, reafirmando o princípio da equidade, além de possibilitar o replanejamento das ações a serem desenvolvidas e a ampliação das atividades ofertadas pela unidade.

## 5. A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM BELO HORIZONTE

O acolhimento foi implementado na rede de saúde de Belo Horizonte a partir de 1995, como uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si. (MALTA *et al.*, 2000).

O acolhimento foi formatado a partir do Projeto Vida e da organização de atenção às crianças com patologias agudas. O Projeto Vida, implementado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) a partir de 1994, foi pensado enquanto projeto que permitisse o enfrentamento da mortalidade infantil no município, identificando como grupos sob vigilância e acompanhamento pelos Centros de Saúde os recém-nascidos residentes em áreas de risco e que apresentavam mais um dos seguintes critérios: baixo peso (menor que 2.500 grs.), filho de mãe analfabeta ou adolescente. (MALTA *et al.*, 2000).

A implantação da ação de Vigilância à Mortalidade Infantil inaugurou uma dinâmica nova na rede de serviços. As equipes de saúde passaram a incorporar uma nova clientela, que era alvo de busca ativa por apresentar um risco diferenciado para adoecer. Essa prática criou um conflito entre as agendas já "lotadas" e a organização da puericultura. Aquela criança declarada publicamente como "prioritária" e buscada no domicílio para acompanhamento de rotina, quando chegava ao centro de saúde demandando assistência, num momento de instalação de uma doença aguda, muitas vezes não era sequer identificada e, como todas as outras, esbarrava na dificuldade do acesso. Assim, também para aquela criança prevaleciam os critérios de ordem de chegada na fila e limite de vagas para consulta médica, independentemente da situação de gravidade ou de risco. (MALTA, 2001).

Diante desta realidade, iniciou-se um processo de discussão na rede municipal de saúde, revendo posturas consolidadas no serviço e tentando identificar as causas ligadas a não universalização da assistência. Assim, a proposta de mudança do processo de trabalho, o Acolhimento, foi tomando forma. (MALTA *et al.* 2000).

Para sua implantação foi necessária uma construção coletiva da proposta com as equipes locais, para que de fato ocorressem mudanças nos serviços e a defesa da vida fosse adotada como lema das equipes. (MALTA *et al.*, 2000).

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. (FRANCO *et al.*, 1999). Consiste ainda em uma etapa do processo de trabalho em saúde, o momento da recepção do usuário e das possibilidades de resposta. O ato de escuta é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para construir respostas às necessidades dos usuários,

pressupondo o envolvimento de toda a equipe de saúde. Segundo Ramos e Lima (2003), o encontro entre esses sujeitos – trabalhador e usuário - se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção.

A equipe de saúde deve assumir uma postura capaz de acolher, de escutar e de dar a resposta mais adequada a cada usuário. Desta maneira, o diagnóstico, a prescrição e a realização de procedimentos não seriam mais operações isoladas, mas resultado da integração e parceria de todas as categorias. (TURCI, 2008).

Com a implantação do Programa de Saúde da Família, a partir de fevereiro de 2002, houve grande incremento da capacidade assistencial da rede básica de saúde, devido a contratação de inúmeros médicos e enfermeiros para constituírem as ESF's. Em 2003, todos os Centros de Saúde foram orientados a viabilizar o acolhimento em todo o seu horário de funcionamento. A população passou a encontrar suas portas abertas e a falta de acesso a atenção primária passou a ser problema secundário. (TURCI, 2008).

Atualmente, a proposta do acolhimento é política institucional implantada e aceita pelo governo municipal, pelo grupo gerencial distrital e local e pelos trabalhadores da saúde devido ao reconhecimento da capacidade de humanização das relações que a proposta agrega, da detecção das reais necessidades do usuário, da adesão destes à proposta e da ampliação do acesso. Porém, há necessidade de maior precisão e aprofundamento de suas bases conceituais e repercussões no modelo de assistência, visto coexistirem inúmeros conceitos de acolhimento na rede assistencial. (TURCI, 2008).

A operacionalização do acolhimento tem se dado de diversas formas de acordo com as particularidades de cada equipe. Há grande incômodo entre os trabalhadores em relação a realização do acolhimento que somadas a incompreensão das potencialidades individuais e à grande demanda de usuários nos C.S geram nas equipes ressentimentos por não estarem desenvolvendo seus papéis e atribuições enquanto ESF's ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada.

Outro problema relaciona-se à dificuldade em se fazer uma escuta qualificada, que exige atenção e disponibilidade, devido a indisponibilidade de tempo, resultado de uma demanda espontânea volumosa que se apresenta diariamente nas unidades básicas de saúde.

Muito comum também é o entendimento que o acolhimento seja uma triagem para consulta médica, em que a equipe de enfermagem decide quem terá acesso a tal consulta. Para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o acolhimento não é sinônimo de triagem, reconhecendo que uma escuta eficaz pode criar, na atenção ao usuário, novas

alternativas que prescindam da consulta médica, racionalizando a sua utilização. O acolhimento também não deve representar uma estratégia de disciplinamento da demanda, ou seja, ao invés de facilitar o acesso dos cidadãos, colocar-se como mais um obstáculo a ser ultrapassado para que o usuário chegue à assistência. (TURCI, 2008).

Por outro lado, o acolhimento pode ser visto como um dispositivo de garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, ultrapassando a lógica programática. (TURCI, 2008).

### 5.1. Implantação do acolhimento no Centro de Saúde Granja de Freitas

Em maio de 2004, foi inaugurado o Centro de Saúde Granja de Freitas, no bairro Granja de Freitas, regional Leste de Belo Horizonte. O bairro Granja de Freitas é formado por cinco conjuntos habitacionais criados por meio do Orçamento Participativo. As famílias beneficiadas faziam parte do movimento dos sem casa, removidas em função de situação de risco ou implantação de obras públicas e encaminhadas através de programas sociais da prefeitura.

A implantação do C.S. ocorreu devido a reivindicações da comunidade por ampliação do acesso aos serviços de saúde. A população que residia neste bairro era atendida no Centro de Saúde Alto Vera Cruz, o que gerava demanda volumosa neste local, além dificuldade de acesso para os moradores.

Desde sua implantação, o C.S. já contava com duas ESF's, composta pelos seguintes profissionais: duas enfermeiras, dois médicos, três auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

A ESF 1 realizava o acolhimento pela manhã e a ESF 2 à tarde. A enfermeira e o médico da ESF 1 realizavam o acolhimento juntos em uma sala. Na equipe 2, o acolhimento era realizado pela enfermeira com auxílio do auxiliar de enfermagem e o médico permanecia na retaguarda do atendimento. Nos primeiros quatro anos de funcionamento da unidade, os usuários procuravam o acolhimento para todos os tipos de demanda. Não existia uma organização entre demanda espontânea e programada. Em meados de 2008, houve uma troca de profissionais, e a partir deste momento, foram realizadas discussões, inicialmente pela equipe 1, para reorganização de sua agenda.

Em outubro de 2008, o médico e a enfermeira da ESF 1 discutiram a organização de suas agendas, elaborando uma nova proposta que foi apresentada e aceita pela gerência local. Esta proposta consistia em garantir, nas agendas, vagas para acompanhamento de hipertensos,

diabéticos, gestantes, crianças, adolescentes, mulheres em idade fértil, grupos e visitas domiciliares.

Esta reorganização gerou uma insatisfação inicial na população, que era acostumada a requerer consulta médica imediata quando comparecia a unidade para acolhimento. Iniciou-se uma fase de reorientação aos usuários no sentido de viabilizar os agendamentos possíveis de serem realizados na recepção da unidade, como marcação de retornos, renovação de receitas, puericultura, controle de crianças asmáticas, com o objetivo de fazer com que o acolhimento fosse direcionado à resolução de casos agudos. A partir deste momento, uma nova proposta de reorganização do acolhimento surgiu, visando humanizar o atendimento ao usuário, diminuir o tempo de espera para atendimento e reorganizar o processo de trabalho em saúde.

De início a ESF 2 não aderiu a esta reorganização. E em fevereiro de 2009, a enfermeira responsável por esta equipe entrou de licença médica, houve troca de gerência e a clínica geral do apoio saiu da unidade. Em março de 2009, o médico da ESF 2 também entrou de licença médica. A equipe ficou sem assistência da enfermeira durante um mês e seis meses sem o profissional médico.

Em setembro de 2009 o gerente pediu exoneração, ficando a responsabilidade de gerenciamento a cargo da enfermeira da ESF 1 por quatro meses. Também em setembro, uma médica generalista assumiu a ESF 2 e juntamente com a enfermeira, realizou a programação de seus atendimentos, tendo como base a agenda da ESF 1.

Devido a estes problemas enfrentados, houve uma desestruturação das atividades programadas. O planejamento foi realizado, porém não foram alcançados os resultados esperados.

Em janeiro de 2010 uma nova gerente assumiu a unidade, e juntamente com toda a equipe do Centro de Saúde vem realizando o planejamento e programação local das atividades a serem desenvolvidas neste ano.



## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em mãos os dados coletados, procedeu-se a organização e análise dos conteúdos expressos. A análise “representa a aplicação lógica dedutiva e indutiva do processo de investigação”. (MARCONI e LAKATOS, 1991)

Os trechos das falas das participantes desta pesquisa serão identificados pela letra A seguida do número colocado em cada questionário analisado: A 1, A 2 e assim sucessivamente, como forma de manter sigilo da identidade das participantes.

### 6.1. Concepções da equipe de enfermagem do PSF sobre o acolhimento

As respostas das profissionais participantes desta pesquisa permitem apreender que há consenso com relação ao significado do acolhimento enquanto momento de ouvir, de prestar uma escuta qualificada ao usuário.

“Prestar escuta qualificada a todos os usuários que procuram à UBS”. A3

“... um tempo disponibilizado para ouvir o usuário, saber de suas queixas, suas necessidades...”. A1

Teixeira (2003) é um dos autores que trabalha com a abordagem do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. Propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá (ou deveria se dar) no interior dos serviços de saúde.

O encontro entre trabalhador e usuário se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. (RAMOS E LIMA, 2003).

O ato de cuidar pressupõe um encontro afetivo, com laços de humanidade, e efetivo, do ponto de vista de identificação e resposta às necessidades singulares de cada usuário.

Outra concepção que emergiu na análise das entrevistas foi a de que acolher não se limita apenas à recepção da clientela, mas envolve os encaminhamentos realizados à demanda apresentada, bem como representa a humanização da assistência prestada.

“... direcionar o caso..., dando “resolução” para o caso. Esta resolução pode ser orientação, encaminhamento, etc...” A4

“ Acolhimento para mim, significa humanização...”A1

Leite *et al.* (1999 apud SILVEIRA *et al.*, 2004, p.73), afirmam que, para humanizar a relação serviço x profissional de saúde x usuário, não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência. É necessário ultrapassar esta visão afetuosa da atenção e discutir o modo como os trabalhadores se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento de indivíduos e da coletividade.

O serviço de saúde assume a função de acolher e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. O usuário nem sempre considera a resposta como sendo positiva, já que vai à unidade com a expectativa de solucionar o seu problema de imediato, e nem sempre isso é possível. Muitas vezes a resposta pode ser uma orientação, um encaminhamento. Mesmo que o atendimento não seja imediato, o usuário pelo menos se sentiu escutado, acolhido e teve a oportunidade de compreender o porquê de tal resposta. (ESMERALDO *et al.*, 2009).

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, o acolhimento pode revelar uma “dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva”. (FRANCO *et al.*, 1999).

## 6.2. Capacitação para a realização do acolhimento

Todas as participantes da pesquisa relataram que não receberam nenhum tipo de capacitação específica para realização do acolhimento. Referiram terem recebido orientações e realizado observações de como os colegas o realizavam.

“Não diretamente”. A1

“Através de orientações de colegas”. A3

“...Eu aprendi foi no dia a dia, prestando atenção em cada profissional, tirando um pouquinho da sabedoria de cada um”. A4

Segundo Souza *et al.* (2008) o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os profissionais para direcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

Esta qualificação dos profissionais pode ser realizada por meio do estudo e discussão de protocolos clínicos disponibilizados pela SMSA/BH em reuniões das ESF's, bem como em reuniões que contem com a participação da equipe de apoio: pediatras e ginecologista. Esta capacitação permite maior autonomia profissional na tomada da decisão de que tipo de encaminhamento oferecer ao usuário de acordo com a demanda apresentada.

### 6.3. Dificuldades e facilidades para a realização do acolhimento

Ao analisar as facilidades para a vivência do acolhimento, verificou-se que duas das participantes referiram que há facilidade apenas para o usuário e não para o profissional de saúde.

“Não há facilidade na prática do acolhimento para o profissional, mas sim para o usuário que sai do acolhimento orientado”. A2

“Orientações e escuta melhores, isso é facilidade para o paciente”. A5

Através destas falas, podemos apreender, que a realização do acolhimento consiste na busca constante de reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, porém observa-se que devido a sobrecarga de trabalho, muitas vezes o profissional não percebe o acolhimento como meio de direcionamento e sim, como mais uma atividade a ser cumprida, que trará benefícios para o usuário, sem provocar alterações na organização do processo de trabalho da unidade.

Neste ponto é importante ressaltar que a maioria dos usuários que procuram os Centros de Saúde, desejam uma consulta médica imediata, o que dificulta a realização dos encaminhamentos devidos e gera até mesmo um desentendimento entre profissional e usuário. Este fato contribui e muito para a insatisfação apresentada pela equipe de enfermagem.

Duas participantes apontaram a criação de vínculo com o usuário como fator facilitador.

“Melhora de vínculo com o paciente”. A4

“... criação de vínculo com a população...” A1

Segundo Campos (1997 apud SCHIMITH e LIMA, 2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Além disso, o vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania.

Em relação às dificuldades encontradas, todas as participantes citaram o número de vagas disponíveis nas agendas médicas como principal problema. Três das participantes

citaram ainda a demanda excessiva de usuários como um dificultador. Outro ponto ressaltado foi a falta de médico na UBS.

Em pesquisa realizada por Malta *et al.* (2000), no município de Belo Horizonte, verificou-se que a reivindicação da enfermagem quanto a necessidade de ampliar a participação dos demais profissionais, especialmente os médicos na recepção e retaguarda ao usuário, sempre foi uma constante no processo.

“O número de atendimento do acolhimento com mais de 40 usuários e o número de vagas para o atendimento médico...” A2

“Demanda. Temos que atender toda a população que aparecer no dia na unidade, mais as vagas no dia para atendimento médico é limitadas, ainda quando a unidade fica sem médico”.A5

“Quando a UB não tem o profissional “médico” para estar encaminhando o usuário dependendo de sua necessidade no momento e temos que atender a todos os usuários e o profissional médico tem número de consultas limitadas”. A 3

Silveira *et al.* (2004) em pesquisa realizada em Campina Grande em 2003, também verificou a demanda excessiva como um dos fatores dificultadores na realização do acolhimento. Observa-se neste ponto que o número excessivo de atendimentos pode levar o funcionário a executar seu trabalho mecanicamente, sem dispensar uma atenção humanizada ao usuário.

Em estudo realizado por Franco *et al.* (1999) , os autores colocaram que a diretriz do acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitem, porém não é o que realmente ocorre na prática cotidiana. No dia-a-dia das unidades, verifica-se que a maioria dos médicos não permitem uma agenda aberta ao acolhimento, determinando um número específico de vagas, prejudicando a atuação da equipe de acolhimento e gerando até mesmo um “estresse” entre os profissionais.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações tecidas sobre as falas das participantes, identifica-se uma sensibilidade, um compromisso e o reconhecimento do acolhimento no atendimento integral aos usuários. No entanto, percebe-se uma sobrecarga da equipe de enfermagem, no momento em que é ressaltada a demanda volumosa. Neste ponto é importante ressaltar que é necessário realizar um estudo da demanda no Centro de Saúde, que possibilite às equipes locais a avaliação do perfil e das reais necessidades dos usuários, para a definição de melhores formas de organização. É imprescindível discutir e repassar informações e orientações à comunidade, contando com auxílio do Conselho Local de Saúde, sobre o funcionamento da unidade, atividades ofertadas e agendas das equipes.

Percebe-se que apesar de ser preconizada uma equipe multiprofissional para o acolhimento, ele fica a cargo da equipe de enfermagem. A participação médica, fica restrita à retaguarda, ao atendimento de pacientes encaminhados por esta equipe. Considera-se neste ponto que mesmo que não haja participação direta deste profissional para acolher os usuários, seria necessário uma interação melhor do mesmo com os demais profissionais.

Com relação ao relato de vagas restritas nas agendas médicas para o acolhimento, verifica-se que deve haver discussões permanentes entre as equipes e a gerência local para avaliar e reprocessar o acolhimento, com vistas a garantir o desenvolvimento de um trabalho humanizado não só para o usuário, mas também para a equipe de enfermagem.

Pode-se afirmar que enquanto instrumento de mudança do processo de trabalho em saúde, o Acolhimento possibilita uma organização deste processo, porém há necessidade de ser rediscutido, para viabilizar a sua realização de forma resolutiva, com responsabilidade, possibilitando uma assistência humanizada e gerando satisfação para usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

No Centro de Saúde Granja de Freitas, percebe-se que o acolhimento é praticado com vistas a construção efetiva de um sistema de saúde com base no acesso para todos, equidade, integralidade das ações, porém como já colocado anteriormente se faz necessário uma rediscussão do mesmo. É praticado com o objetivo de se oferecer uma assistência qualificada à população, que é quase em sua totalidade totalmente dependente do SUS.

Está em processo de implantação uma nova ESF para o C.S, devido ao aumento da demanda ocorrido a partir de janeiro de 2009 e a construção de novos conjuntos habitacionais pela prefeitura municipal de Belo Horizonte. A ampliação da unidade encontra-se em fase de discussão entre as gerências municipal, distrital e local.

Considera-se portanto, que é possível uma reestruturação do acolhimento entre as equipes. Entretanto, para que isto ocorra é imprescindível a atuação conjunta entre profissionais e gerente, de modo a viabilizar mudanças no processo de trabalho, objetivando sempre a humanização do atendimento ao paciente e redivisão do trabalho entre todos os profissionais.

Outro ponto a ser ressaltado é a capacitação da equipe, que pode ser realizada por meio de discussão dos protocolos clínicos disponibilizados pela SMSA/BH e através de estudos de casos, em reuniões de equipes. Ressalta-se que a capacitação das equipes, a nível local, possibilitará um melhor desempenho dos profissionais envolvidos no processo.

A realização das Oficinas da Qualificação da Atenção Primária em Saúde, iniciadas em outubro de 2009, já estão contribuindo para rediscussão do processo de trabalho na atenção primária e considera-se que especificamente a oficina com o tema “A Organização da Demanda Espontânea”, possibilitará a ampliação da qualificação dos profissionais envolvidos no acolhimento. Nesta oficina será montada uma matriz de gerenciamento do processo de trabalho de cada Centro de Saúde, e será viabilizado um processo de discussão com os profissionais diretamente envolvidos neste processo, além de ser iniciado o planejamento para implantação do acolhimento com classificação de risco na APS. Entende-se que a participação direta dos Centros de Saúde possibilita melhor visão da realidade local.

## REFERÊNCIAS

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v. 34a, n.1-2, p. 37-43, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília, DF, 1994, 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília, DF, 2006, 44 p.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. de S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf)> Acesso em: 20 fev. 2010.

ESMERALDO, G. R. de O. V. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 119-130, abr./jun. 2009.

FARIA, et al. A Estratégia de Saúde da Família. In: **Unidade Didática I: organização do processo de trabalho em saúde na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2008, p. 32-33.

FERREIRA, A. B. H. Acolhimento. In: \_\_\_\_\_. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p. 27.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 24, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000. Disponível em <[http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero\\_int.php?numero=3](http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero_int.php?numero=3)>. Acesso em: 12 set. 2009.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde:** as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001. Disponível em <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000227376>>. Acesso em 15 de out. 2009.

MATUMOTO, S. **O acolhimento:** um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998 . Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720>>. Acesso em: 18 de dez. de 2009.

MELO, J; SANTOS FILHO, S. B. Organização do proceso de trabalho nos centro de saúde. In: TURCI, M. A.(Org.). **Avanços e desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Brasília: Brasil, 2008, p. 210 – 222.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde, 2005. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em 24 de jun. de 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Ciência, técnica e arte:** o desafio da pesquisa social. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NERY, S. R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina, Paraná. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1411-1419, 2009.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representação social de profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-375, abr./jun. 2000.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. de S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o proceso de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, 2004. Disponível em <[www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf)>. Acesso em 19/03/10.

SASSI, A. P. **Acolhimento e processo de trabalho em uma unidade de saúde da família do município de Porto Alegre-RS:** relato de experiência. 2008. 41 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15425/000678269.pdf?sequence=1>>. Acesso em 13/11/09.



SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A.D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enfermagem**, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, v.9, p. 73-80, 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

SOUZA E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>> Acesso em: 12 set. 2009.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003, p. 49-61. Disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>> Acesso em: 19 out. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURCI, M. A. Acolhimento e demanda espontânea. In: \_\_\_\_\_(Org.). **Avanços e desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Brasília: Brasil, 2008, p. 210 – 222.

## APÊNDICE A – Entrevista

1 Considerando o seu processo de trabalho na sua equipe e da sua unidade de saúde, qual o significado do acolhimento para você?

---

---

---

---

---

2 Houve algum tipo de capacitação/treinamento para realizar o acolhimento?

Sim      Não

Onde? De que forma? E quem proporcionou?

---

---

---

---

3 Que dificuldades você encontra na realização do acolhimento?

---

---

---

---

---

4 Que facilidades você encontra na prática do acolhimento.

---

---

---

---

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento livre e esclarecido**

Este é um convite para você participar voluntariamente de uma pesquisa realizada por uma aluna do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

O propósito desta pesquisa é identificar as concepções (significado) do acolhimento para a equipe de enfermagem do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde Granja de Freitas.

Para a realização desta, solicito que responda a um questionário que contém perguntas referentes a seu trabalho.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. Caso você decida não participar, não haverá nenhum problema.

Os resultados da pesquisa serão publicados em trabalho que será apresentado à universidade como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Saúde da Família, sendo garantido sigilo quanto a sua identidade.

Eu: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, auxiliar/técnica de enfermagem, enfermeira do Centro de Saúde Granja de Freitas, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura

Responsável pela pesquisa:  
Talita de Sousa Almeida

## **ANEXO A - Projeto Posso Ajudar no Centro de Saúde Granja de Freitas**

Realizado por auxiliares/técnicos de enfermagem do Centro de Saúde Granja de Freitas, o POSSO AJUDAR surge como uma proposta de humanização, à medida que visa à organização no serviço de saúde a partir de informações simples e objetivas oferecidas à população que busca atendimento no mesmo.

Funções:

- Acolher os usuários que chegam ao Centro de Saúde, orientando cordialmente de acordo com as necessidades apresentadas;
- Distribuir as senhas para o Acolhimento, oferecer informações sobre o atendimento (horário do acolhimento, ordem de prioridades, documentos necessários, encaminhamento à consulta médica;
- Realizar os devidos encaminhamentos (vacinação, curativo, medicação, aferição de Pressão Arterial, dispensação de medicamentos na farmácia, agendamento de consultas);
- Ser instrumento de ligação/informação de usuários –enfermeiros.

Observação: em caso de exames como preventivo e próstata, o profissional escalado para o Posso Ajudar deverá acompanhar e auxiliar o exame junto ao profissional médico ou enfermeiro.