

HELEN DOS SANTOS ROCHA

**ACOLHIMENTO X PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR
SOBRE O COTIDIANO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE
2010

HELEN DOS SANTOS ROCHA

**ACOLHIMENTO X PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR
SOBRE O COTIDIANO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em
Saúde da Família e Comunidade da Universidade
Federal de Minas Gerais UFMG/Nescon para
obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Maria Tereza Marques Amaral

BELO HORIZONTE
2010

Agradeço imensamente,

Aos meus Pais,

Por terem se doado por inteiro em favor dos meus sonhos e da minha vida e serem minha base, meus exemplos de vida...

Ao meu Marido,

Pelo companheirismo, dedicação, amor, atenção e cuidado sempre me ajudando a superar as dificuldades e os desafios da minha vida.

Aos colegas Clayton, Emanuelle, Luísa e Cristiane,
Pela contribuição e ajuda durante a realização do trabalho.

À professora Maria Tereza,

Pelos conhecimentos e sabedoria a mim dispensados além de sua atenção e disponibilidade em me ajudar...

À todos vocês que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste trabalho, o meu muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo tem como objeto o acolhimento realizado em uma unidade de saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O objetivo deste estudo foi analisar e discutir o acolhimento enquanto ferramenta para a humanização do atendimento aos usuários e como prática inclusiva de saúde correlacionando com a prática nesta unidade enfatizando a importância de uma equipe multiprofissional na realização do mesmo, da capacitação permanente dos profissionais envolvidos, além de focar o papel da equipe de enfermagem neste processo. Para elaboração desta pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico acerca do assunto nas bases de dados LILACS, Medline e Scielo, utilizando-se os seguintes descritores válidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/BIREME): acolhimento, programa saúde da família, equipe de enfermagem, comunicação e humanização. Utilizou-se a literatura publicada entre os anos de 1996 a 2009. Verificou-se, a partir desta pesquisa, a relevância da reorganização do processo de trabalho nesta unidade a partir da implementação do acolhimento, a necessidade de reflexão da Equipe Saúde da Família sobre o seu papel neste processo e da importância desta buscar estratégias que favoreçam o estabelecimento de uma assistência contínua e humanizada, com qualidade e responsabilidade, garantindo a todos os usuários acesso aos serviços de saúde e uma visão integral no atendimento.

Palavras- chave: acolhimento, programa saúde da família, equipe de enfermagem, comunicação e humanização.

ABSTRACT

This study considers the reception held in a health facility in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. The aim of this study was to analyze and discuss the host as a tool for the humanization of care to users and how inclusive practice health correlating with the practice in this unit emphasizing the importance of a multidisciplinary team in achieving the same, the continuing training of professionals involved, besides focusing on the role of nursing staff in this process. For elaboration of this research was carried out literature on the subject in the databases LILACS, SciELO and MEDLINE, using the following descriptors are valid in the Health Sciences Descriptors (DeCS BIREME): host family health program, nursing staff communication and humanization. We used the literature published between the years 1996 to 2009. Verificou It is from this research, the importance of reorganizing the work process in this unit through the implementation of the host, the need for reflection on the Family Health Team its role in this process and the importance of this find strategies to promote the establishment of a continuous care and humane, with quality and accountability, ensuring all users access to health services and a comprehensive vision of care.

Keywords: reception, family health program, nursing staff, communication and civility.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. OBJETIVO GERAL.....	09
2.1. Objetivos Específicos.....	09
3. JUSTIFICATIVA.....	10
4. METODOLOGIA.....	12
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1. O Programa Saúde da Família.....	13
5.2. O modelo médico centrado X modelo usuário centrado.....	16
5.3 O acolhimento e suas concepções: humanização, escuta e vínculo.....	17
5.4 Acolhimento e reorganização do processo de trabalho.....	20
5.5. Acolhimento e o papel da equipe de saúde da família	23
6. CONCLUSÕES SOBRE A LITERATURA	26
7. REFLEXÕES SOBRE A TEORIA X PRÁTICA.....	28
7.1. Acolhimento e o Centro de Saúde Olavo Albino Correia.....	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
9. REFERÊNCIAS.....	35

INTRODUÇÃO

A atenção básica no município de Belo Horizonte é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e que realizam diversas ações que buscam a atenção integral aos indivíduos e comunidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em Belo Horizonte em fevereiro de 2002 com cerca de 176 equipes, as quais tinham a responsabilidade de dar assistência à saúde para a população de maior risco de adoecer e morrer conforme o índice de vulnerabilidade (BELO HORIZONTE, 2008).

Hoje, no município, a rede de Atenção Primária já conta com 146 Centros de Saúde, sendo 513 Equipes de Saúde da Família atuando em territórios definidos cobrindo em cerca de 75-76% da população total de Belo Horizonte. São 2316 ACS's que foram recentemente, em 2007, contratados pela prefeitura através de seleção pública, 390.000 famílias cadastradas, 1,7 milhões de pessoas cadastradas, 202 Equipes de Saúde Bucal, 65 Equipes de Saúde Mental, 188 pediatras, 124 clínicos, 130 ginecologistas, 80 assistentes sócias, e 38 Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde de Família (NASF) (BELO HORIZONTE, 2008).

O papel primordial da saúde da família no SUS-BH é propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, mediante a reorganização do processo de trabalho nos Centros de saúde com a inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços, sendo regidos pelos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade (BELO HORIZONTE, 2008).

Esta abordagem reforça que a Estratégia da Saúde da Família deve ser a porta de entrada para a população ter acesso aos serviços de saúde, e sendo assim, as equipes devem estar preparadas e qualificadas para atenderem às necessidades desta população. Portanto devem estabelecer estratégias de atendimento à demanda espontânea e fazer valer do dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar.

Para o Ministério da Saúde (2006, p.21):

“O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos

e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos”.

São Paulo (2003) ressalta que o acolhimento é uma ferramenta assistencial e, como tal, deve estabelecer medidas que melhore a assistência dada aos usuários, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Isto tudo sem deixar de lado a ênfase no vínculo que deve ser criado entre estes e o serviço e sua autonomia diante dos cuidados com a saúde, fazendo com que deixem de ser “pacientes” e se tornem participantes ativos em todo o processo de promoção de saúde. Além disso, destaca que o acolhimento é uma estratégia que fortalece o princípio da universalidade, integralidade e equidade, atendendo a todos que procuram os serviços.

Segundo Malta *et al* (2000), o acolhimento foi implementado na rede pública de Belo Horizonte, em 1995, como uma estratégia para mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários e dos trabalhadores entre si onde a equipe de saúde que o desenvolvesse deveria utilizar-se de todo seu conhecimento técnico-científico para prestar um atendimento de qualidade. Os autores reforçam que este processo deve estimular o resgate desse conhecimento por parte de todos os profissionais da equipe, a fim de ampliar suas intervenções, propiciando aos indivíduos um bem-estar em saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada.

Dentro deste contexto, o acolhimento é implantado na rede de saúde de Belo Horizonte com o objetivo de humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização com os usuários e aumentar a capacidade de escuta às demandas espontâneas ampliando a sua intervenção.

Desta forma os profissionais de saúde da rede de Belo Horizonte devem estar preparados a realizar uma “escuta qualificada”, ou seja, escutar a queixa, os medos e expectativas, dos usuários, identificando os riscos e vulnerabilidade, além de se responsabilizar em dar uma resposta ao seu problema, sempre com uma postura acolhedora, humanizada.

Porém devido à demanda volumosa e o despreparo dos profissionais salientou-se a dificuldade dessa “escuta qualificada” a qual exige atenção e disponibilidade. E aí surgiu a dúvida para o trabalhador se é possível apostar nesta “escuta qualificada”, pois em muitos dos casos, a escuta está restrita a queixas e condutas pontuais. (BELO HORIZONTE, 2008).

A postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. Para Silva e Alves (2008), a qualificação e a capacitação profissional, a postura adequada, transmissão de confiança para a população, juntamente com o estabelecimento de vínculos, pode facilitar a construção de um novo modo de trabalhar em saúde, adequando medidas que possam garantir o atendimento a todos de forma humanizada.

De acordo com a minha vivência, enquanto enfermeira do PSF 01 do Centro de Saúde Olavo Albino Correia, há quase três anos, percebo que o acolhimento nas unidades básicas de saúde apesar de aumentar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ainda não possibilitou o deslocamento, no processo de trabalho, do eixo médico-centrado para uma equipe multiprofissional, ao contrário, continua pautado na relação queixa-conduta, o que dificulta e muito o processo de trabalho como um todo, pois Malta (1998, p.140) coloca, entre outros, os seguintes desafios ao acolhimento:

“(...) a superação da parcialização, da fragmentação dos saberes e práticas, construindo uma efetiva integração do trabalho em equipe, onde cada profissional se percebe enquanto co-autor das respostas dadas aos indivíduos e não mais como um somatório de atividades desarticuladas das diversas categorias, sobre um objeto também parcial (...) superar a prática arraigada da compreensão e das respostas dos sofrimentos, centrados exclusivamente na dimensão biológica, relocando o direito de falas, ampliando a sensibilidade para a escuta e o leque das interpretações, numa perspectiva de interação, cada vez mais humana entre profissionais e usuários.”

Assim, questiono: será que os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) entendem o que é acolhimento? O acolhimento é responsabilidade de quem? Acolhimento é triagem ou passagem para a consulta médica? Os profissionais de saúde exercem o seu papel de forma que o modo de produção em saúde possa ser modificado? Os profissionais de saúde foram capacitados para o acolhimento?

Diante dessa compreensão, o presente estudo tem como objetivo discutir e analisar o acolhimento como ferramenta para a humanização do atendimento aos usuários e enquanto prática inclusiva de saúde bem como sua relação entre a equipe de saúde e o usuário enfocando o papel da equipe de enfermagem neste processo.

2 OBJETIVO GERAL

- Apresentar mediante a literatura as diversas concepções sobre acolhimento e o seu papel na atenção primária.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Enfatizar o papel da equipe de saúde da família quanto ao processo do acolhimento;
- Enfatizar a importância de uma equipe multiprofissional na realização do acolhimento e da inclusão do profissional médico neste contexto;
- Enfocar o papel da equipe de enfermagem no acolhimento;
- Apresentar a necessidade de mudança no processo de trabalho nas unidades com a implantação do acolhimento;
- Ressaltar a capacitação permanente para os profissionais que realizam acolhimento em prol da melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário.

3 JUSTIFICATIVA

O Centro de Saúde em que eu trabalho é Olavo Albino Correia, e está localizado na regional nordeste de Belo Horizonte. A Unidade surgiu em 25/08/2003 e possui três equipes de Saúde da Família, composta por um médico (a), uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS's. Além de contar com o apoio de um médico clínico, 01 ginecologista e 01 pediatra. Possui também 01 equipe de Saúde Bucal, e a equipe de Zoonoses.

O acolhimento é diário, possui horário pré-definido, realizado pela parte da manhã, pelas enfermeiras junto com as auxiliares de enfermagem e as pessoas que chegam fora desse horário já estabelecido, são acolhidas pelas auxiliares de enfermagem da recepção. Se for um caso que precisa ser resolvido no dia é classificado como “agudo” e desta forma, é atendido pelo médico ou enfermeiro de acordo com a complexidade de cada caso. Se não for classificado como agudo, é orientado a voltar no outro dia no horário do acolhimento da sua equipe.

O tempo todo nesta unidade reforça-se para os usuários que o acolhimento tem horário pré-estabelecido e que a possibilidade dele conseguir passar na consulta médica está no acolhimento. Desta forma, fica explícito que há um desconhecimento por parte dos profissionais sobre o que vem ser acolhimento e um despreparo dos mesmos na realização deste e que há também uma desorganização no processo de trabalho da unidade relacionado com a organização da sua demanda espontânea.

Sendo assim, faz-se necessário trabalhar com os trabalhadores de saúde desta unidade, o conceito de acolhimento tendo como fundamento o discurso oficial do Ministério da Saúde.

Assim, contrapondo-se ao que é vivenciado por mim na prática, Brasil (2006) relata que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferencia de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Além disso, desde a implantação do acolhimento nas unidades em Belo Horizonte, percebe-se que a equipe de enfermagem foi o único grupo que incorporou esta proposta e que vem ao longo do tempo executando este papel sem o envolvimento de outros atores, principalmente do profissional médico. Este fato gera sobrecarga e insatisfação no restante da equipe e isso contribui para uma prática tradicional centrada na dimensão biológica, com uma escuta voltada para a queixa sem considerar os medos, as expectativas dos usuários deixando assim de ser pautada na integralidade e na resolutividade.

Isso deveria ser repensado, pois entendendo que o acolhimento se constitui em uma prática da Equipe Saúde da Família (ESF), seria adequado que todos os profissionais da ESF o realizassem. O acolher embora incorpore a dimensão clínica, não se restringe a ela. Nesse sentido, a inserção do profissional médico nessa atividade não deve limitar-se à retaguarda (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Neste contexto, a insatisfação, assim como a falta de vontade, o despreparo, e o pouco conhecimento dos profissionais sobre o acolhimento muito contribuem para essa problemática.

Acredito que a equipe de saúde da família ao conhecer melhor o que vem ser o acolhimento, o seu papel, a maneira como deve ser realizado, entender o papel da equipe neste processo, será possível pensar maneiras de melhorar esse acolhimento e planejar ações condizentes com sua realidade. Seria possível, desta forma, melhorar a atuação da equipe propiciando maior acesso, atendimento humanizado e de qualidade aos usuários de sua responsabilidade.

E para o sucesso desta proposta, não podemos deixar de ressaltar que a capacitação permanente desses profissionais também se faz necessário.

Assim, este estudo pode contribuir com a reflexão da Equipe Saúde da Família sobre o papel do acolhimento enquanto prática para aumentar o acesso do usuário aos serviços de saúde, da relevância do atendimento humanizado, de uma escuta qualificada, com ética e sem pressa e com condutas responsáveis. Proporcionando, portanto, ao usuário um atendimento de melhor qualidade além de colaborar também com a produção de pesquisas nesta área.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa acerca de temas voltados para a reflexão do processo do acolhimento objetivando subsidiar a elaboração de critérios para a melhoria da assistência em uma unidade de saúde do município de Belo Horizonte.

Vergara (2007, p. 48) conceitua pesquisa bibliográfica como “o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma”.

Para elaboração desta pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico acerca do assunto nas bases de dados LILACS, Medline e Scielo, utilizando-se os seguintes descritores válidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/BIREME): acolhimento, programa saúde da família, equipe de enfermagem, comunicação e humanização. Utilizou-se a literatura publicada entre os anos de 1996 a 2009.

Após, realizou-se a leitura analítica dos artigos encontrados no levantamento bibliográfico, com posterior marcação dos pontos chave, ordenando-os à medida que surgiam nos textos. A partir daí procedeu-se a análise crítico-interpretativa levando em conta as idéias desenvolvidas pelos diversos autores. Enfim foram tecidas as conclusões referentes ao estudo e as reflexões sobre a prática do acolhimento em um Centro de Saúde do Município de Belo Horizonte.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1988 foi assegurado na Constituição Federal nos artigos 196 e 198 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, dando acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Estabeleceram-se como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS):

a descentralização, o atendimento integral e a participação social, sendo que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem este sistema (Brasil, 1988).

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1999).

Esta estratégia (PSF) é pautada no paradigma da Vigilância à Saúde e propõe mudanças no campo da saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Tal característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local (NUNES *et al*, 2002).

O objetivo da Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, curativista e hospitalocêntrico. Desta forma, essa estratégia amplia a compreensão do processo saúde-doença propiciando intervenções que vão além de práticas curativas, isto é, suas ações estão centradas na família, entendida e percebida, a partir do seu ambiente físico e social (BRASIL, 2001).

Dentro deste contexto, a prática da saúde passa de uma visão hospitalocêntrica para uma visão mais humanizada, vendo o indivíduo como um todo, de forma integral.

Neste período passa a vigorar um modelo voltado para a vigilância em saúde buscando um atendimento humanizado e integral consolidando assim os princípios e diretrizes da Constituição Brasileira e do SUS.

Segundo Teixeira *et al.* (1998), o modelo de vigilância à saúde tem como objetivo instituir um novo modo de relação com a população sob responsabilidade dos serviços de saúde, em que não só os indivíduos devem ser vistos em sua integralidade, mas também o atendimento deve ser pautado no acolhimento e no respeito pelo outro, além disso, a vigilância à saúde pode ser entendida como:

...”uma determinação social do processo saúde-doença, reconhecendo a importância das condições de vida sobre as condições de saúde da população, indo buscar na promoção estratégias de intervenção na realidade e tem como características: intervenção sobre os problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo; operacionalização do conceito de risco; articulação entre as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; atuação intersetorial e ações sobre o território” (TEIXEIRA *et al.*, 1998, p.18) .

Mendes (1996) reafirma que a vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde. Para tal, estratégias de intervenção individual e coletiva devem se articular e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial.

A construção desse modelo assistencial alternativo, cujo PSF constitui-se em eixo central:

... é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do Sistema Único de saúde. Nesta perspectiva, a proposta de organização das práticas de saúde voltadas à família pressupõem a eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social... (CORDEIRO, H. 1996, p.10).

A proposta / estratégia PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, equipe multiprofissional, além de educação em saúde e ações intersetoriais (BRASIL, 2001).

Souza *et al.* (2000) complementa que a estratégia PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde ao assumir o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades,

identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Afirma ainda que o PSF propõe humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

Nesta perspectiva a efetiva implantação dessa estratégia vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromissos e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

5.2 MODELO MÉDICO CENTRADO E O MODELO USUÁRIO- CENTRADO

Segundo Silveira (2003, p.22) na construção do processo de acolhimento, enfrenta-se o desafio da mudança do modelo centrado na figura do médico e na queixa-conduta, sustentado no enfoque biológico, curativo, individual, para construir o enfoque sustentado na produção social da saúde e na prática interdisciplinar e intersetorial.

Neste novo modelo, o usuário seria visto como um todo e seu atendimento não seria focado na doença. Além disso, outros profissionais, além do médico, também contribuiriam com seus conhecimentos na resolução dos problemas do usuário visando assim à integralidade da assistência.

Partindo dessa premissa torna-se necessário eliminar toda a relação constituída, desde nossos primórdios, de que os profissionais detêm o poder de prescrever ao outro como proceder, baseado no saber técnico.

Reis *et al* (2007) demonstram isso em seu estudo, onde relatam que os profissionais de saúde têm sempre muito a dizer: tome isso, não tome isso, faça assim, não faça assim, mas bom seria se tivessem mais a ouvir, pois assim abrir-se-iam possibilidades de descobrir novas necessidades e a interação com os usuários poderia pautar-se na escuta, e não apenas em prescrições.

Porém para mudar esta concepção, o trabalhador de saúde precisa desenvolver esse processo de escuta, para assim, ofertar um serviço mais resolutivo e de qualidade, abandonando as respostas prévias e identificando as reais necessidades do paciente (REIS *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde (2006) retrata isso muito bem ao dizer que os profissionais de saúde devem realizar uma escuta qualificada aos usuários, ou seja, ouvir suas demandas e se responsabilizar em dar uma resposta adequada a elas, além de realizar encaminhamentos quando necessários.

Em síntese, há muito que se trabalhar em prol de qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e a resolutividade da assistência contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, usuário-centrado.

5.3 O ACOLHIMENTO E SUAS CONCEPÇÕES: HUMANIZAÇÃO, ESCUTA E VÍNCULO

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, chamada Humaniza SUS, foi desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer na prática suas diretrizes. Essa política foi uma resposta às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (BRASIL, 2006).

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH e tem tornado sua face mais visível, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Ferreira (1999), a palavra acolhimento significa: o ato ou efeito de acolher, recepção; atenção, consideração; refúgio, abrigo, agasalho; atender, receber; dar crédito a, dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; hospedar-se; amparar-se.

Brasil (2004) define acolhimento como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo assim que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Para Silva e Alves (2008) o acolhimento é uma medida para implementar a humanização na assistência à saúde. E em conformidade com esses autores, SOLLA (2005) relata que o acolhimento significa a humanização do atendimento, pressupondo a garantia de acesso à saúde a todos, propiciando a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe uma resposta positiva e responsabilizando-se pela solução do seu problema. Isso favorece também o vínculo com os usuários.

Franco *et al.* (1999) reforçam isso ao dizer que a responsabilização e a ação resolutiva, só são possíveis quando se acolhe e vincula os usuários. E que mediante isso é necessário que o projeto do acolhimento e conseqüentemente, a produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe de saúde.

Nery (2006) informa ainda que a relação do acolhimento no atendimento em saúde ultrapassa o simples “bom dia” ou o chamar pelo nome, envolve também ações que

possibilitam atender as necessidades e resolver, por meio da escuta, os problemas apresentados pelo usuário no dia-a-dia, desencadeando assim uma relação humanizada.

Sobre esse assunto, Beck e Minuzi (2008) relatam que o acolhimento enquanto instrumento para a humanização da assistência à saúde possibilita também intervir nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários e no próprio processo de trabalho, na tentativa de transformar os serviços em espaços resolutivos de construção de sujeitos valorizados, autônomos e criativos.

Segundo os documentos do Ministério da Saúde (2006), é importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário.

Pereira (2002) enfatiza que acolher não significa simplesmente satisfazer a pessoa atendida, mas buscar a resolutividade e realizar encaminhamentos a fim de promover a reabilitação da saúde da mesma. Silva e Alves (2008) complementam que caso a satisfação não seja possível, o profissional deve realizar encaminhamentos dentro das especialidades da rede assistencial a fim de atender a todos com responsabilidade.

Em suma, Silva e Alves (2008) concluem que o acolhimento como estratégia para o processo de produção de saúde implica no protagonismo dos sujeitos. Para tal é necessária a intervenção de toda equipe multiprofissional que é encarregada da escuta e resolução dos problemas, elaboração de planos terapêuticos individuais e coletivos, garantia da equipe aos seus profissionais quanto às dificuldades na acolhida à demanda da população e implica também numa postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades trazidas pelo usuário. Dentro deste contexto, destacam que o acolhimento não atua como ação pontual, mas sim como um processo que une inúmeras ações que pressupõem um encontro do sujeito profissional com o sujeito demandante de forma humanizada e resolutiva.

Na busca de produzir o cuidado em saúde faz-se necessário incorporar novos instrumentos a nossa prática sendo que a tecnologia leve deve estar presente no cotidiano da produção dos serviços de saúde.

Merhy (2002) ao analisar o processo de trabalho em saúde e suas dimensões tecnológicas discrimina as categorias em :

- tecnologia leve: são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização;
- tecnologia leve-dura: seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros;
- tecnologia dura: seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos.

Neste sentido, o acolhimento apresenta-se como uma tecnologia leve que deve ser utilizada em prol da implantação de novas práticas de saúde em todos os serviços de saúde.

5.4 ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do processo de trabalho é componente vital para a realização do acolhimento, devendo organizar-se para o trabalho na comunidade e na própria unidade (NERY *et al.*, 2009).

O acolhimento pode então ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e também como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais, especialmente na Atenção Primária conforme Scholze *et al.*, (2006).

Visando uma melhor atenção à realidade do paciente, e pautando-se no modelo onde o paciente é o foco central, ser biopsicossocial e não apenas biológico. Franco, Bueno e Merhy (1999, p.347) propõem que o acolhimento nos serviços de saúde seja organizado partindo dos seguintes princípios:

1- atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde garantindo a acessibilidade universal;

2- reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento - que se encarrega da escuta qualificada do usuário, comprometendo-se em resolver seu problema de saúde; e

3-qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento desde a sua implantação até hoje deve ser entendido e praticado como conteúdo, como um momento tecnológico importante que pode imprimir qualidade nos serviços de saúde. Lima (2000 p.8) referencia que o acolhimento como estratégia de reorganização do processo de trabalho visa:

- ampliar o acesso do usuário aos serviços e humanização do atendimento;
- avançar na qualidade do atendimento prestado através da responsabilização pelo usuário e da criação de vínculos entre as partes;
- induzir o trabalho multiprofissional e o intercambio de saberes específicos, com o objetivo de atender às necessidades dos usuários e possibilitar aos trabalhadores ampliare o leque de intervenções individuais e coletivas.

Assim, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando demandas dos usuários e replanejando o atendimento dos mesmos. Isso possibilita a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (BECK e MINUZI, 2008).

Malta e Merhy (2004) relatam que através da reorganização do processo de trabalho é possível uma melhor utilização dos recursos da Unidade de Saúde, qualificando o trabalho dos profissionais, integrando-os na assistência e resgatando o trabalho multiprofissional. Essa mudança na organização do processo de trabalho pode possibilitar a ampliação de espaços democráticos de discussão, de decisão, de escuta e de trocas na ESF, desencadeando um intenso movimento de forças criativas e propostas inovadoras.

Porém, provocar reformas no modo de se produzir e ofertar saúde não é tarefa fácil, pois perpassa pela forma como pensam os profissionais, bem como esses se organizam e se inserem no ambiente de trabalho. Conseqüentemente estes posicionamentos trazem reflexos para a prática cotidiana.

Assim, o acolhimento é um processo que evidencia os ruídos do cotidiano do Centro de Saúde e as falhas da organização no serviço, uma vez que explicita as limitações deste, demonstra a desorganização do processo de trabalho e as dificuldades de acessibilidade dos usuários a este serviço (GOMES, 2005; SILVEIRA, 2003 apud TONIN *et al.*, 2006, p.12).

Malta *et al.* (2000) demonstram isso em um dos seus estudos realizado com os gerentes da rede municipal de Belo Horizonte em 1997, onde o mesmo relata que com a implantação do acolhimento surgiram alguns conflitos entre as categorias profissionais, como por exemplo, entre as auxiliares de enfermagem, que tiveram seu processo de trabalho alterado, com um aumento no número de atividades, com novas funções na equipe, inclusive mais qualificadas levando à maior valorização deste profissional.

Informa que ocorreu também mudança significativa no trabalho das enfermeiras e médicos onde as mesmas passaram a ter necessidade de realizar revisão de conteúdos técnicos e maior atividade laboral, e já os médicos, passaram a atender mais casos agudos que necessitavam do seu saber, ficando mesmo na retaguarda.

O desempenho do processo de trabalho deve estar relacionado à existência de profissionais que têm claro em suas mentes o papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos

efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de trocas e confiança (GOMES e PINHEIRO, 2005).

5.5 ACOLHIMENTO E O PAPEL DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA – (NECESSIDADE DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS)

Segundo Malta *et al.* (2000) o acolhimento é uma estratégia para mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. A equipe de saúde que o desenvolve deve utilizar-se de todo seu conhecimento técnico-científico para prestar um atendimento de qualidade. Este processo deve estimular o resgate desse conhecimento por parte de todos os profissionais da equipe, a fim de ampliar suas intervenções, propiciando aos indivíduos um bem-estar em saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada.

O acolhimento denota a postura dos trabalhadores de saúde da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário e um maior ou menor comprometimento com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação funcionário–usuário (RAMOS e LIMA, 2003).

A esse respeito, Matumoto (1998) afirma que assumir uma postura mais solidária e respeitosa para com o outro e valorizar o ser humano, são elementos importantes na prática do acolhimento, e que apesar do benefício que pode trazer para o atendimento em saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida do usuário, ainda é pouco utilizado, em algumas instituições, por alguns trabalhadores.

Beck e Minuzi (2008) complementam que o modo como o usuário é acolhido tende a fortalecer a relação entre trabalhador e usuário, evidenciando a necessidade do preparo dos trabalhadores para lidar com a população assistida, independente da instituição de saúde, na busca da otimização dos serviços.

Realizar o acolhimento não é tarefa fácil. Faz-se necessário que o profissional desenvolva habilidades como saber atender, responder, personalizar, envolver, compreender, orientar e agir (CAMELO *et al.*, 2000).

A prática em saúde é dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais. Sendo assim, trabalhadores e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A possibilidade de escuta depende dos sentimentos e afetos mobilizados, tanto pelo usuário no trabalhador, como pelo trabalhador no usuário (BRASIL, 2005).

Portanto, no processo do acolhimento é muito importante que tanto o profissional quanto o usuário estabeleçam uma relação de vínculo e confiança mútua em prol de juntos buscarem soluções para suas necessidades.

Isso pode ser claramente observado em Camelo *et al.* (2000, p.36) quando afirma que “o compromisso profissional e os direitos dos usuários são faces complementares e interdependentes no processo de melhoria da qualidade do atendimento”. Por outro lado os indivíduos só assumem uma postura ativa a partir do momento que se entendem como sujeitos no processo portadores de direitos e com potencial para contribuir (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Corroborando com esta idéia, Camelo *et al.* (2000, p.36) descreve o papel de cada um nessa relação:

“A construção de uma relação de ajuda entre profissional e o cliente depende de ambos. O profissional deve saber administrar a situação, apresentando comportamentos de acolhida, verbais e não- verbais. O usuário deve demonstrar disponibilidade interna e envolvimento durante o relacionamento, participando da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de seus desejos e necessidades.”

A unidade saúde da família é produtora de serviços de saúde e não é constituída por apenas um trabalhador, mas por uma equipe que produz intervenções necessárias na oferta de cuidados à saúde junto aos usuários, família e comunidade. Desta forma, o trabalho coletivo deve se sustentar num conhecimento que inclui as determinações biopsicossociais de saúde-doença, passando a assistência à saúde a ter característica de trabalho coletivo e complexo onde a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são elementos necessários no seu desenvolvimento (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

Desta forma, considerando o acolhimento como um instrumento de maior aproximação e conhecimento da comunidade, conhecendo de perto seus problemas, seus medos, suas angústias, é de extrema importância que o mesmo seja realizado por toda a equipe responsável pela área a qual esta adscrita.

Pereira (2002) ressalta isso, ao dizer que o acolhimento não deve ser realizado por um único profissional ou por um trabalhador de uma categoria específica. Ele deve ser realizado por toda a equipe de saúde, onde cada membro desta tenha uma postura acolhedora na relação com a população e se responsabilize por ela.

A respeito da fala apresentada acima, observo durante a minha vivência que o acolhimento é assumido somente pela equipe de enfermagem, ficando o médico na

retaguarda não se responsabilizando pelo mesmo. Contribuindo assim para a fragmentação da atenção ao usuário e a não criação de vínculo com a comunidade.

Segundo Franco *et al.* (1999) a responsabilização clínico/sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula os usuários. Portanto, é necessário que o projeto do acolhimento e conseqüentemente, a produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe daquele lócus de trabalho, a fim de que se concretize o trabalho vivo em ato.

Dentro desta ótica, Schimith e Lima (2004) complementam que a atividade de acolhimento deve sim ser responsabilidade de toda equipe e que o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo o campo e o núcleo de competência de cada um, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários.

Malta *et al.* (2000) enfatizam que o acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, e propõe uma mudança no fluxo de entrada, de forma não mais ocorrer de forma unidirecional (todos para a consulta médica), ao contrário, o fazer em saúde passa a ser o resultado da complementação de saberes onde toda a equipe participa da assistência direta ao usuário.

Esta equipe multiprofissional faz-se necessária, pois ao acolher o usuário, muitas das vezes este apresenta diversas demandas, as quais, podem ultrapassar o conhecimento do profissional que o realiza, deixando assim, a desejar a integralidade do cuidado.

Partindo desse ponto, percebe-se a necessidade de qualificar e capacitar à equipe multiprofissional para que seja implementado, de forma eficaz e eficiente, o processo de acolhimento nos serviços de saúde.

Assim como o SUS está em construção, o processo de acolhimento também está se desenvolvendo, por isso a dedicação de cada profissional, a valorização do trabalho em equipe e a capacitação de todos é imprescindível para a implementação dessa proposta, fazendo com que esta alcance seus objetivos e resultados satisfatórios (SILVA e ALVES, 2008).

6 CONCLUSÕES SOBRE A REVISÃO

O acolhimento é uma ferramenta produtora de mudanças trazendo para o foco o atendimento humanizado voltado para as reais necessidades do usuário, a qualificação da relação entre trabalhadores de saúde e a comunidade e a organização do processo de trabalho deslocando da exclusividade do saber médico.

Além disso, o acolhimento é uma estratégia que busca garantir o efetivo acesso da população aos serviços de saúde de forma resolutiva garantindo uma assistência acolhedora, uma escuta qualificada e responsabilização de toda a equipe na busca de soluções para as demandas dos usuários.

Assim, o acolhimento favorece a criação e fortalecimento do vínculo entre os usuários e a equipe de saúde, pois através da escuta qualificada, da corresponsabilização com suas necessidades, o mesmo se sente acolhido e conseqüentemente surgem-se aí laços de confiança, respeito, e mutualidade.

O acolhimento pode ser também compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais, possibilitando a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários.

Desta forma, o acolhimento reorganiza o trabalho em saúde visando à descentralização da assistência para uma equipe multiprofissional potencializando assim o conhecimento de outros profissionais não médicos.

É importante salientar que o acolhimento não deve ter hora marcada ou local definido, nem deve ser realizado por um determinado profissional, também não deve ser confundido como agendamento de consulta ou triagem para consulta médica. Ao contrário, deve ser realizado em todos os locais que ofertam serviços de saúde e por todos os profissionais em prol de um atendimento de qualidade exercendo os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Para que o acolhimento se constitua como um novo modo de se produzir cuidado e de gestão na saúde faz-se necessário também a capacitação dos profissionais que o realizam com a criação de espaços de discussão e reflexão sobre como aprimorar sua atuação no acolhimento, esclarecer as dúvidas e dificuldades encontradas na realização do mesmo.

Enfim, a importância da educação permanente fica explícita neste processo como forma de transformar a prática profissional e a organização do trabalho a partir da experiência de cada um.

7 REFLEXÕES SOBRE A TEORIA X A PRÁTICA

7.1 ACOLHIMENTO E O CENTRO DE SAÚDE OLAVO ALBINO CORREA

Observamos na nossa prática, que apesar dos avanços, em prol do atendimento humanizado, da garantia do acesso aos serviços de saúde, o modelo assistencial continua sendo predominante o médico-centrado, baseado na queixa-conduta, estando voltado para a chamada “demanda espontânea”. Percebemos isso claramente quando realizamos as seguintes perguntas no acolhimento: hoje, em que posso te ajudar? Hoje o Senhor veio aqui por quê? A organização da oferta de serviços da unidade é feita em resposta à demanda espontânea, dificultando o processo de trabalho, e impedindo que se faça efetivamente a prevenção e promoção da saúde. Desta forma, percebo que se faz necessário pensar em novas formas de organização do atendimento da demanda espontânea na unidade, através da criação de outras portas de entrada, outros direcionamentos. Isto significa que redirecionando o atendimento para outros tipos de propostas terapêuticas, que não sejam só consulta médica, mas também para as consultas de enfermagem, para os grupos programáticos, visitas domiciliares entre outros.

Como descreve a literatura, acolhimento é sinônimo de atenção, respeito, compreensão, doação, compromisso e responsabilização e deve ser realizado em todos os momentos de encontro entre trabalhador de saúde e usuário. Não deve ter dia, local ou hora marcada e nem ser confundido como triagem ou agendamento de consulta médica. Porém, na nossa unidade, na prática o que ocorre é bem diferente. O acolhimento possui hora e dia definido e muito se correlaciona como atendimento de agudo, triagem para consulta médica ou para agendamento de consulta. Assim, faz-se necessário rever a concepção de acolhimento que os profissionais têm e sobre o que diz a literatura, o Ministério da Saúde sobre o tema, de forma a refletir sobre a prática realizada e buscar alterações e sugestões de melhoria em prol da prestação de um atendimento de qualidade.

Além de trabalharmos com os profissionais sobre o conceito de acolhimento e sua aplicabilidade na Atenção Primária, é necessário trabalhar também com a comunidade assistida. A população desconhece o que vem ser Programa Saúde da Família, acolhimento e os seus papéis e confunde muito o acolhimento como possibilidade de passar na consulta médica, ou seja, como triagem e continua muito presa a cultura medicamentalista, médico-centrada.

Esse fato dificulta, e muito, o nosso trabalho em prol da promoção e prevenção da saúde. Os usuários desconhecem as propostas do programa saúde da família e não se interessam com a promoção da saúde. A maioria deles quer resolver o seu problema do momento, são muito imediatistas. Mediante isso faz-se necessário prover a informação e divulgação aos usuários através de abordagens coletivas na recepção, nos grupos operativos entre outros locais, esclarecimentos sobre o que vem ser o programa saúde da família, acolhimento, os seus papéis, o funcionamento do Centro de Saúde entre outros temas relevantes. Além da criação de estratégias de corresponsabilização do usuário no auto-cuidado contribuindo para o aumento do seu grau de autonomia.

A literatura traz outro ponto importante sobre o acolhimento: que o mesmo deve ser realizado por toda equipe de saúde. E que é muito importante, que toda ela se responsabilize e se comprometa a procurar alternativas e/ou soluções para as demandas trazidas pelos usuários de sua área de abrangência. Porém na prática o que ocorre é bem diferente. Muitas das vezes, é a equipe de enfermagem, principalmente os enfermeiros, que assume este papel ficando o médico muito restrito à consulta médica, participando do processo do acolhimento apenas na retaguarda. Porém muitas vezes a grande insatisfação dos profissionais que realizam o acolhimento é a falta desta retaguarda dos profissionais médicos e a falta de responsabilização e do vínculo desses e de demais profissionais com a comunidade.

Para ajudar nesse processo faz-se necessário que o processo de trabalho seja discutido entre os membros da equipe, definindo-se o campo de competência de cada profissional e que haja negociação permanente dos conflitos existentes na convivência diária e o esclarecimento das dúvidas e das dificuldades encontradas na realização do acolhimento. Em prol de juntos buscarmos soluções adequadas e diminuirmos o stress e a tensão no cotidiano da realização do mesmo.

Portanto, a educação permanente em saúde deve-se fazer presente visando que os profissionais a partir da experiência de cada um, busquem soluções e busquem também transformar a sua prática em prol de prestar um atendimento resolutivo e acolhedor.

A capacitação dos profissionais é outro fator de grande relevância. Na unidade, alguns profissionais não se comprometem com o acolhimento por julgarem que não são capacitados para isto e desta forma continuam a repercutir a cultura de encaminhar todos os pacientes para consulta médica ao invés de utilizar todo o seu conhecimento e caso necessário realizar os encaminhamentos cabíveis. Isso gera insatisfação e sobrecarga de

trabalho para alguns profissionais como já foi dito anteriormente. Para melhorar isso, a equipe deve ter um planejamento claro, com definição de papéis e responsabilização de todos os seus integrantes além de uma contínua avaliação das ações realizadas e permanente qualificação dos profissionais.

Assim, dentro deste contexto, alguns estudos relatam que a construção de um protocolo, a ser utilizado pela equipe do acolhimento contendo as condutas padronizadas para cada caso e a discussão dos casos na equipe poderia ajudar muito. A exemplo disso, a Prefeitura de Belo Horizonte disponibiliza de um protocolo de classificação de risco a ser utilizado no acolhimento nas unidades básicas de saúde. Desta maneira, para utilização deste no acolhimento seria necessária uma discussão do mesmo com toda a equipe que participa deste processo e uma padronização das condutas a ser tomadas para cada caso evitando assim divergências de condutas e facilitando o serviço de todos.

Faz-se necessário também a participação e atuação do gerente da Unidade Saúde da Família (USF) visando a estimular o trabalho em equipe e que o mesmo viabilize espaços formais de discussão, planejamento e avaliação do trabalho realizado em busca de estratégias que venham melhorar e qualificar o atendimento em saúde.

A ESF precisa buscar ações que causem impacto nos problemas da população, ou seja, que alterem o quadro de saúde da população de sua área de abrangência. E isso significa buscar respostas reais, adequadas a sua realidade local. Uma das maneiras para isso seria a busca da articulação intersetorial. A ESF por si só não dá conta de atender a todas as demandas dos usuários, apenas uma pequena parcela é atendida. Seria muito importante estabelecer alianças com as escolas locais, creches, igrejas, organizações locais para juntos discutirmos possíveis estratégias/ ações a serem realizadas na comunidade visando uma melhor qualidade de vida da população.

Desta forma seria necessário repensar novas formas de realizar o acolhimento, ou seja, significa buscar estratégias que favoreçam o estabelecimento de uma assistência contínua e humanizada, com qualidade e responsabilidade, garantindo a todos o acesso aos serviços de saúde e uma visão integral no atendimento, voltado para as necessidades da pessoa em sua integralidade.

Logo, seriam necessários vários momentos de reflexões na unidade e diversas modificações no processo de trabalho para que o acolhimento se torne viável, com um atendimento integral e resolutivo.

Enfim, há muito que se trabalhar e melhorar no processo do acolhimento da unidade Olavo Albino Correia de forma que o atendimento seja baseado nos princípios do SUS e com vistas à efetivamente qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e resolutividade da assistência contribuindo assim para a concretização de um modelo humanizado e centrado nas necessidades dos usuários.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pautando-se na análise do acolhimento enquanto ferramenta para práticas inclusivas de saúde, percebe-se a importância da reorganização do processo de trabalho e do modo de ofertar saúde na unidade de saúde Olavo Albino Correia - Belo Horizonte/MG, passando principalmente pela interação do binômio usuário- profissional. Essa relação não deve ser tomada de forma simplista, devendo sim buscar através de um trabalho em equipe uma responsabilização do processo de cuidar, bem como o vínculo com o usuário. E para se alcançar tal meta, o acolhimento se apresenta como uma proposta relevante que gera mudanças no modelo de saúde médico – centrado, redirecionando o foco ao usuário, à prevenção e promoção de saúde.

Torna-se pertinente considerar a importância de aprimorar nos profissionais mudanças na forma de prestação de serviços, agregando ao seu cotidiano de trabalho a escuta, a responsabilização e a autonomização, propiciando uma nova visão da prestação de saúde.

Além disso, faz-se necessário também uma reflexão sobre a prática do acolhimento desenvolvido na unidade, tanto na concepção dos profissionais quanto na dos usuários. É de extrema importância que ambos entendam o que vem a ser o processo do acolhimento, como deve ser realizado e por quem. Entender que ele não se constitui em triagem para a consulta médica. E para que isso aconteça, é necessário que este tema seja trabalhado com esses atores de forma elucidar todo esse processo.

A realidade da assistência à saúde como já foi dito anteriormente é, ainda hoje, predominantemente focada no modelo médico-centrado, e muitos dos profissionais continuam a repercutir essa prática, mediante isso é imprescindível que se invista em sua formação e instrumentalização para que possam entender e trabalhar com esse "modo diferenciado de se fazer saúde".

Mediante isso um questionamento faz-se necessário: Como acolher os usuários em sua integralidade se a equipe de saúde ainda tem a doença como foco de trabalho? Não seria necessária uma reflexão do processo de trabalho e capacitação desses profissionais sobre o acolhimento?

A educação permanente também é outro fator de extrema importância para propiciar que a partir da experiência de cada um, sejam repensadas novas formas de se

trabalhar em saúde. Assim, dentro deste contexto é necessário que haja discussões e reflexões permanentes entre os integrantes da equipe, gerente e de toda a unidade para avaliar e reprocessar a forma como esta sendo realizado o acolhimento na unidade.

Sendo assim, todos devem se reunir em intervalos pré-estabelecidos ou de acordo com a necessidade, para discutir sobre o acolhimento reavaliando todo o processo inclusive as facilidades e dificuldades encontradas a fim de manter a coerência do serviço em relação ao contexto da comunidade por ela assistida, identificando as necessidades e potencialidades da equipe, reconhecendo as prioridades a serem trabalhadas, propondo assim as reais necessidades de mudanças no processo de acolhimento.

É relevante acrescentar que para reorganizar o serviço de saúde, faz-se necessário também organizar a sua demanda de forma a oferecer uma assistência de qualidade e que atenda suas necessidades. Porém, organizar a demanda espontânea é ainda um grande desafio para a equipe de saúde, pois os usuários ao chegarem à Unidade Básica de Saúde (UBS) trazem múltiplas necessidades e angústias que às vezes fogem da governabilidade da equipe. E uma estratégia para isso está na intersetorialidade.

A proposta do acolhimento necessita de ser condizente com o contexto da Unidade Básica de Saúde e da comunidade atendida além de contar com profissionais interessados, responsáveis e comprometidos com o serviço em prol de oferecer um serviço de qualidade e resolutivo. Para isso, faz-se necessário investir no estímulo e na capacitação desses profissionais.

Nesse cenário fomenta-se o papel da enfermagem como meio de alavancar o processo e consolidar-se como uma alternativa ao cuidar. É preciso um engajamento destes profissionais no sentido de serem mais que espectadores e tornarem-se sujeitos ativos, transmitindo maior confiabilidade e desenvolvendo uma atenção humanizada aos pacientes, buscando cada vez mais a autonomia de suas ações na prestação do cuidado. A partir de um processo de responsabilização que seja também adotado e interiorizado por toda a equipe, evitando assim que seja desenvolvida uma postura de visão e ação pontuais que propiciem o risco de desenvolver meios não humanizados de atenção à saúde, remetendo apenas ao foco da doença, sem uma visão holística que favoreça positivamente todo o processo de cuidar.

Os profissionais de enfermagem possuem uma formação que os capacita para um cuidado mais humanizado e holístico onde os mesmos buscam colher informações sobre o que esta acontecendo com o usuário, conhecer as suas necessidades de saúde e verificar se

estas podem ser resolvidas dentro do campo de suas atribuições, além de implementar intervenções que visem à promoção ou reabilitação da saúde do sujeito, desfocadas da queixa do mesmo, ou seja, em sua doença.

Ao longo dessa etapa, um fator diferencial provedor de mudanças e capaz de superar entraves nesse novo patamar de saúde, baseia-se na força de vontade de cada um, bem como o fortalecimento de relações interpessoais que preconizem a postura adequada, a transmissão de confiança e eliminem as dificuldades da construção de um novo modo de se trabalhar em saúde. Reorganizando, dessa forma, ações e serviços que possibilitem o acolhimento ser associado a uma humanização holística e não a um mero instrumento de agendamento de consultas ou triagem.

Enfim, o desafio que se coloca a todos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Olavo Albino é o de repensar a sua prática profissional, os seus valores e os seus ideais, questionar a ética e suas condutas, de forma superar as dificuldades e buscar maneiras novas e criativas capazes de beneficiar a saúde dos usuários além de incentivá-los a exercer o auto-cuidado e a cidadania, contribuindo assim para uma melhor assistência à saúde propiciando melhor qualidade de vida dos mesmos.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface Comun. Saúde. Educ** , 2001; 9:150-153.

BELO HORIZONTE, PREFEITURA MUNICIPAL. Avanços e Desafios da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. **Atenção Básica na Rede Municipal de Belo Horizonte – A atenção básica de Saúde em Belo Horizonte**: Recomendações para a organização local. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF (relatório preliminar)**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde , 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde , 2006.

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

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS**. Cad. Saúde da família, v. 1, p. 10-5, 1996.

FERREIRA, A. B. H. Novo **Dicionário Aurélio: dicionário de língua portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.3, p.143-151, jun., 2004

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

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, vol.9, n.17, p.1487-1494, mar./ago. 2005.

LIMA, L. A. S. **Acolhimento**: estratégia para transformação das práticas educativas na unidade básica de saúde. Belo Horizonte, 2000 p.2-p.8. Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem – Departamento Materno Infantil e Saúde Pública – Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública.

MALTA, D. C. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrado. In : Campos C R (Org). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.121-59.

MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez. 2000.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n.2, p.259-267, 2004.

MATUMOTO S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo. Editora Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Huctec, 2002.

NERY, S. R. **O Acolhimento no Cotidiano dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina- PR**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

NERY, S. R *et al.* Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família,Londrina. **Ciência & Saúde Coletiva**,14(Supl.1): 1411-1419, 2009.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.6, pp. 1639-1646. ISSN 0102-311X. Acesso em 19/10/2010

OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos. **Interface – Comunic., Saúde , Educ.**, São Carlos, SP, vol.12, n.27, p. 749-762, out./dez. 2008.

PEREIRA, R. P. A. **Acolhimento:** instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na sua relação com o usuário do serviço de saúde. 2002. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>>. Acesso em: 30 de abr. 2010.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, vol.11, n.23, p. 655-666, set./dez. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal **Saúde. Projeto acolhimento:** rotinas de fluxo assistencial versão preliminar. 2003. Disponível em: <<http://www.sp.gov.br/sms>>. Acesso em: 14 jan. 2006.

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

SCHOLZE, A. S. *et al.* A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez. 2006.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVEIRA, E. R. **Acolhimento: uma trilha em construção - a percepção de usuários e trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Saco Grande.** 2003. Monografia (Especialização multiprofissional em saúde da família). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em : http://www.pmf.sc.gov.br/saude/rede_docente/trabalhos_conclusao_saude_familia/2002_2003/Acolhimento_uma_trilha_em_construcao_a_percepcao_de_usuario.pdf Acesso em 30/04/2010.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, vol.5, n.4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, M. F. *et al.* **Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades.** Brasil. Divulgação em saúde para debate 2000; 21; 7-14

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe epidemiológico do SUS, nº 7, 1998.

TONIN, A. B. *et al.* **Acolhimento como processo de construção grupal de uma equipe de saúde: proposta de capacitação.** Monografia – Especialização Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 8. ed. São Paulo: Atlas 2007.