

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NESCON

ROSIMEIRE COSTA ARCHANJO

O Acolhimento no Programa Saúde da Família de Belo Horizonte: uma prática humanizada?

BELO HORIZONTE
2011

ROSIMEIRE COSTA ARCHANJO

O Acolhimento no Programa Saúde da Família de Belo
Horizonte: uma prática humanizada?

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

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

BELO HORIZONTE
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos três dias do mês de fevereiro de 2011, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **ROSIMEIRE COSTA ARCHANJO** “O ACOLHIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE: UMA PRÁTICA HUMANIZADA?”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. MARIA TERESA MARQUES AMARAL e Profa. DAISY MARIA XAVIER DEABREU o TCC foi aprovado com a nota 85.

Esta Folha de aprovação foi homologada pela Coordenação do CEFABSF aos dia três do mês de fevereiro, do ano de dois mil e onze devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 19 de agosto de 2022.

RAPHAEL AUGUSTO TEIXEIRA DE AGUIAR
Coordenador Acadêmico
NESCON/FM/UFMG

Documento assinado eletronicamente por **Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, Chefe de departamento**, em 09/09/2022, às 07:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1689783** e o código CRC **E1CA41C1**.

...O vínculo é produzido a todo instante com qualquer profissional. É importante ter em pauta a valorização do usuário.

MERHY, 1998

RESUMO

Este estudo tem por objetivo propor uma reflexão sobre o acolhimento que segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o coloca como elemento indispensável de uma nova prática nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). O acolhimento representa uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional através de parâmetros éticos, técnicos, humanitários e de solidariedade (BRASIL, 2004). No entanto, se observa no cotidiano de trabalho em saúde, que se trata de um desafio, que passa pela atualização das práticas e necessidade de construção de relações e processos que envolvam ensino, gestão, atenção e controle social. A análise traz uma observação da prática de acolhimento de Equipes de Saúde da Família de uma unidade de saúde de Belo Horizonte, apontando aspectos que se contrapõem às recomendações da política de humanização, havendo necessidade de se analisar o dispositivo acolhimento, para que este venha representar realmente um elemento de mudança de modelo assistencial proposto e defendido pelo SUS.

Palavras-chave: Acolhimento, Humanização, SUS, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims proposing a reflection on the receptiveness that according to the National Humanization Policy (NHP) places it as an indispensable element of a new practice within the National Health System (SUS). The receptiveness represents a techno action, which assumes professional relationship shifts through ethical, technical, humanitarian and solidarity parameters (BRAZIL, 2004). However, it is a challenge in the health work process that requires the health practices update and needs to build relationships and processes, involving education, management, care and social control. The analysis brings a practice observation of receptiveness of the Family Health Teams in a health service in Belo Horizonte, pointing out aspects that are opposed to the recommendations for humanization policy, and need to analyze this device so that it will actually represent a changing element of the model proposed and defended by the SUS.

Keyword: Receptiveness, Humanization, SUS, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	07
2-JUSTIFICATIVA.....	09
3-OBJETIVOS	11
3.1-Geral	11
3.2-Específicos	11
4-METODOLOGIA	12
5. ACOLHIMENTO	14
5.1- O acolhimento no SUS	14
5.2- O Acolhimento na Atenção básica de Belo Horizonte	16
5.3- Um recorte da realidade: algumas reflexões.....	19
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1-INTRODUÇÃO

A história da saúde pública brasileira passou por importantes transformações até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição de 1988, onde se propôs a construção de um novo modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 1988)

Modelo que trouxe uma nova concepção do processo saúde-doença, defendendo um enfoque amplo do ser humano, associado a fatores determinantes do seu processo vital.

Nesta perspectiva, figura o Programa Saúde da Família (PSF), que representa uma importante estratégia de afirmação dos princípios do SUS e que tem como foco o núcleo familiar. (ALVES, 2005)

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2010, o Brasil possui 31.665 Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 95,15 % dos municípios brasileiros. Esses números implicam em milhares de profissionais atuando nas ESF, daí a necessidade de adequação da formação e capacitação adequada desses trabalhadores ao modelo do PSF.

Algumas iniciativas já foram e estão sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com as instituições públicas de ensino com o objetivo de formar e capacitar os profissionais de saúde. Em Minas Gerais identificam-se, o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família e o Projeto Veredas de Minas, Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família (CEABSF).

Este estudo corresponde ao trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Pólo Belo Horizonte, Turma Beta, na modalidade à distância, com participação dos profissionais da rede básica de saúde, integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF), da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Essa iniciativa tem o intuito de cumprir o importante papel na consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde mais equânime e efetivo, já que o profissional em formação tem a oportunidade de contextualizar a prática, (re)conhecer a realidade, desenvolver novas competências, implicando em maior inserção nos ambientes profissionais e na comunidade onde atua.

O estudo foi desenvolvido pela Enfermeira do Centro de Saúde Mantiqueira, localizado no município de Belo Horizonte, distrito sanitário de Venda Nova. O Centro de Saúde Mantiqueira possui 05 ESF's que são responsáveis por cerca de 5.000 famílias, com áreas de abrangência caracterizadas por médio, elevado e muito elevado risco. Um aspecto importante

é o número elevado de usuários que procuram a unidade diariamente, que reflete/remete para as equipes um maior tempo dispensado ao atendimento da demanda espontânea, principalmente no que se refere ao acolhimento dos usuários.

Diante deste contexto surgiu o interesse pelo tema, visto que o acolhimento é o principal dispositivo/ instrumento no trabalho das ESF's, e que apesar de seu conceito bem definido (teórico), representa muitos equívocos em sua prática, tanto para os profissionais, quanto para os usuários e como consequência pode gerar conflitos e insatisfações nos cenários da saúde.

2-JUSTIFICATIVA

No PSF, as ações devem ser direcionadas para os indivíduos/famílias, e estes devem figurar como cidadãos participativos, cabendo aos profissionais das equipes uma abordagem mais ampliada, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados.

Neste contexto o acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, vem sendo discutido nos cenários de saúde do país, como uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional através de parâmetros éticos, técnicos, humanitários e de solidariedade. (BRASIL, 2004)

De acordo com Franco *et al* (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo de três princípios: a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços, garantindo acessibilidade, b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central da figura do médico, para uma equipe multiprofissional, c) qualificar a relação trabalhador-usuário-gestor num contexto mais humanizado.

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, que deve se traduzir em qualificação da produção de saúde. Essa prática ainda complementa-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. (BRASIL, 2006b)

Diversos autores como Schimith e Lima(2004), Franco *et al* (1999), Malta (2001), Brasil (2004), identificaram dificuldades vivenciadas no acolhimento na Atenção Básica no cenário nacional. Uma pesquisa realizada em Natal/RN, avaliou potencialidades e desafios da integralidade na Atenção Básica a partir da análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde na prática do acolhimento, que evidenciou que há desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Tal fato gera descontinuidade da atenção e no acesso a encaminhamentos nas unidades de saúde da família. (SOUZA *et al*, 2008)

Em Belo Horizonte, o acolhimento foi implantado na rede de saúde em 1995, buscando humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários e aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas. (MALTA, 2001)

Uma análise sobre o acolhimento nas equipes de PSF de Belo Horizonte mostra que há um grande incomodo dos trabalhadores com o dispositivo do acolhimento principalmente no que se refere a grande demanda gerada pelo mesmo, dando impressão de não se estar fazendo

PSF, exercendo-se assim uma clínica desqualificada, contribuindo para a patologização da sociedade, com atendimentos pontuais. (BELO HORIZONTE, 2008)

Há ainda diversos conceitos e representações que convivem na rede básica de saúde de Belo Horizonte, chamados pares opostos. Tais pares representam uma polarização que varia de um grau mínimo a um grau máximo, mostrando as disparidades experimentadas na prática de acolhimento das unidades de saúde do município (BELO HORIZONTE, 2008)

Como resultado positivo obteve-se a melhora de acesso à rede básica de Belo Horizonte. No entanto, o acolhimento vem se distanciando dos pressupostos implicados na política de humanização do Ministério da Saúde, sendo necessário um grande movimento de ressignificação do seu sentido original, com maior precisão e aprofundamento de suas bases conceituais, visto que coexistem inúmeros conceitos na rede assistencial e até mesmo dentro de uma mesma unidade. (BELO HORIZONTE, 2008)

Desta forma surgem alguns questionamentos:

- O acolhimento que se tem praticado vem de encontro com a política de humanização preconizada pelo ministério da saúde?
- O acolhimento tem facilitado ou restringido o acesso dos usuários?
- Quais os dilemas surgidos no acolhimento?
- Quais os desafios trazidos pelo acolhimento?

Estas são as questões que se pretende investigar com o intuito de analisar o contexto que envolve a prática do acolhimento no cotidiano de trabalho das equipes de PSF de uma unidade de Belo Horizonte.

O estudo poderá contribuir para a reflexão e problematização dos processos de trabalho das equipes de PSF, bem como sensibilizar e alargar a compreensão dos profissionais e comunidade no reconhecimento do acolhimento enquanto mudança da relação profissional/usuário e co-responsabilização dos atores sociais do SUS.

3-OBJETIVOS

3.1-Geral

- Analisar o contexto no qual se desenvolve a prática do acolhimento pelas equipes de saúde da família de uma unidade básica de saúde do município de Belo Horizonte.

3.2-Específicos

- Realizar uma revisão narrativa de literatura sobre o acolhimento;
- Descrever a prática de acolhimento das equipes do Centro de Saúde Mantiqueira comparando-a com as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e propostas pela PNH;
- Reconhecer as dificuldades apresentadas no cotidiano do acolhimento;
- Propor uma reflexão sobre o acolhimento praticado no PSF de Belo Horizonte.

4-METODOLOGIA

A estratégia metodológica envolveu dois componentes. Primeiramente, foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo narrativa sobre acolhimento nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.

O segundo componente do estudo se constituiu da utilização do método de observação direta do acolhimento de 05 equipes de saúde da família do Centro de Saúde Mantiqueira, Belo Horizonte/MG, com intuito de explorar questões que envolvem o acolhimento enquanto proposta do SUS descritas nos textos oficiais. Para melhor compreensão da prática, a observação direta foi escolhida como uma metodologia que pode ser utilizada para descrever o cotidiano, sem necessidade de entrevistas.

A observação ocorreu durante o 2º semestre de 2010, onde foi acompanhado o acolhimento de 2 equipes pela manhã, sendo que 1 delas a pesquisadora é integrante, e as demais no período da tarde. Foi observado o acolhimento em diferentes dias da semana em cada equipe, com o intuito de se observar as múltiplas facetas que o mesmo se apresenta no dia-a-dia das equipes.

Para a apresentação dos resultados do estudo, foi realizada a exploração textual, bem como análise de conteúdo, utilizando principalmente 02 textos oficiais, identificando os elementos de esclarecimentos, tais como fatos e ideologias, procurando delinear o tema proposto do estudo, representado pela leitura de alguns autores referenciados, conforme Quadro 1 apresentado a seguir.

Quadro 1- Documentos oficiais do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte:

Fonte Oficial	Documento	Data	Definição de Acolhimento	Fatores percebidos
Ministério da Saúde	Humaniza-SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.	2006	Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros	Definição de acolhimento ampla e complexa.

			serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.	
Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte	Avanços e Desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte	2008	Política institucional que busca humanizar a atenção no Município.	Incompreensão do acolhimento nas realidades encontradas nas unidades do Município

Na última parte do trabalho, foi apresentada a observação realizada no Centro de Saúde Mantiqueira, focalizando as representações e argumentos elucidados, demarcando os sentidos, tecendo as relações críticas entre as idéias dos documentos, explícitas e implícitas, citados por alguns textos e autores.

5-ACOLHIMENTO

5.1- O acolhimento no SUS

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização- PNH, que pressupõe uma postura ética que implica na escuta do usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade de assistência (BRASIL, 2004).

Para melhor entendimento do acolhimento deve-se compreender a PNH, que protagonizada pelo projeto Humaniza SUS é uma proposta para enfrentamento do desafio de consolidar os princípios do SUS no que se refere à mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde com o Humaniza SUS apostou na priorização do atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam a PNH são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Assim são a partir destas premissas que o acolhimento como uma das diretrizes do PNH, figura como uma estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde e que apesar de constituir uma etapa desse processo – momento de recepção do usuário e a abertura das possibilidades de respostas - que segundo Franco *et al* (1999), não deve ser reduzido, pelo contrário, deve ser entendido como conteúdo.

Considera-se, porém, como argumenta Deslandes (2004), que o termo humanização empregado constantemente no âmbito da saúde, é cenário para um amplo diálogo, visto que não possui uma definição mais clara. Os textos oficiais trazem muito mais o conjunto de iniciativas que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento do usuário, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional.

Deslandes (2004) traz uma análise do discurso do Ministério da Saúde sobre a Política de Humanização da Assistência Hospitalar, discutindo as idéias centrais da humanização como: oposição à violência, oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional e ampliação do processo comunicacional.

Na oposição à violência a autora se refere à violência física e psicológica que se expressa principalmente pela “dor” de não ter “compreensão de demandas e expectativas”, que representa a negação dos direitos dos usuários. Assim a proposta de humanização visa a substituição das formas de violência psicológicas secularmente praticadas pelos modelos médicos centrados por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores para que se institua uma nova cultura de atendimento.

Sobre a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a autora destaca a conjugação de tecnologia e fator humano e relacionamento. Esse tipo de tecnologia, segundo Merhy (2002), pode ser traduzido como tecnologias leve-duras. Tecnologias que representam interações voltadas para a produção do cuidado, elementos cruciais de gestão.

Como terceiro eixo traz a melhoria das condições de trabalho como sendo uma tarefa de necessidade de cuidar dos próprios profissionais da saúde, constituindo equipes saudáveis.

Por fim discute que os documentos apontam para uma deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado.

Malta (2001) afirma que o ato de escutar é um momento de discussão, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários e pressupõe o envolvimento de todos os profissionais, que devem assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar respostas mais adequadas a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos.

Nos textos oficiais analisados, os valores de solidariedade e alteridade são considerados norteadores das mudanças do modelo assistencial proposto, o respeito ao outro é visto como condição crucial no processo de humanização. Porém há de se analisar quem é esse outro.

Deslandes (2004) interroga: O outro são os profissionais e usuários? No tocante aos usuários, o quanto deles se conhece para pressupor que os profissionais saberão corresponder a suas expectativas? A autora afirma que reconhecimento de autonomia e legitimidade a princípio não são delegáveis a tradutores-intérpretes. Talvez seja um dos grandes desafios do acolhimento.

5.2- O Acolhimento na Atenção Básica de Belo Horizonte

De acordo com os princípios organizativos do SUS, a atenção básica deve possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde e é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 1988). A boa qualidade e capacidade resolutiva deste nível de atenção são fundamentais para efetivar a integralidade em saúde, diretamente por meio de suas ações, que podem resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população ou pela adequada integração com os demais serviços de saúde de média e alta complexidade de referência do SUS.

Segundo a PNH, há alguns parâmetros para implementação de ações na atenção básica, dentre eles:

- organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos prioritizados, e buscando adequação da capacidade resolutiva;

- abordagem orientada por projetos terapêuticos de saúde, individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas.

No município de Belo Horizonte, a atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que configuram a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e que realizam diversas ações com o intuito de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede está organizada a partir da definição de territórios, as áreas de abrangência, onde os centros de saúde exercem responsabilidade sanitária.

Ainda, as práticas desenvolvidas pela rede de Atenção Básica do SUS-BH são regidas por princípios e diretrizes que norteiam toda a organização dos serviços (BELO HORIZONTE, 2008).

É importante destacar que a rede básica de Belo Horizonte conta principalmente com a Estratégia Saúde da Família- ESF, com equipes implantadas nos centros de saúde a partir de Fevereiro/2002, responsável pela assistência a saúde das populações consideradas de maior risco de adoecer e morrer, conforme índice de vulnerabilidade. (BELO HORIZONTE, 2008)

De modo geral, diz-se que o papel primordial da saúde da família no SUS-BH é propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, diante da reorganização do processo de trabalho nos centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano dos serviços.

Assim a Estratégia Saúde da Família representa a efetiva implementação dos princípios do SUS pelas características de sua própria organização como: alta cobertura, profissionais generalistas, presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), jornada de trabalho integral e outras.

Em Belo Horizonte, a saúde da família deve ser a principal porta de entrada para a população a ela adscrita e para isto as equipes precisam estabelecer estratégias de atendimento à demanda espontânea e fazer valer o dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar.

É grande o desafio no âmbito da ESF, visto que a busca por melhores resultados nas condições adequadas para a saúde e maior autonomia e satisfação dos usuários, trabalhadores e gestores, também exige mudança no processo de trabalho, implicando valorização da comunicação e dos espaços de participação e negociação, do trabalho em equipe, das parcerias, do uso de dispositivos de qualificação para a escuta e os projetos terapêuticos, da produção e apropriação coletiva de instrumentos, como protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação e ferramentas do planejamento, do monitoramento e avaliação das intervenções (BELO HORIZONTE, 2008).

O desenvolvimento e aprimoramento da escuta qualificada dependem, portanto do próprio aprimoramento do trabalho em equipe, efetivamente a partir da troca de informações e saberes entre si e com os usuários, para configurar os diagnósticos ampliados, isto é, que realmente atinjam as necessidades, de dimensões sociais e subjetivas, dos sujeitos.

Com a implantação das ESF houve grande incremento da capacidade operacional da rede básica que significou amplo acesso da população, e o acolhimento contribuiu e contribui para o descortinamento de inúmeras demandas de saúde da população, que passam por fatores de ordem bio-psico-físico-sócio-cultural. Neste ponto abrem-se parênteses: como está se dando a prática de acolhimento nas unidades? O acolhimento praticado pelas equipes dos centros de saúde segue as recomendações da PNH?

De acordo com a publicação da Secretaria Municipal de Saúde de BH (2008): Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica de Belo Horizonte, pode-se verificar que o acolhimento tem-se dado de inúmeras maneiras no que se refere à composição e formatação das equipes e as atividades e respostas que oferecem.

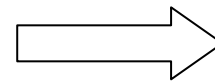
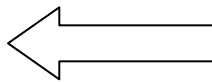
A publicação traz ainda algumas dificuldades vivenciadas nos processos de trabalho das equipes no tocante ao acolhimento:

- impressão de pouca resolutividade diante de demanda não reconhecida como da saúde, ex. demandas sociais;

- exercício de uma clínica desqualificada, visto que a grande demanda fomentada pelo acolhimento faz com que os profissionais das equipes se sintam num pronto atendimento;
- dificuldade de se fazer uma escuta com qualidade, mediante a demanda volumosa e o despreparo dos trabalhadores;
- escuta que se restringe a queixas, que pode contribuir para a patologização da sociedade dificultando o cuidado contínuo;
- a incompreensão do acolhimento enquanto conceito, já que muitas vezes ele é entendido como a triagem para a consulta médica;
- o acolhimento como possibilidade de atendimento do caso agudo.

O diagrama a seguir resume os diversos conceitos e representações que convivem na rede básica de saúde de Belo Horizonte, chamados pares de opostos por representarem uma polarização que varia de um grau mínimo e um grau máximo:

Pares de Opostos



- Discriminação de vulnerabilidades diferentes com encaminhamentos para atividades programadas	- Predomínio da escuta de queixas – atendimento agudos (Pronto Atendimento)
- Múltiplas entradas	-Porta única
-Diversidade de atividades (grupos operativos/visita domiciliar	-Encaminhamento para consulta médica e de enfermagem
-Acolhimento por equipe	-Acolhimento geral
- Acolhimento o tempo todo	-Acolhimento com horário fixo
-Clientela cativa/frequenta usualmente o centro de saúde	-Clientela “solta”/ usuário ocasional
- Escuta qualificada	-Triagem / disciplinas/BARREIRA
Acolhimento/Escuta/Qualificada/Vínculo/Autonomia	-Patologização da demanda/ciclo vicioso da medicalização

-Satisfação dos trabalhadores/compreensão da proposta de incorporação	-Desgaste da equipe/ estresse/sofrimento limite
-Gerente coordenador e planejador	-Gerente assistencial
-Porta aberta, humanização	-Demora no atendimento, falta de privacidade
-Acolhimento como estratégia para captar pessoas para programas	Acolhimento desorganiza os programas

Fonte: Relatórios Oficinas de Trabalho. BELO HORIZONTE (2008)

Analisando o quadro percebe-se que dependendo da forma que o acolhimento é assumido, ele pode se aproximar ou se distanciar das propostas defendidas pela PNH e princípios do SUS.

Caminhando pelos pares de opostos, verifica-se que o acolhimento define em grande parte o processo de trabalho das equipes, que representa o acesso do usuário, a organização da unidade, a postura dos profissionais.

Embora os tópicos do quadro sejam uma realidade presenciada nas unidades de Belo Horizonte, para a SMSA-BH o acolhimento não deve ser sinônimo de triagem para a consulta médica e reconhece que uma escuta eficaz pode trazer para atenção ao usuário novas alternativas que prescindam da consulta médica, racionalizando a sua utilização. Outro aspecto defendido é que acolhimento também não deve representar estratégia de disciplinamento da demanda, que ao invés de facilitar o acesso dos cidadãos, pode se colocar como mais um obstáculo a ser ultrapassado para que o usuário chegue à assistência.

Observa-se, no entanto, que o dispositivo do acolhimento abre possibilidades para práticas equivocadas e que se faz necessário reafirmar qual o conceito realmente pretendido para ser implementado nas unidades. É possível perceber estas práticas equivocadas a partir de algumas evidências, que serão tratadas a seguir.

5.3-Um recorte da realidade: algumas reflexões.

A observação direta ocorreu no primeiro semestre do ano de 2010, no Centro de Saúde Mantiqueira, regional Venda Nova. A unidade possui atualmente 05 equipes, responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 18.000 usuários.

Verifica-se na literatura que desde 1995 o tema acolhimento vem sendo amplamente discutido entre os atores do SUS em Belo Horizonte (MALTA, 2001). Na época e ainda hoje o tema suscita posicionamento dos diversos profissionais de saúde, por ser um dispositivo que altera o processo de trabalho e as questões estabelecidas e dadas como rotineiras.

Buscou-se observar os principais aspectos presentes na abordagem das equipes no tocante ao: envolvimento dos profissionais, humanização do atendimento, os impactos causados na rotina da unidade e algumas implicações enquanto processo de trabalho.

A primeira questão observada foi em relação ao envolvimento dos profissionais das equipes no ato do acolhimento que, na maioria das vezes, era realizado pelo auxiliar de enfermagem ou pelo enfermeiro, ou pelos dois concomitantemente.

No período da observação pouquíssimas vezes o médico realizou a 1ª escuta dos usuários. Dentre as situações identificadas estão: o dia em que não havia nem o enfermeiro e nem o auxiliar da equipe, quando a demanda ultrapassava o número de 40 usuários na fila, quando a unidade funcionou com escala mínima de profissionais. Verificou-se ainda que dentre os médicos que eventualmente foram ao acolhimento, estes eram sempre de duas equipes. Tratava-se de profissionais recém chegados na unidade.

O acolhimento pressupõe o trabalho multidisciplinar, o que significou a quebra da verticalidade do trabalho, isto é, mudou radicalmente no processo de trabalho dos profissionais não médicos. Porém, o que se verifica ainda é o trabalho fragmentado, compartimentado a partir do saber médico, o que representa um grande desafio para a inversão do modelo assistencial. (FRANCO *et al*, 1999).

Destaca-se na unidade a participação freqüente do enfermeiro no acolhimento do usuário. Malta (2001) destaca mudanças significativas no trabalho dos enfermeiros que por um lado a ampliação de suas atividades enriqueceu seu exercício profissional, demandando revisões dos conteúdos técnicos, por outro o aumento quantitativo, sem discussões de limites, trouxe pressões e estresse. Fator que pode ser observado na unidade, muitas vezes houve falas como, “Passa para o enfermeiro da equipe”, “O enfermeiro tem que avaliar primeiro”,

“Sou apenas auxiliar, o enfermeiro é que pode responder” e o próprio enfermeiro falando “Tudo é o enfermeiro, meu Deus!”.

Quanto à observação dos aspectos do processo de trabalho, pode-se destacar que o acolhimento é vivenciado tanto pelos profissionais quanto pelos usuários como sendo o momento do atendimento da demanda espontânea, na fila, com dias e horários definidos.

Quadro 2- Acolhimento das equipes do C.S Mantiqueira

Equipes	Dias da semana	Horário de atendimento
01- Verde	Segunda, terça, quarta, quinta	7hs
02- Vermelha	Terça, quarta, quinta, sexta	12hs
03- Rosa	Segunda, quarta, sexta	12hs
04- Amarela	Segunda, terça, quarta, quinta, sexta	7 hs
05- Dourada	Segunda, terça, quinta, sexta	12 hs

No momento do acolhimento observa-se um número grande de usuários na unidade, que fica bastante tumultuada, já que a estrutura física não comporta adequadamente o quantitativo de pessoas, a aglomeração e o ruído reflete uma desorganização da unidade.

Nota-se que pela manhã e à tarde a recepção dos usuários das equipes ocorre de maneira diferenciada. Os usuários das equipes 01 e 04 chegam geralmente bem antes das 7hs e se organizam em fila indiana no lado de fora, e logo quando a unidade abre o portão, eles se dirigem à frente da sala de reuniões, onde as auxiliares de enfermagem anotam o nome de cada um no conhecido “livro de acolhimento” com sua respectiva demanda, encaminhando-os ao enfermeiro, que atende cada um no consultório de enfermagem. O enfermeiro define quem consulta com o médico. No acolhimento que ocorre às 12hs, os usuários ficam assentados nas cadeiras destinadas à sua equipe, os nomes também são anotados, junto com as queixas no livro de acolhimento pelas auxiliares de enfermagem. O formato “fila” reflete uma “desumanização” do atendimento, e os locais onde ocorre o acolhimento, não são os mais adequados, já que não preserva a privacidade e a individualidade das pessoas.

Considerando a PNH, o processo de acolhimento deve ser revisto e discutido entre os profissionais desta unidade, visto que dentre os resultados esperados com a humanização da assistência, está a redução das filas, organizando o atendimento com base em riscos prioritizados, e buscando adequação da capacidade resolutiva, com práticas acolhedoras.

Observou-se ainda que as equipes dispensam um tempo maior para suprir a demanda espontânea em detrimento às atividades programáticas, imprescindível na atenção integral proposta pela saúde da família como é descrito no documento *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte* (BELO HORIZONTE, 2008). Este é um dos aspectos que talvez remeta a parte da insatisfação de alguns profissionais, que não se sentem fazendo PSF, como descreve o documento da SMSA-BH. Esta ponderação pode ser ouvida em vários momentos da observação. Há de se refletir se a grande demanda representa realmente um empecilho para a realização das atividades programáticas nesta unidade. Cabe a pergunta: realmente os profissionais das equipes têm perfil para as propostas defendidas na Estratégia Saúde da família?

Voltando ao quadro dos pares, verifica-se que quando se coloca horário para o “acolhimento” se restringe o acesso enquanto deveria ser proporcionada a ampliação.

Outro aspecto observado foi a escuta, que se reduz a queixa, o usuário identifica o acolhimento ao processo de triagem e agendamento, revelando percepção do cuidado centrada no médico em vez da equipe de saúde, remetendo a uma patologização da demanda, cuja finalidade é a consulta médica, voltando ao arraigado modelo médico centrado, enquanto que o esforço deveria ser pelo contrário. Gomes e Pinheiro (2005) citam que na estratégia saúde da família deve-se 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 do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

A reflexão que se pode fazer é que a expectativa de mudança de modelo assistencial trazida pela Saúde da Família envolve questões bem maiores que cuidados básicos de saúde voltados a grupos populacionais com riscos sociais, carregando em seu bojo o desafiante papel de cumprir o objetivo da cidadania evidenciada pela PNH.

Gomes e Pinheiro (2005) trazem sua reflexão de que não é somente reorganizar os serviços de saúde (mudança dos processos de trabalho) com a “participação” de todos, trata-se da vida social que segundo o pensamento Gramsciano, é produto da ação dos homens na qual consciência e vontade aparecem como fatores decisivos, na transformação do real, sem deixar de levar em conta, contudo, as condições históricas objetivas que existem independentemente da consciência e da vontade humanas. É a construção dos saberes sujeitados, os sujeitos sociais.

Considera-se então a dimensão cultural, que segundo Dagnino(2000) *apud* Gomes e Pinheiro (2005) requer uma reforma intelectual e moral e os elementos como vontade, paixão

e fê mais importância que as estrutura sociais objetivas. Após estas reflexões percebe-se que o acolhimento é mais que um dispositivo/ instrumento.

Enquanto os atores sociais não compreenderem o verdadeiro “sentido” do acolhimento as evidências apontadas nos pares de opostos deverão permanecer nas práticas dos serviços de saúde, provocando insatisfações e incoerências.

Assim, o acolhimento se coloca como um dilema e um desafio a ser descortinado, que deve ser rediscutido e tomado como uma postura a ser adotada e não mais uma atividade descaracterizando o seu principal objetivo de ser uma atitude que permite a humanização e qualidade de assistência no SUS.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano de acolhimento observado no Centro de Saúde Mantiqueira aponta para uma prática que se distancia das propostas defendidas pela política de humanização e demonstra que o “acolhimento” está distante de acontecer.

Voltando à PNH, fica entendido que humanização implica em: autonomia e o protagonismos dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, como também valorização dos trabalhadores e relações sociais no trabalho e ainda o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Percebe-se que o termo humanização é muito complexo e o texto oficial não traz definições mais explícitas, como descreve Deslandes (2004).

A realidade de implementação do acolhimento significa um desafio para que as diretrizes do SUS sejam alcançadas, desafio este que exigirá a revisão das práticas, dos problemas técnico-operacionais que vem ocorrendo nos cenários dos serviços de saúde, do envolvimento gestão-control social e da uma ressignificação conceitual mais próxima dos pressupostos da política de humanização do SUS.

O acolhimento enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização pressupõe uma postura ética que implica na escuta do usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. É o ato de escutar, que segundo Malta (2001) é um momento em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários e depende do envolvimento de todos os profissionais, que devem assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar respostas mais adequadas a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos.

Esta escuta depende de outras condições, que neste estudo apontam dificuldades que a impede de ser praticada de forma mais humanizada, dificuldades estas que passam pelo despreparo dos profissionais, necessidade de melhor gestão dos serviços, organização do processo de trabalho das equipes, maior envolvimento do controle social e ambiência adequada.

No acolhimento observado nas equipes do Centro de Saúde Mantiqueira, apesar de ser ainda processo em construção, o mesmo amplia o vínculo e melhora a compreensão sobre a necessidade dos usuários. Contudo, a pressão da demanda se reflete em sobrecarga de trabalho, comprometendo agendas de atividades programadas intra-equipe e com os usuários.

Gera estresse e cansaço, ficando evidente que os profissionais carecem também de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitações, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador).

Ainda segundo Fracolli e Zoboli (2001, p.144) apud Matumoto (1998) , o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, que deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

Assim, é necessário repensar o acolhimento quanto aos aspectos teóricos e práticos, para que se constitua uma prática capaz de instituir um modelo de saúde consoante às diretrizes e princípios da Política Nacional de Humanização.

Ao refletir sobre a transversalidade trazida pela PNH e sentida como panacéia nos cenários dos serviços de saúde brasileira, não se pode traduzi-la como estratégia genérica para mudança de modelo assistencial, que inclui um sentido bem maior, o da mudança da cultura assistencial, que envolve aspectos bioéticos, antropológicos, políticos, filosóficos e outros na atenção aos seres humanos.

Cabendo neste ponto a análise de Merhy (2002) que coloca que parte das experiências no trabalho em saúde , apesar de ricas do ponto de vista macropolítico, têm falhado no sentido de conseguir pensar a elaboração de “tecnologias” para o trabalho vivo em ato que enfrentem as situações efetivas e necessárias de mudanças. São práticas que não têm dado conta da vitalidade do trabalho no seu fazer e fabricar as ações nos espaços de autogoverno existentes no interior das equipes de saúde, e expressos nas relações institucionais com os usuários.

O acolhimento observado no Centro de Saúde Mantiqueira demonstrou que apesar de ser uma exigência institucional, o mesmo se distancia de suas diretrizes passando a não “responder” as reais necessidades dos usuários e do próprio serviço, provocando um descrédito de todos.

Urge a necessidade de se ter a relação trabalhador-usuário, como elemento analisador dos processos institucionais em saúde e como o lugar de criação de possíveis dispositivos instituidores de novas lógicas para o processo de trabalho, que possam contribuir para dar maior capacidade operacional e transformar os modelos de atenção à saúde, na direção da

construção de um SUS comprometido com a vida e a cidadania, e com a saúde como um patrimônio público.

O que se encontra por trás do Acolhimento é muito mais que um dispositivo ou tecnologia a ser utilizada, significa um olhar/postura frente aos indivíduos assistidos pelo SUS e que necessita de um grande aparato de “tecnologias” para que se efetive.

Em Belo Horizonte já se encontra em desenvolvimento um projeto de qualificação da Atenção Básica, que são as Oficinas de Atenção Primária à Saúde (APS), que cuida de problematizar os processos de trabalhos vivenciados nas realidades locais, com os próprios trabalhadores e estes esperam soluções mais factíveis e rápidas. O momento é bastante reflexivo, a ansiedade é inevitável.

A esperança é que o Acolhimento possa ser ressignificado a partir da qualificação da atenção primária, que emane do diálogo, da reflexão e da participação efetiva dos trabalhadores, usuários e gestores, pois este é um processo em construção, caso contrário continuará sendo um instrumento descolado da realidade.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*[online]. 2005,vol.9,n.16,pp.39-52.Disponível<<http://www.scielo.br/scielo.php?php?pid=s003432005>> Acesso em: 28 jan.2011

BELO HORIZONTE, Organização da Atenção Básica na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **A atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização local**, 2003.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte** / A946 organizadora, Maria Aparecida Turci. –: HMP Comunicação, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza-SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco, um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília, DF: 2006 b.

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

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2): 569-584, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (1): 7-14, 2004.

Fracolli.L.A.; Zoboli,E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, 38(2):143-51, 2004 apud Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.

FRANCO et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999.

GOMES, M.C.A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.**Interface**, Botucatu, vol.9, n.17, mar-ago, 2005.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo**

Horizonte, 1993-1996. Tese de Doutorado- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

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

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

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