

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Viviana Fernandes dos Santos

FORMIGA / MINAS GERAIS

2013

Viviana Fernandes dos Santos

**O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Luiz Carlos Brant

FORMIGA / MINAS GERAIS

2013

Viviana Fernandes dos Santos

**O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Luiz Carlos Brant

Banca Examinadora

Prof. Luiz Carlos Brant – Orientador  
Prof<sup>a</sup>. Thaís Lacerda e Silva - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte: 13/04/2013

Dedico esse trabalho a minha família que me apoiou e compreendeu cada minuto de minha ausência. Ao Hilton pelo apoio, carinho e ajuda ao longo da minha caminhada. Sem esse apoio não poderia gozar da alegria de concretizar mais esse sonho. Muito obrigado, por tudo.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela minha vida, minha saúde;

A meus pais, exemplos de persistência e amor;

As minhas amigas do peito, pelo apoio e carinho;

A minha formação, Enfermagem, que tanto amo;

A Valquiria Márcia Cardoso de Faria, pela disponibilidade em ajudar em cada passo  
vivenciado;

Ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela oportunidade;

Aos colegas do curso, pela união e companheirismo;

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente,

Meu eterno agradecimento!

“O conhecimento dos valores de uma pessoa nos deveria permitir prever como ela se comportará em diversas situações experimentais e da vida real”.

Rokeach.

## RESUMO

A reorganização do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família representa um importante instrumento de humanização da atenção à saúde na medida em que possibilita ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. O presente estudo aborda a temática do acolhimento. Utiliza como metodologia a revisão bibliográfica em bancos de dados como biblioteca Virtual em Saúde, Bireme, Scielo e diversos textos informativos. Conclui-se que há necessidade de implantar o acolhimento nas unidades básicas de saúde visando a humanização da assistência. Acolher é fazer uma escuta eficiente, é oferecer cuidado, respeito e principalmente a resolubilidade dos problemas estabelecendo assim vínculo entre a equipe e os usuários. O Acolhimento é uma tecnologia leve em construção constante, com desafios e conflitos, e um longo caminho a ser percorrido para sua efetiva implantação nos serviços de saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família. Humanização. Processo de Trabalho.

## **ABSTRACT**

The reorganization of the work process of teams from the Family Health Strategy represents an important instrument of humanization of health care in that enables users of expanding access to health services. This study addresses the issue of acceptance within. Methodology to be used as a literature review on large databases such as the Virtual Health Library, BIREME, SciELO and many informative texts. It is concluded that there is need to deploy the basic units of the host aimed at humanizing health care. Is to host an effective listening is to provide care, respect and above the solvability of the problems thus establishing a link between staff and users. The Home technology despite being a lightweight construction is a constant, with challenges and conflicts, and a long way to go before its effective implementation in health services.

**KEY WORD:** Home. Family Health Strategy. Humanization, Labour Process.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	11
<b>3 OBJETIVO</b> .....	12
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
<b>5.1 O Sistema Único de Saúde</b> .....	14
<b>5.2 Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família</b> .....	16
<b>5.3 Processo de Trabalho em Saúde</b> .....	20
<b>5.4 Humanização do Atendimento</b> .....	23
<b>5.5 Acolhimento</b> .....	26
<b>5.6 Educação Permanente em Saúde</b> .....	31
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	38
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

No Dicionário da 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, 1999). 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, p.18,).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Humanização (PNH) – O HumanizaSUS, cuja proposta é assegurar a atenção integral a população e estratégias de ampliar a condição de direitos e cidadania à população. Dentre os objetivos do HumanizaSUS está a proposta do acolhimento como instrumento de transformação da forma de produzir e prestar serviços à população (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma diretriz da PNH e consiste em uma postura ética que implica na escuta das queixas e demandas dos usuários, no reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde/doença e na responsabilização pela resolução das questões demandadas.

O acolhimento é um modelo tecnoassistencial, um novo processo de trabalho para garantir ao usuário o direito ao acesso universal, sem exclusão social, com equidade, onde cada sujeito é entendido como único, diferente, dotado de desejo, de cultura e de voz, com necessidades diferenciadas; garantir também a integralidade, onde cada usuário deve receber um cuidado direcionado para todas as suas necessidades, tudo isso com uma dose de humanização e respeito ao usuário que procura os serviços de saúde. Essa nova proposta vem mudar a lógica da oferta de serviço de saúde. Sabe-se que o serviço de saúde, hoje, é direcionado para a queixa do usuário, para sua doença, e não para este usuário no seu contexto único, individual, pertencente a uma determinada família, morador de uma determinada comunidade, com seus próprios valores, ideais e conceitos de saúde.

O acolhimento pretende direcionar o cuidado para o usuário e não para a sua doença, vem ainda para mudar o foco da atenção, hoje centrada no médico, para o foco em uma equipe multiprofissional. Exige do profissional capacitação técnica, mudança na

abordagem ao usuário e mais comprometimento com o processo saúde/doença da população (SANTOS 2007).

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 evidenciando potencialidades e fragilidades, o presente estudo tem enfoque no acolhimento, em sua dimensão de reorganização do processo do trabalho em saúde.

A escolha do tema “Acolhimento” é relevante, pois se trata de estratégia para qualificar as ações oferecidas pelas equipes de saúde, sendo fundamental para a reorganização do processo de trabalho em saúde das Equipes de Saúde da Família.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Acolhimento surge como proposta aos problemas históricos referentes ao acesso dos serviços de saúde pública, que persistem mesmo com os avanços e conquistas no Sistema Único de Saúde (SUS) e com a criação da Estratégia em Saúde da Família (ESF). Problemas que decorrem do modo de organização dos serviços de saúde, em que o atendimento aos usuários é obtido por meio da marcação de consultas e com formação de filas, em que não há qualquer tipo de avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Modelo no qual a resolutividade e a eficácia deixam a desejar.

A prática do Acolhimento representa uma diretriz relevante do Ministério da Saúde. Para as equipes de saúde e constitui uma tecnologia fundamental na reorganização do processo de trabalho, pois possibilita a promoção de um serviço efetivo, além de viabilizar a resolutividade das ações desenvolvidas, ao passo que proporciona aos usuários uma resposta imediata à sua demanda no momento em que procuram o serviço de saúde.

Nesta perspectiva optou-se por trabalhar tal tema, devido sua importância como ferramenta no trabalho das equipes de saúde, na medida em que traz benefícios e satisfação aos profissionais e usuários, além de direcionar as atividades a serem desenvolvidas nas unidades de saúde.

### **3 OBJETIVO**

- Identificar na literatura especializada, o acolhimento como dispositivo de reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Primária.

#### **4 METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica. O levantamento da produção científica sobre o tema Acolhimento na Atenção Primária à Saúde foi realizado através de pesquisas na base de dados da biblioteca Virtual em Saúde, Bireme, Scielo e em diversos textos informativos publicados entre os anos de 1997 e 2011. Optou-se por utilizar este material devido acessibilidade para os profissionais da saúde.

Utilizaram-se, para a busca, as seguintes Palavras chave: Acolhimento, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Humanização, Processo do trabalho em Saúde, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde.

Procedeu-se, então, à análise do material, segundo as etapas: Leitura explorativa a fim de conhecer o material; Leitura seletiva a fim de selecionar o material; Leitura Analítica, momento de apreciação das informações, evidenciando-se os principais pontos abordados ao tema. Finalmente a leitura interpretativa que somada ao conhecimento teórico prático da autora propiciou a transcrição das idéias consideradas mais importantes para o estudo.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 O Sistema Único de Saúde

O SUS é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2001).

É a maior política de inclusão social do País, necessitando, para isso a efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde das populações.

É um sistema público, organizado e orientado no sentido do interesse coletivo, e todas as pessoas, independente de raça, crença, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito.

Surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. Nos anos 70 e 80, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante um movimento, o “movimento sanitário”, com o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. O movimento orientava-se pela idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo (BRASIL, 1997).

Na Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde e definidas as ações relativas ao mesmo sendo considerado de “relevância pública”, ou seja, é atribuído ao Poder Público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independente da execução direta do mesmo (BRASIL, 1988). Assim, com a Constituição de 1988, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público, num reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e o Estado o seu devedor, além, é obvio de uma responsabilidade própria do sujeito que também deve cuidar de sua própria saúde e contribuir para a saúde coletiva (BRASIL, 1988).

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em 1990 foram criadas Leis de regulamentação do SUS, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde:

- Lei 8080\90: regula as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país, ao fixar normas a serem cumpridas quando da elaboração da política de Recursos Humanos para o SUS, dispôs no seu art. 27 que ela será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo (BRASIL, 2001).
- Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990: estabelece normas sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, condiciona o recebimento de recursos da União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, a existência de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários (BRASIL, 2001).

Temos ainda as Portarias do Ministério da Saúde e as Deliberações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico-legal do Sistema.

Os serviços privados contratados de assistência à saúde participam de forma complementar ao sistema, segundo as diretrizes do SUS, a quem compete elaborar regras para regular as relações entre o sistema e esses serviços, tendo em vista a sua relevância pública.

Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido como único na Constituição um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de Saúde: da Regionalização e Hierarquização.

Princípios Doutrinários:

- Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito (BRASIL, 2001).
- Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2001).



- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001).

### Princípios Organizativos

Estes princípios tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática.

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo acaso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (BRASIL, 2001).
- **Descentralização:** descentralizar é redistribuir poder de responsabilidade entre níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos (BRASIL, 2001).
- **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 2001).

No processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e

condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

O SUS, que ainda tem muito a realizar, revela-se um grande instrumento de mudança na história da saúde pública do nosso país. É possível que com seu amadurecimento venhamos a ter um serviço de saúde digno, humano, eficaz e universal.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a Promoção do SUS é oportuna visto que seu processo de construção e de implantação nas várias esferas de gestão e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca uma mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

## **5.2 Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família**

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura. As ações de reabilitação são aquelas que vão contribuir para a redução de incapacidades e deficiências, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tais ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território.

Bem estruturada e organizada, a APS deve resolver os problemas de saúde mais comuns e freqüentes da população, reduzir os danos ou sofrimentos e contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas que residem em seu território de abrangência (BRASIL, 2009).

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre o sistema e usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a família, e não a doença.

Ao longo do tempo, os usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. A APS tem a capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, mas em algumas situações haverá a necessidade de referenciar seus usuários a outros serviços de saúde. Mesmo nesses momentos, a APS tem um importante papel ao desempenhar a função de coordenação do cuidado, que é entendido como a capacidade de responsabilizar-se pelo usuário (saber o que está acontecendo com ele) e apoiá-lo, mesmo quando este está sendo acompanhado em outros serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas, o Ministério da Saúde lançou em 1994, a Estratégia Saúde da Família, objetivando a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção, vislumbrando a incorporação de novos conceitos e práticas inovadoras, batizadas por diferentes tecnologias necessárias para responder às necessidades apresentadas nos espaços concretos, onde as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença. Para tanto, seria necessária uma mudança no foco da atenção, que passa a ser a família assistida no seu espaço social – área adscrita – com suas singularidades (SANTOS *et al.*, 2007).

O objetivo da Estratégia Saúde da Família é reorientar o processo de trabalho e as ações propostas pelo Sistema Único de Saúde, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade, bem como:

- \* reconhecer a saúde como direito de cidadania e resultante das condições de vida;
- \* estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- \* intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas;
- \* estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção de saúde;

\* prestar nas unidades de saúde e domicílios, assistência integral contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a estabelecer vínculo entre equipes e usuários (BRASIL, 2009).

Além disso, por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, a ESF vem ganhando espaço e relevância em todo o Brasil, tornando-se indiscutivelmente uma importante estratégia, não só para melhorar o acesso da população ao sistema de saúde como também proporcionar considerável melhora na qualidade do atendimento oferecido.

No entanto, sabe-se que essa nova forma de atenção a saúde precisa ser ajustada, pois se verifica a persistência de práticas tradicionais nas quais os usuários ainda ocupam posição passiva nos serviços de saúde. Dessa maneira, é necessário sensibilizar os profissionais de saúde e comunidade científica para a produção sobre esta temática, visto que a humanização está amplamente atrelada ao SUS (WENDHAUSEN, 2003).

É possível perceber que a Estratégia de Saúde da Família reforça a noção de Atenção Primária como espaço para a vigilância epidemiológica, prevenção de doenças e não para o exercício da clínica individual. Esta tradição brasileira de valorizar a função de saúde pública na Atenção Primária em detrimento da atenção clínica tem raízes históricas e, conforme Campos (1999) devem principalmente a influências do modelo de saúde norte americano, onde a atenção primária é essencialmente voltada para programas preventivos e de promoção da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família passou a ser, desde então, a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da APS, apostando no estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. Cada equipe da ESF, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, deve responder por uma população adscrita em torno de três mil usuários e objetiva organizar-se para trabalhar como o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família propõe um modelo assistencial que busca a incorporação da promoção da saúde com trabalho intersetorial, num envolvimento comunitário e uma lógica de responsabilização que possam contribuir para a melhoria da

qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas, tendo o indivíduo e a família como foco das ações.

### **5.3 Processo de Trabalho em Saúde**

A importância do processo de trabalho em saúde realizado em conjunto pelos membros das equipes de Saúde da Família é ressaltada, uma vez que deve se organizar para garantir o cumprimento dos princípios da integralidade, acessibilidade e universalidade de assistência.

Araújo; Rocha (2007, p. 6), explicam que:

“O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia a dia da equipe. Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. A mudança nas relações de trabalho não acontecerá de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das Unidades de Saúde da Família responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas”.

Reorganizar o processo de trabalho, de forma que desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta qualificada do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Desta forma, aumenta o potencial de ação das unidades de saúde, com a possibilidade de intervenção de toda equipe na assistência direta ao usuário.

Schimith; Lima (2004) menciona que o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com o usuário. Esta atividade deve ser responsabilidade de toda equipe.

Portanto, é fundamental, no serviço, momentos de reflexão sobre a organização, sobre as ações e resultados do processo de trabalho, e conseqüentemente na perspectiva de

transformação do saber e do fazer desses profissionais, ou seja, a educação permanente em saúde.

Para que o processo de trabalho seja efetivo é necessário que a equipe seja treinada, capacitada, valorizada, oferecido salários dignos, divisão de trabalho, organização, vínculo, comprometimento com a comunidade dentro da ética e acima de tudo, respeito. Alguns desses itens citados, quando não acontecem contribuem para um desarranjo no processo de trabalho, gerando um efeito cascata que potencializa principalmente uma insatisfação inicial do usuário ou da comunidade em geral, seguido de não resolubilidade da situação, além de diversas outras conseqüências e desdobramentos.

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; SANTOS FILHO, 2008).

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

Entendemos o trabalho em saúde como um modo de trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção; sendo assim, temos a construção de um espaço intercessor nos momentos assistenciais da produção de serviços de saúde entre usuários e trabalhadores, em que ambos vêm instituindo necessidades e modos de agir, num jogo de encontro e negociação de necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhos e equipes (MERHY, 1997).

Já um modelo assistencial produtor de saúde deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

Enfim, faz-se necessário a incorporação de tecnologias “leves” que são tecnologias de relações, ao novo processo de trabalho, apostando no diagnóstico sensível à subjetividade, às relações de afeto, aos códigos familiares, ao acolhimento, ao vínculo e a

ampliando a pauta técnica para a pauta ética, baseada na solidariedade, humanização e cidadania (FORTES, 2004).

#### **5.4 A Humanização do Atendimento**

O Estudo da humanização é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (CASATE; CÔRREA, 2005).

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana (FERREIRA, 2004). É um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (RIZZOTO, 2002).

O Ministério da Saúde (MS) propôs por meio do programa HumanizaSUS(2003), como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (CARVALHO *et al.*, 2008).

A Política Nacional de Humanização propõe uma nova forma de interação entre usuários e profissionais do sistema de saúde, qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2004).

Nos serviços que prestam Atenção Primária, o HumanizaSUS propõe elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão da clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (FORTES, 2004). Com o HumanizaSUS, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão

participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente dos trabalhadores. A gestão participativa é a ampliação dos espaços de escuta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde (FORTES, 2004).

A proposta do HumanizaSUS apresenta algumas diferenciações ao incorporar o conceito de humanização, além dos direitos dos usuários e do “cuidar do cuidador”, a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras. Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social (FORTES, 2004).

“Humanizar” as relações consequentemente “humanizadas” o processo de produção de serviços de saúde, significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. Reconhecê-los como sujeito significa comprometer-se com a satisfação de suas necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.

Nas palavras de Puccini; Cecílio (2004) é necessário que se criem “formas que materializem socialmente e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania”.

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. É tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano.

Falar na humanização da assistência em saúde coletiva implica em tornar os serviços mais resolutivos com qualidade, tornando as necessidades dos usuários, responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho.

A Atenção Primária tem um aspecto relevante a ser considerado: o de poder atuar coletivamente, ou seja, de conseguir atingir um grupo determinado de pessoas. Dessa forma, a atenção básica pode se apoiar num importante aliado no processo de humanização, pois tem acesso ao círculo de convivência do usuário.



A ESF, ao se constituir em uma política de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil propõe alavancar o SUS.

Um pilar essencial na construção do novo modelo de Atenção Primária em Saúde é a humanização que tem por objetivo contemplar, por meio do estabelecimento do vínculo entre profissionais\usuários\famílias a responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Assim, tomamos a Humanização como estratégia estruturante no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios, nesse mesmo processo.

## 5.5 Acolhimento

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde.

Solla (2005, p. 493-503) aponta que:

“O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária.”

Para o Ministério da Saúde, 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, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Assim, podemos o diferenciar de triagem, pois ele “não se constitui como uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e serviços de saúde” (BRASIL,2009).

A Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS afirma:

“O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética\estética\política da Política Nacional de Humanização do SUS (...). É uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços(...) É uma tecnologia do encontro(...).

Com a ação técnico-assistencial, o acolhimento possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, e pressupõe a mudança da relação profissional\usuário levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006).

A proposta do acolhimento é tida como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas a garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Tecnologia que se baseia na escuta de todos os problemas de saúde trazido pelos pacientes, com responsabilização por parte dos trabalhadores de saúde. Estas escutas e responsabilizações se fazem através da criação de vínculos e compromissos de projetos de intervenção.

O acolhimento vem qualificar o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, transformando-o num momento de generosidade, atenção e humanidade. Sabemos que a Atenção Primária é o primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde. Para o sucesso de todo o tratamento que será proposto para esse indivíduo, o primeiro contato é fundamental e deve ser feito da melhor maneira possível. Todo o usuário deve ser ouvido e acolhido para que o profissional possa ofertar a esse usuário a solução dos seus problemas, quer seja através do atendimento imediato, quer seja pelo agendamento ou mesmo pelo bom encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção dentro do sistema.

“É preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar” (SOUZA *et al.*, 2008). O que o serviço de saúde deve garantir, bem como os outros setores inter-relacionados, é o direito e a defesa da vida, ofertando serviços qualificados, profissionais capacitados e equipe humanizada, realmente empenhada em proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários. Para Ramos; Lima (2003), acesso, acolhimento, vínculo, e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

O acolhimento compreende e necessita mais do que a escuta; a resolução da demanda, ainda que seja pelo correto encaminhamento e\ou agendamento. O acolhimento, que se pressupõe é vínculo, resolubilidade e tem como objetivo resolver, na rede básica e nos demais níveis de assistência, o que é sua competência.

Malta (2000, p. 22) ressalta a importância de expandir as propostas de acolhimento na APS:

“A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos, não pode se resumir às unidades básicas, mas devem permear todo o sistema, modulando os demais tipos de assistência (especialidades, urgência, hospitais),

as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.”

Os objetivos do acolhimento seriam: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionamento como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. O acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

A conceituação do acolhimento passa, por uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde. Os Serviços de Saúde, ao contrário de outros serviços do mundo industrializado, têm como marca a necessidade de reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo na produção da saúde. Muda-se o objetivo de trabalho e faz surgir a necessidade de novas tecnologias em saúde, dentre elas o acolhimento.

O acolhimento é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de saúde e usuários. Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos no atendimento aos cidadãos, onde quer que ele esteja inserido: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades de serviço de saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento objetiva mudanças organizacionais que reorientam a lógica em que o trabalho se baseia, passando a se orientar por critérios de acesso procurando permitir que todos expressem seu sofrimento, além de proporcionar uma abordagem geral e holística do indivíduo por parte da equipe e construir uma intervenção interprofissional na assistência.

Identifica-se, então, como acolhimento a proposta de um modelo clínico\epidemiológico que atenda a necessidade de atendimento da demanda espontânea e imediata, bem como aos programas de saúde pública.

O acolhimento promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, com conseqüente organização da demanda espontânea e programada. Contudo, a implantação do acolhimento não é tarefa fácil, pois requer uma mudança organizacional dos serviços e uma quebra cultural das formas de acesso aos mesmos. Exige da equipe o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, para a instrumentalização dos profissionais e o estabelecimento de um novo processo de trabalho. Além disso, faz-se necessária a mobilização e participação popular em todas as etapas desta mudança.

Portanto, é imprescindível uma articulação entre gestor, equipe e conselho municipal de saúde, para que haja a consolidação de um serviço equânime, voltado para as necessidades da população (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006).

A participação popular vem garantir às comunidades a oportunidade de definirem, junto com a equipe de saúde, as ações a serem realizadas por eles, através dos conselhos de saúde e conferência municipal de saúde – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução destas em todos os níveis de governo, desde o federal até o local.

O acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre as equipes. Isto se dá porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do dever, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços da unidade de saúde (FRANCO *et al.*, 1999).

A postura acolhedora de cada profissional é primordial para que se estabeleça o acolhimento. A valorização do trabalho em equipe e a capacitação profissional (técnica e emocionalmente) são imprescindíveis. Os trabalhadores também têm que ser acolhidos, a organização do trabalho tem que favorecer relações saudáveis, promover diálogos, que possam esclarecer as dificuldades com o acolhimento do usuário. O processo de trabalho deve ser discutido entre os membros da equipe, definindo-se o campo de competência de cada profissional. É necessária a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos profissionais nos serviços.

Segundo FRANCO *et al.* (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantido 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, que significa diminuir as desigualdades além de possibilitar o replanejamento das ações a serem desenvolvidas e ampliação das atividades ofertadas pela unidade.

Através da perspectiva de trabalho interdisciplinar, a equipe de saúde vai ao encontro de FRANCO *et al.* (1999), que relata a prática do Acolhimento como transformadora do processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento” como central no atendimento aos usuários.

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.

O acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia do acesso a todas as pessoas, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Assim, o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolvendo efetivamente o problema do usuário (SOLLA, 2005).

## **5.6 Educação Permanente em Saúde**

Com o objetivo de articular a educação com o trabalho, o Ministério da saúde instituiu através da Portaria GM\MS N° 198 de 13\02\2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS; e a partir da Portaria GM\MS N° 1996 de 20\08\2007 dispôs as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com a Portaria N° 198\GM\MS:

“... a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004, p.8)”.

A Portaria GM\MS N° 1996, de 20 de agosto de 2007, complementa a Portaria GM\MS No 13\02\2004, ampliando sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, considerando a responsabilidade

constitucional do SUS de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico. Ela propõe que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

A introdução da Educação Permanente em Saúde é uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, na pós-graduação e na educação técnica a ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 1998).

Para melhorar as condições de trabalho, a educação permanente dos profissionais é de fundamental importância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, dentre eles o acolhimento nos Serviços de Saúde em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e\ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.

A Educação Permanente em Saúde constitui-se de transformações no trabalho para que venha a ser um lugar de atuação crítica e reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede escolar (CECCIM, 1998).

Segundo BACKES, citada por NIETSCHE, 2009 afirma que:

“A educação permanente refere-se a um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora. Portanto, a educação continuada nesta concepção possibilita o desenvolvimento do processo de acolhimento entendido como alternativa viável promotora de ações transformadoras em saúde, educação e enfermagem (NIETSCHE, 2009)”.

Para mudarmos e efetivarmos o acolhimento há necessidade de motivar os profissionais a refletir as suas práticas, através do estímulo e do investimento na educação permanente em saúde, uma vez que no cotidiano do serviço, nas práticas de trabalho, os saberes também são construídos e as práticas são repensadas e modificadas ao longo desse processo de aprendizagem-ação.

Assim, a incorporação da Educação Permanente em Saúde à política de saúde contribui para a mudança, a partir do desenvolvimento de práticas educativas que focam na resolução de problemas, em um processo de discussão com a equipe, sendo uma estratégia potente para a transformação da prática do acolhimento.

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 forma, é preciso qualificar os profissionais para direcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

A educação permanente em saúde é uma articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades da prática em saúde, que possibilita a atualização dos profissionais, permitindo a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho, facilitando a identificação de problemas e elaboração de estratégias para superação dos mesmos, necessários para o desenvolvimento da equipe no processo de acolhimento.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do estudo realizado constata-se que o acolhimento é uma tecnologia leve bastante complexa, sendo sua implantação um desafio para as equipes de Saúde da Família.

Vivenciamos ainda um modelo curativista no quais as equipes enfrentam dificuldades no objetivo de fortalecer o SUS. Efetivar tal objetivo significa um desafio para os profissionais da saúde, os quais ainda acreditam em um modelo hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, e não se encontram dispostos às mudanças favoráveis à população.

Essa desorganização resulta em baixa equidade e resolutividade no cuidado, além de provocar uma não adesão aos grupos operacionais e não aderência ao tratamento proposto. Nota-se que é grande o número de usuários descontentes e insatisfeitos, e é grande a sobrecarga de trabalho dos profissionais que acabam por ficar desgastados, angustiados e desmotivados.

Uma forma de resolver essa questão seria através da organização da demanda transformando a demanda espontânea em programada, por meio da implantação do acolhimento.

O acolhimento é considerado como modificador radical do processo de trabalho, em especial dos profissionais que realizam a assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a equipe como peça central no atendimento aos usuários.

O acolhimento vem para organizar a demanda, através da humanização do serviço e do respeito ao usuário. Essa revisão será de grande valia para as equipes de saúde que desejam implantar o acolhimento.

Com base nessas considerações, o estudo se apresenta como uma possibilidade para aprimoramento dos conhecimentos, contribuindo na construção do Acolhimento, processo que torna a assistência à saúde digna e de qualidade, com a participação de todos os atores sociais envolvidos.

O Acolhimento visa humanizar o processo de trabalho criando vínculos entre profissionais e usuários propiciando resolução dos problemas e comunidade do cuidado, facilitando o processo de trabalho.

O acolhimento almejado pressupõe um conjunto formado por “escuta interessada”, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a



capacidade da equipe de saúde de responder às necessidades reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. Também, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada.

O acolhimento descrito propõe garantir o acesso, humanizar o serviço, estreitar os vínculos com a comunidade, fortalecer a relação entre os membros da equipe e a troca de saberes, estimular a participação do usuário ao valorizar suas opiniões, buscando uma relação mais solidária entre os trabalhadores de saúde e entre estes e a população usuária do serviço.

O estudo sobre acolhimento leva a refletir que a Estratégia de Saúde da Família tem dificuldade em estabelecer o acolhimento, pois este aflora problemas e necessidades que devem ser resolvidas pelos profissionais da saúde. Mudanças na formação dos profissionais, com a incorporação da visão, da sensibilidade e da compreensão do objeto de seu trabalho. Qualquer projeto de humanização da assistência em prol de uma melhor relação equipe-usuário deve estar vinculado a mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, de forma a articular avanços tecnológicos e melhores condições do processo de trabalho.

Acredito que este é um espaço em construção. Ele se faz a partir da intersecção, da troca dos saberes entre o usuário e as equipes de saúde, da escuta e do respeito a ambos.

Espera-se que essa revisão literária possa subsidiar e auxiliar na implantação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família na Atenção Primária, servindo como um dispositivo para atender a exigência de acesso, propiciando assim vínculo entre a equipe e a população, além de reorganizar o processo de trabalho para se tornar mais humanizado e resolutivo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pôde identificar pontos que devem ser pensados pelos trabalhadores das Equipes Saúde da Família, a fim de que o acolhimento possa se inserir como uma prática, que supere o modelo biológico-hegemônico em direção a uma centralidade do usuário, que é sujeito e fim do processo assistencial.

Nota-se que estamos distantes dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, não contemplando efetivamente o acesso universal, a equidade e integralidade. O serviço não é completamente organizado de acordo com as necessidades e as ações de promoção, prevenção e reabilitação que não são conquistadas por inteiro.

O acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das unidades de saúde ao mesmo tempo, que necessita transcrever o caráter de rotina do cotidiano. Quer dizer, as relações que permeiam, todas as situações de atendimento demandam uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se tornem efetivos.

Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família se propõe a ser a estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica, são imprescindíveis que os profissionais aprendam a reconhecer quais são os problemas e as necessidades de saúde das famílias sob sua responsabilidade, e ao reconhecer esses problemas/necessidades, consigam traçar uma proposta de intervenção, identificando as ações de saúde que estão sob sua responsabilidade.

As Equipes de Saúde da Família precisam incorporar a idéia de que sua responsabilidade não se limita às paredes da unidade e que causar impacto nos problemas significa trazer respostas que mudem o quadro de saúde da sua territorialização.

Organizar um serviço de saúde significa montar algo que altere as condições de saúde do território, interferindo positivamente no modo de produção dos riscos e dos sofrimentos. Há um grande desafio de articular os diferentes setores em uma questão compartilhada que responda aos usuários com acolhimento, vínculo e resolubilidade.

É possível uma reestruturação do acolhimento entre as equipes. Entretanto, para que isto ocorra é imprescindível a atuação conjunta entre profissionais, de modo a viabilizar mudanças no processo de trabalho, objetivando sempre a humanização do atendimento.

Enquanto instrumento de mudança do processo de trabalho em saúde, o Acolhimento possibilita uma organização deste processo, porém deve ser rediscutido, para

promover a sua realização de forma resolutiva, com responsabilidade, possibilitando um serviço humanizado e gerando satisfação para usuários e trabalhadores.

Concluindo, faz-se necessário implantar um sistema político efetivo, que tenha como prioridade a implantação do Acolhimento nos serviços de saúde, visando elevar o nível de produção e bom atendimento, além de propiciar melhor vínculo na relação Equipe de Saúde e População. E em decorrência dessa estratégia de serviço uma reorganização do SUS, a partir da Atenção Primária à Saúde.

Que todos os profissionais envolvidos, neste processo, se conscientizem da real importância desta implantação e se proponham a lutar para que esta se torne uma realidade promissora, no setor de grande abrangência, que é a área de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V.12, n.2, p.6, Apr. 2007. Disponível em, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm+iso>. Acesso em 03 de agosto de 2011.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações Subsecretaria de Edições técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma orientação para o modelo assistencial**. Brasília. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. 20 ed. Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Relatório Final da Oficina HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e saúde da família**. 2007. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. [acesso em 27 de agosto de 2011]. Disponível em <http://dtr2004.caude.gov.br/dab/atencãobásica.php>.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2004/GM/GM-198HTM>. Acesso em 10 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/Portaria-1996-de-20-de-agosto-de-2007.pdf>. Acesso em 10 setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da saúde. **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3 ed.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao.completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao.completo.pdf) Acesso em: 20 de setembro de 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma Política e Sanitária a sustentabilidade do SS em Questão?** *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 12(2): 301-307.

CARVALHO, C.A.P. *et al.*. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de ciências da Saúde**, v.15, n.2, p.93-95, abr/jun 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001300015&script=sci-arttext>. Acesso em 20 set. 2011.

CASATE, J. C.; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculador na literatura brasileira de enfermagem. **Ver. Latino-American. Enferm.** 2005 Jan-Fev; 13(1): 105-11.

CASTRO, A. J. R.; SHIMAZAKI, M.E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: editora Gutenberg, 2006.240p.

CECCIM, R.B. Políticas da inteligência: Educação permanente em saúde. Rio Grande do Sul **Ver. Interface**. 2004 Set/fev2005; 13(1): 105-11.

FERREIRA, A. B. H. Acolhimento. In: \_\_\_\_\_ **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 27.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 6. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2004.

FORTES, P.A.C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. *Saúde e Sociedade*. 13(3); 30-35. set-dez2004.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Resultados da amostra do Censo Demográfico 2010- Malha Municipal digital do Brasil: situação em 2010**. Rio de Janeiro: IBGE,2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br), acesso em 21 de agosto de 2011. Informações ano base 2010.

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.

MELO, J. ; SANTOS F. S. B. **Organização do processo 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. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. R. organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial: 1997 p.74-111.

NIETSCHE, E. A., *et al.* . Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. **Ver. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2): 341-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2a15.htm>. Acesso em 21 de agosto de 2011.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saúde Pública 2004; 20:1342-53.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre.** Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, vol. 10, no 1. Rio de Janeiro, jan/Fev., 2003.

RIZZOTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Ver. Bras. Enferm.** 2002 Mar - Abr; 55(2): 196-9.

SANTOS F., SB. Perspectivas da avaliação na política Nacional de humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007; 12(4): 999-1010.

SANTOS, A. M. *et al.* **Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas.** Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v.23, n.1, jan.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/08.pdf>. Acesso em: 02 set. 2011.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da Família.** Caderno de Saúde Pública, v.20, n6. Rio de Janeiro: nov/dez. 2004. 311x2004000600005. Acesso em: 10 set.2011.

SOUZA, E.C.F., *et al.* . **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde.** Caderno de Saúde Pública, v.24, supl. 1. Rio de Janeiro, 2008.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no Sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde materna 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 de agosto 2011.

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. 2011.

WENDHAUSEN, A. S. R. **Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm. 2003 Jan-Mar; 12(1): 68-79.