

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Núcleo de Saúde Coletiva - NESCON
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Margarete Borges de Lacerda Dias

O acolhimento na humanização do atendimento nas unidades básicas de saúde

Formiga
2010

Margarete Borges de Lacerda Dias

O acolhimento na humanização do atendimento nas unidades básicas de saúde

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especializaçã em Atenção Básica da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Conclusão de Especialista.

Orientadora: Professora: Maria Tereza Marques Amaral

Formiga
2010



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte sete dias do mês de Fevereiro de 2010, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **MARGARETE BORGES DE LACERDA DIAS "O acolhimento na humanização do atendimento nas unidades básicas de saúde"**, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Prof^ª. Maria Teresa Marques Amaral e Prof^ª. Clarice Marcolin. O TCC foi aprovado com a nota 70.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF nos dias vinte sete dias do mês de Fevereiro de dois mil e dez e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

PROF. DR. Helian Nunes de Oliveira

Coordenador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 19/12/2025, às 10:02, 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 **4809143** e o código CRC **28E27748**.

Agradeço em especial meus filhos Felipe e Arthur por ter compreendido minha ausência, minha mãe e meu marido pelo apoio e compreensão, enfim a todos que colaboraram com essa Vitória.

Agradecimentos

A Maria Thereza Marques Amaral Agradeço, minha orientadora de TCC, agradeço pela dedicação, paciência e valiosas contribuições ao longo deste trabalho. Sua orientação foi fundamental para meu aprendizado e para a construção deste estudo.

Resumo:

Este trabalho faz uma reflexão sobre a humanização da assistência à saúde, que é uma demanda crescente da atualidade. A humanização envolve inúmeras dimensões que são complexas e mutuamente influenciáveis. Aspectos relativos à esfera subjetiva do profissional e da importância do acolhimento são discutidos e evidenciados como componentes essenciais da humanização do cuidado.

Palavras-chave: assistência à saúde; papel profissional; acolhimento.

ABSTRACT

This research reflects upon the humanization of health care, the demand for which is growing. The humanization involves several complex and interdependent dimensions. The professional's subjective perspective and the reception importance are discussed and shown to be important factors in the humanization of health care.

Keywords: health care; professional role; reception

SUMARIO

1- Introdução	7
1.1 Justificativa	7
1.2 Objetivo	8
2 Revisão de Literatura	8
2.1 Ética e Humanização	8
2.2 Processo de trabalho em saúde	9
2.3 A humanização do atendimento a partir dos pressupostos do sistema único de saúde	11
2.4 As dimensões envolvidas na humanização da assistência	13
2.5 Acolhimento no sistema de atenção básica de saúde	15
2.6 Acolhimento: conceitos e sua prática	17
2.7 Acolhimento não é triagem	22
2.8 Acolhimento, uma atividade assistencial	23
3 CONCLUSÃO	25
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1- Introdução

O Brasil tem passado por muitas transformações no sistema de saúde, a parti de 1988 com a Constituição Federal a saúde voltou-se para a construção de um novo modelo de assistência à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que diz:

[...] A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No ano de 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização que tem por objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão operando no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um das diretrizes desta política é o acolhimento do usuário no sistema de saúde.

O acolhimento na saúde deve contribuir para a construção de uma ética da diversidade, da tolerância com os diferentes, da inclusão social, com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a cidadania.

Analisando o acolhimento, a partir da identificação de seus pressupostos, dos mecanismos que viabilizam sua implantação e das potencialidades qualificadoras da assistência, pode-se avaliar sua efetividade, enquanto instrumento para a humanização da atenção à saúde. Esse conhecimento possibilita intervir nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários e no próprio processo de trabalho, na tentativa de transformar os serviços em espaços resolutivos de construção de sujeitos valorizados, autônomos e criativos.

Justificativa

A escolha do tema desta pesquisa se deu por acreditar que a melhoria da assistência prestada ao usuário também está alicerçada no acolhimento digno de todos os usuários que procuram os serviços de saúde.

Logo, o acolhimento pode ser uma das bases para a humanização da assistência nas instituições, a fim de possibilitar resolutibilidade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na melhoria da qualidade da assistência prestada.

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo identificar, na literatura, a produção científica relativa a temática da humanização e acolhimento em serviços de atenção primária, destacando os principais aspectos abordados nesta literatura.

2- Revisão de Literatura

2.1 Ética e Humanização

A Ética em saúde vem segundo Fortes (1998), tratar do que é bom ou mau, do que é certo ou errado, do que é dever moral e obrigação, incluindo os seguintes princípios beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Além disto a ética deve ser baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, demonstrando a qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

É difícil falar em humanização sem relacioná-la à ética, sendo esta uma reflexão crítica sobre o comportamento humano que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais, procurando viver bem em sociedade, o convívio social (Fortes, 1998).

Humanizar é ir ao encontro da outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde, neste encontro o prestador do cuidado deve criar laços de confiança e vínculo procurando entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que juntos profissional e usuário encontrem uma via de maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma (Rech 2003).

Nesta perspectiva o profissional deve ter em mente não somente os problemas e necessidades biológicas, mas o usuário como um todo, levando em consideração as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em sua vida

Desta forma humanizar não se trata de criar sufocantes laços de dependência e sim de confiança que permitem a ajuda e a co-responsabilidade do usuário e profissionais na promoção de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

2.2 Processo de trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde tem como objetivo nos levar a identificar e analisar diversas situações de trabalho em saúde, os diferentes modos de fazer assistência aos usuários. Podemos perceber durante todo este curso e na vivência dentro da unidade de saúde que atuamos que o trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que corriqueiramente pacientes se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento de trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre trabalhador e o usuário, onde juntos eles estabelecem uma dinâmica de trabalho (GONÇALVES, 1994). Esse encontro é permeado pela dor, sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhador e paciente. Enfim, é um mundo complexo a ser pesquisado que envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Os profissionais de saúde obedecem a certa disposição física, disciplinadamente organizada. Cada lugar dentro de uma instituição de saúde tem uma missão dentro de um cuidado com o paciente. Durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram, por algum motivo, resolver ali os seus problemas de saúde, todos os setores e profissionais têm que estar bem para que o trabalho possa fluir.

Cada trabalhador ou equipe executa certa tarefa, já previamente definidas, buscando assim a sintonia desejada. Há um relacionamento. No trabalho, entre todos os profissionais como o funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho.

O trabalho realizado na unidade básica de saúde está ligado a uma determinada necessidade do paciente. Cecílio (2001) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos: (1) Diz respeito a ter boas condições de vida; (2) Necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; (3) Necessidade de criação de vínculos; (4) Necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. O trabalho na unidade básica de saúde está relacionado à promoção e prevenção, reabilitação e cura, como descrita nos quatro grupos acima.

Com este curso de especialização foi possível avaliar o nosso processo de trabalho, levantando os problemas enfrentados por nossa comunidade e juntos estabelecer qual a melhor maneira de enfrenta-los tornando nossa unidade de saúde mais resolutiva no que diz respeito a solução dos problemas de saúde de nossos usuários.

Os problemas relacionados com a saúde são sempre complexos, pois envolvem inúmeras dimensões de vida, nem todas relacionadas a enfermidades, muitas são sociais e subjetivas. O trabalho em saúde para ser eficaz deve responder a todas essas complexidades e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde. Abre-se aqui um leque de possibilidades de uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado (GONÇALVES, 1994).

Tecnologia é o conjunto de conhecimentos que se aplicam a um determinado ramo de atividade (HOLANDA, 1999). Ou seja, é um conhecimento aplicado. Na indústria, as tecnologias estão ligadas às máquinas, mas elas dependem do conhecimento do trabalhador, utilizado para operá-las. Na saúde, diferente da indústria, o trabalhador que faz a assistência, podendo ser o enfermeiro, médico, entre muitos outros, são os produtores de saúde e, nessa condição, interagem com o consumidor (paciente), enquanto estão realizando os procedimentos. Isso determina uma característica

fundamental no trabalho em Saúde, a de que ele é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o paciente (GONÇALVES, 1994).

No processo de trabalho em saúde é necessário conhecer as máquinas (equipamentos), ter conhecimento técnico e ter domínio da tecnologia das relações. O que significa que para estabelecer relações de assistência e cuidado à saúde, é necessário um conhecimento que seja aplicado para essa finalidade, porque não são relações como outra qualquer, ela visa à saúde. O trabalho humano é fundamental e insubstituível, é difícil, por exemplo, imaginar na área da Saúde máquinas interagindo com pacientes.

Merhy (1997), ao descrever a produção do cuidado e suas tecnologias, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamaram de “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos. As “leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do paciente. E “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias relacionadas ao saber, competências para os trabalhadores em saúde saberem lidar com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos.

2.3 A humanização do atendimento a partir dos pressupostos do sistema único de saúde

Conforme exposto anteriormente, a saúde é concebida de uma forma ampla, não entendida simplesmente como ausência de doença, mas sim em relação a uma adequada qualidade de vida. Deste modo, ao se lidar com as Políticas Públicas do SUS, deve-se sempre ter em vista os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde.

Desde a implantação do SUS, a Saúde Coletiva passou por difíceis momentos, em que houve a desvalorização dos trabalhadores da saúde, o baixo investimento na reciclagem educacional destes, além da pouca participação na gestão dos serviços. As pessoas seguem reproduzindo modelos sem a reflexão dos motivos e da finalidade de se realizar determinadas tarefas (BRASIL, 2003). Essa situação acaba contribuindo para a desqualificação da Saúde Coletiva, ao fragilizar, muitas vezes, o vínculo do profissional da saúde com os usuários.

Segundo Mattos (2001), há profissionais que, não conseguindo lidar com pessoas, preocupam-se somente em tratar doenças, desconsiderando desejos, aspirações e sonhos. A integralidade da atenção à saúde, na singularidade de cada serviço, conforme Cecílio(2001), pode ser vista como a busca da equipe de saúde pelo atendimento de tais necessidades, que devem ser tidas sempre em sua expressão singular. De acordo com o mesmo autor, é necessário pensar em novos fluxos de atendimento em saúde a partir da realidade dos usuários e das novas tecnologias de trabalho e gestão, que visem à humanização e ao comprometimento com a vida das pessoas.

De acordo com Brasil (2003), a humanização do SUS pode ser tomada, de forma geral, como uma mudança de visão dos profissionais ao prestarem serviços aos usuários. Essa nova visão representa um aumento do grau de comprometimento em relação aos atendimentos e ao serviço como um todo, indicando a co-responsabilidade de cada um. A partir disto, pode-se pensar num maior engajamento dos profissionais da saúde com os usuários e com a sua própria atuação profissional, dando visibilidade às dimensões ética, subjetiva e humana. Para tanto, é importante haver uma constante troca de saberes entre as diferentes áreas do conhecimento através do diálogo, da participação da comunidade e do trabalho em equipe. Assim, é preciso que exista o cuidado, não somente dos usuários que buscam o serviço com alguma

queixa física ou psíquica, mas também, o do profissional de saúde, visto que parece haver uma grande exigência para que este tenha saúde e equilíbrio suficientes para suportar a demanda de sua área. A assistência à saúde além de contemplar a clínica dos diversos profissionais deste campo de acordo com Kunrath, Kantorski e Borges (2002) depende das relações que a gestão pública estabelece com a população usuária do serviço, a fim de que esta se sinta efetivamente cuidada e segura na obtenção das terapêuticas necessárias. Para que haja uma boa relação entre a unidade de saúde e a população, torna-se de fundamental importância a presença do acolhimento.

2.4 As dimensões envolvidas na humanização da assistência

Várias são as dimensões envolvidas no planejamento e implantação da assistência humanizada à saúde (BRASIL,2003). Acredita-se que elas sejam interdependentes e mutuamente influenciáveis e são mencionadas e discutidas na seqüência.

Relevar a opinião do conjunto de trabalhadores atuantes na instituição de saúde, independentemente do cargo ou função que ocupam, é importante pois permite a gestão co-participativa e promove uma boa relação entre os profissionais. Esta estratégia administrativa possibilita a expressão das necessidades peculiares das diferentes categorias profissionais que precisam ser consideradas quando se almeja a execução do trabalho conjunto, de forma harmoniosa. O atendimento desses itens depende da dinâmica administrativa da instituição e do gerenciamento dos diversos serviços existentes nela e das possibilidades oferecidas para efetivar os princípios da humanização na prática assistencial. Estas idéias trazem subjacente a noção de que a assistência à saúde demanda participação interdisciplinar, pois nenhuma categoria profissional consegue contemplar, por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença. É desnecessário mencionar que tal proposição não comporta atitudes hegemônicas de uma determinada classe profissional sobre as demais ou em relação ao seu conjunto. (FORTES, 1998)

A participação de toda a nossa equipe na assistência à saúde propiciou o envolvimento de todos os componentes com a assistência e favoreceu uma melhor disponibilidade dos profissionais diante de nossos usuários. Estes, por sua vez, encontrarão maior abertura para expor seus problemas e questionamentos e isto promoveu uma melhor qualidade do acolhimento. A humanização do processo de acolhimento contou também com a atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com os usuários, incluindo os de nível operacional, como aqueles que compõem o serviço e limpeza, a recepcionista, entre outros.

Segundo Ribeiro (2002) o conhecimento abrangente e profundo dos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população atendida pela unidade de saúde, como sua condição socioeconômica, necessidades e carências, crenças e valores culturais, entre outros aspectos, contribui para que os profissionais se tornem mais comprometidos com a clientela atendida e com a busca de resultados concretos e coerentes com a realidade de vida das pessoas sob seus cuidados. Estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo profissional/cliente, um aspecto essencial da assistência humanizada. A possibilidade do vínculo torna-se mais concreta se os profissionais tiverem meios adequados para conhecer seus pacientes, de forma sistemática. Esta forma de ver e planejar o cuidado requer o abandono de posicionamentos hegemônicos por parte dos profissionais, e sua substituição pela consideração da realidade, perfil e bagagem de conhecimentos sobre práticas de cuidado e cura no processo saúde-doença, na visão dos próprios clientes.

O atendimento à saúde precisa ter resolubilidade, pois o efetivo equacionamento ou a solução dos problemas de saúde e de cuidado apresentados pelos clientes é essencial para a humanização da assistência. A ética da assistência merece semelhante atenção e abrange a possibilidade concreta dos pacientes seguirem os tratamentos que lhes são prescritos. A esfera estética é outra faceta a considerar e integra a atenção atribuída às condições ambientais, à higiene e limpeza, à identificação nominal dos pacientes e seus acompanhantes, entre outros.

A contemplação das dimensões citadas contribui para a satisfação dos profissionais em relação ao trabalho que desenvolvem e esta é uma condição que também importa, pois ajuda a manter o encantamento deles em relação à própria profissão e ao trabalho que desenvolvem. Este estado emocional contribui para o resgate da subjetividade no serviço de saúde e, para tanto, é imprescindível que haja um modelo de gestão nas instituições de saúde que viabilize o alcance das metas pretendidas (FORTES,1998).

Sobre a qualidade da relação entre profissionais e clientes parte-se da premissa de que ela depende da competência do profissional e de sua capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados. Experiências descritas demonstram que várias demandas não atendidas e queixas originárias dos usuários dos serviços poderiam ter sido evitadas, ou ao menos minimizadas, se eles tivessem sido ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados (BRASIL,2003) .

Para Ferreira (2005), a importância representada pelo relacionamento interpessoal na assistência à saúde e a consideração de que a dimensão subjetiva do profissional seja componente vital do processo justificam a reflexão mais profunda dessas temáticas. Tal como os membros da equipe do Ministério da Saúde que participaram da elaboração das duas publicações anteriormente mencionadas, entende-se que a humanização do atendimento ao público está na dependência direta das condições de trabalho do profissional de saúde e de seu adequado preparo no âmbito das relações humanas, além do conhecimento teórico e dos aspectos técnicos. Existe, portanto, a necessidade de dirigir mais cuidado e atenção para a dimensão subjetiva dos profissionais quando se busca a humanização da assistência à saúde. Esta depende da qualidade do fator humano que, por sua vez, determinará o tipo de relacionamento que os profissionais estabelecem com os usuários dos serviços de saúde.

2.5 Acolhimento no sistema de atenção básica de saúde

Acolhimento, como parte do processo que pretende promover qualidade de vida através do sistema de saúde pública, representa a possibilidade de

ampliação do acesso dos usuários a esses serviços. “Sua aplicação significa a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade das equipes locais...” (MALTA, 1998, p.22). Entretanto, sua resolubilidade depende da eficácia das ações produzidas pelo trabalhador da saúde, traduzida na satisfação das expectativas da pessoa que busca esse atendimento. Essa estreita ligação que se estabelece para produzir qualidade de vida nas pessoas implica no pressuposto do “resgate e potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde..” (MALTA, 1998, p. 22). Dessa maneira, o Acolhimento:

[...] tornou possível, ainda, a reflexão sobre a humanização das relações em serviço e parte da lógica de poder contida nesse processo, contribuindo assim para uma mudança na concepção da saúde como direito. Ao permitir reflexões e criações coletivas envolvendo governo, trabalhadores e usuários, em um movimento de mudanças necessárias para traçar esse novo fazer em saúde, resgatou-se o espaço de trabalho como lugar de sujeitos. (MALTA, 1998, p. 22)

Assim, Acolhimento faz parte das relações que implicam no acesso do usuário, na humanização dessas relações e na responsabilidade para com a vida das pessoas. Nesse processo é possível envolver todos os trabalhadores da saúde, como forma de apresentar um atendimento de melhor qualidade, diferente daquele em que a saúde está somente nas mãos do núcleo intelectual formado pelos médicos. Isto se devia ao fato de que, historicamente, foi conferido a esse profissional, mesmo pelo próprio imaginário social, de que são os únicos capazes de lidar com a vida e com a morte.

Entretanto, na alternativa de atendimento proposta pelo Acolhimento, as ações do fazer saúde inserem-se num campo maior, abrangendo todos os trabalhadores de uma equipe de trabalho das unidades básicas de saúde. Dessa forma, o Acolhimento,

[...] se põe enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado às relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização desse processo [...] o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação da garantia de

acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços de saúde, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolubilidade às ações desenvolvidas (REIS, 1997, p.3)

Nesse sentido, o campo de ação deve envolver todos os trabalhadores, anelados pelo mesmo objetivo de produzir qualidade de vida. Com esse pensamento, dedicamos os nossos esforços na busca por informações para saber como está o conhecimento do trabalhador da saúde sobre Acolhimento, se ele entende o seu significado, mesmo que seja através de suas atitudes e ações no atendimento aos usuários.

Entretanto, para a primeira aproximação com o termo Acolhimento, nos valem do que dispõe Ximenes (2000). Segundo ele, Acolhimento significa **“recepção que se faz a alguém, atenção, consideração, refúgio e proteção”**.

Embora esse conceito nos forneça uma idéia do seu significado, entendemos que no caso da interação trabalhador-usuário, seu sentido extrapola essa definição, pois passa pela escuta qualificada das necessidades e expectativas de quem procura o serviço público de saúde.

2.6 Acolhimento: conceitos e sua prática

Conforme nos referimos no capítulo anterior, as reflexões críticas que se fizeram sobre o modelo hegemônico de atenção à saúde, intensificadas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), assentavam-se precisamente sobre as questões da humanização do sistema de saúde pública no Brasil. As considerações encaminhadas através do modelo tecno-assistencial em Defesa da Vida foram de elaboração de projetos para promoção da qualidade de vida, numa proposta que envolve todo o processo de atendimento do sistema básico de saúde, desde a chegada do usuário nos serviços de saúde, sua recepção e os passos posteriores ao seu atendimento, sugerindo uma harmonização na qualidade desse atendimento para que a terapêutica possa produzir qualidade de vida, direito social de todos cidadãos.

Dessa maneira, Acolhimento, segundo alguns conceitos, atende a esses objetivos. O Acolhimento

[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. O Acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. (BUENO, apud COSTEIRA, 2001, p. 3)

É um modelo tecnoassistencial, orientado nos princípios do SUS que propõem, principalmente, reorganizar o serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado para oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário. (FRANCO, 1997, p. 3) Ou como ainda afirma Campos (1997):

[...]Nos sistemas públicos, a noção de Acolhida poderia ser redefinida, ampliandose seu significado tradicional conforme é empregado na prática clínica privada. Agora, a Acolhida deveria dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como de sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas da saúde de uma região (p. 256).

Depreende-se, portanto, que Acolhimento deva efetuar-se através de ações, fazendo parte do sistema de atendimento, através da sensibilidade, sutileza e subjetividade no fazer do trabalhador da saúde. “Isso implica na tolerância à diferença, na inclusão social, na escuta qualificada, responsável e comprometida.”

“O Acolhimento significa, em última instância, permitir que o usuário se organize como sujeito” (FRANCO, 1997, p. 27), ficando dessa forma estimulado a recorrer ao serviço mais confiante na resolução dos seus problemas.

Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema. Espera que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter lhe traga benefícios, e consiga alterar seu quadro problemático. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam. (MERHY, 1997, p. 120).

Campos (1998) complementa essa idéia, acrescentando que para a implantação desse modelo, se torna necessário assegurar autonomia à equipe de saúde, ao serviço local e não a cada indivíduo isoladamente, implicando ela

também em autonomia para definir e escolher, de forma criativa, as técnicas e normas do processo de trabalho específico. E segue dizendo que:

[...] o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública [...] as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade de os serviços de saúde produzir qualidade de vida. (CAMPOS, 1997 p. 230)

Portanto, no “fazer saúde”, Acolhimento implica em transformar a maneira como se vem dando acesso à população desde a “porta de entrada”, bem como significa mudanças em ações que decorrem desse primeiro contato, tais como agendamento das consultas e programação de serviços. Assim, além de contribuir para humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação dos profissionais e nas relações desses com os usuários na melhoria do seu bem-estar. Atitudes reprodutoras do modelo hegemônico neoliberal nas relações trabalhador-usuário comprometeriam a qualidade dos serviços.

A falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor, demonstra a desumanização do serviço na área da saúde.

[...] O usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde e usuário seja capaz de gerar Acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema (MERHY, 1997, p. 122).

Para isto, devemos procurar construir outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. (MERHY, 1997, p. 126)

No sistema de Acolhimento, isso se traduz em ações com responsabilidade em que o trabalhador coloca todo o seu conhecimento e os recursos tecnológicos de que dispõe para tentar resolver o problema do usuário e assim construir a dignidade do trabalhador e a do paciente. O modelo de saúde derivado desse estilo seria aquele em que o trabalhador afasta-se da tradicional postura de distanciamento entre os próprios trabalhadores e deles com o usuário “de uma maneira impessoal e descompromissada” (MERHY, 1997, p. 118). Há uma postura de frieza e onipotência que tem caracterizado os serviços de saúde no Brasil, como bem revela Merhy, “... há uma barreira que separa os mortais dos olímpicos senhores de nossas necessidades” (MERHY, 1997, p.119). Essa realidade impulsionou o esforço de profissionais que se debruçando sobre ela apontaram para algumas soluções que viabilizassem melhores serviços no campo da saúde pública. O Acolhimento se coloca precisamente nessa proposta alternativa.

As idéias que perpassam um atendimento qualificado vêm ao encontro das ações de Acolhimento que devem se encaminhar por etapas, quais sejam: Contudo, nessa trajetória de Acolhimento, vale sublinhar a recepção e a escuta qualificada. Para escutar é preciso estar atendo aos sinais, muitas vezes não verbalizados, ou ainda, traduzidos no próprio silêncio do usuário. “Não basta apenas ouvir, é preciso escutar” (LEITÃO, 1995, p. 46). Sem isso, pode-se comprometer os resultados das ações e qualidade dos serviços de saúde.

De outra parte, é preciso também destacar a importância do trabalho de equipe, onde a autonomia e as responsabilidades de cada membro que a compõe são definidas. Campos (1997) explica a partir dos conceitos de Campo e Núcleo como isso pode ocorrer na prática: Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade.

[...] Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades [...] Assim, em um programa de atenção integral à saúde da mulher, caberia ao médico o diagnóstico e tratamento clínico de patologias. O cuidado de gestantes gravemente deprimidas caberia a psicólogos ou psiquiatras. Já a abordagem de aspectos subjetivos ou sociais de

uma gestação estaria a cargo de todos os integrantes de uma (sic) equipe, sem distinção (CAMPOS, 1997, p. 248-249).

Citando o relato sobre as experiências em Acolhimento desenvolvidas em alguns municípios brasileiros, torna-se visível a possibilidade de mudança no processo de trabalho em saúde para melhoria na qualidade de vida das pessoas que procuram os serviços de saúde pública.

Como concluiu a equipe da Unidade Mista / PSF do Sinhá Sabóia da cidade de Sobral, Ceará, após a aplicação de um projeto de Acolhimento: Acreditamos que o acolhimento, além de estar colaborando para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença. Ao humanizarmos, qualificarmos e organizarmos o atendimento, estamos permitindo que as equipes do PSF possam cada vez mais planejar suas ações, destinando o tempo necessário para as atividades de vigilância e educação em saúde, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade, no intuito de trabalhar outros conceitos importantes, tais como, cidadania, qualidade de vida, democratização do saber e autocuidado com a saúde. (COSTEIRA, 2001, p.7)

Para a Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, da cidade de Betim, Minas Gerais: O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o Acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõe à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é objetivo no futuro. (FRANCO, 1999, p. 18).

Conforme o relato da equipe da Secretaria Municipal de Ipatinga, Minas Gerais, que desenvolveu uma experiência de porta aberta para saúde: A partir da experiência da porta aberta, chegamos à conclusão de que quem é banido dos serviços pelos esquemas de repressão de demanda, ao contrário do que se fala, é cada vez mais dependente das propostas medicalizantes. Pois contrariamente, com a criação do vínculo entre trabalhador e usuário, podemos através das nossas práticas criar possibilidades de autonomização. (MERHY, 1994, p. 144). Portanto, as atitudes e ações de Acolhimento sustentadas na

escuta qualificada de todos os trabalhadores da saúde, norteadas pelos conceitos de Campo e Núcleo, de Competência e de Responsabilidade, atribuiriam maior autonomia para os profissionais e equipes de saúde. Dessa forma os sujeitos trabalhadores e usuário seriam beneficiados e, conseqüentemente, se produziria qualidade de vida, objetivo maior do sistema de Acolhimento.

2.7 Acolhimento não é triagem

De acordo com Frabco (1999), o acolhimento consiste em uma ação em que o trabalhador se responsabiliza pelo usuário enquanto este permanece no serviço.

Na unidade de saúde víamos a nossa “triagem” como um se estivéssemos acolhimento, mas durante o curso de especialização e as discussões percebi que acolher é muito mais que triar, você não avalia só a queixa e decide se o paciente vai ou não passar pelo médico, você escuta, acolhe, o paciente em todo o sentido da palavra e como preconiza o programa de humanização.

O Acolhimento de acordo com Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003), consiste em prestar um atendimento com responsabilidade e relolutibilidade estabelecendo também articulações com outros pontos de assistência afim de garantir continuidade no atendimento ao usuário.

Ao contrário da “triagem” onde o profissional neste caso o enfermeiro, apenas avalia a queixa do usuário e define se este deve ou não passar pelo médico, e pressupõe hora, local e profissional específico para atendê-lo. Já o acolhimento acontece durante todo o horário de funcionamento da unidade e deve ser realizado por todos os profissionais desde a recepcionista ao médico. (PNH, 2003)

[...] O acolhimento representa, ainda, o espaço para a escuta que possibilite o reconhecimento de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, reafirmando o principio da equidade e, inclusive, possibilitando a identificação de

novos riscos. Neste sentido, configura-se como espaço pedagógico, já que, a partir da escuta qualificada e identificação da necessidade do usuário, e possível a atuação da equipe envolvendo novos saberes e tecnologias, realizando a clinica ampliada, cujo olhar leva, conseqüentemente, a ampliação do cardápio de opções da unidade. (PNH,2003)

Desta forma o acolhimento cria vínculo com o sujeito e não com a doença.

2.8 Acolhimento, uma atividade assistencial

É com base na noção de espaço intercessor como encontro e negociação entre trabalhadores e usuários que situamos o acolhimento, enquanto uma etapa do processo de trabalho e enquanto um modo específico de encontro.

A idéia é de que o acolhimento tem um papel fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde, na verdade, ocupando todos os lugares e tendo o papel de receber e interligar uma conversa a outra, conectando os diferentes espaços de conversa, que se dá em qualquer encontro profissional-paciente. Desse modo, entende-se, conforme Teixeira (2003), que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. Esse entendimento aproxima-se do que Silva Jr. & Mascarenhas (2004) denominam de acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre

trabalhadores e clientes, estruturada enquanto "relação de ajuda", conforme Camelo et al. (2000).

Há ainda uma outra possibilidade de entendimento do acolhimento que Franco et al. (2003) definem como a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de Saúde. Nesse sentido, o acolhimento aparece como uma etapa do processo, "um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários" (FRANCO et al, 2003, p. 39). Os objetivos do acolhimento seriam, por essa perspectiva: ampliar o acesso dos pacientes ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. De acordo com Silva Jr. & Mascarenhas (2004), 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.

Franco et al. (2003) consideram que o acolhimento modifica radicalmente o 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. Abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua "caixa de ferramentas" para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários. O acolhimento configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea. A proposta de implantação do acolhimento analisada por esses autores, vale-se de alguns pressupostos básicos e busca superá-los: demanda reprimida significativa, alta solicitação por consulta médica mesmo sem necessidade verificada, trabalho na unidade centrada na prática médica, baixo aproveitamento do potencial para assistência dos demais profissionais e deterioração da relação trabalhador-usuário, causada pela alienação do processo de trabalho (FRANCO et al., 2003).

De acordo com esses autores, a reorganização do trabalho com base no acolhimento pode resultar maior resolubilidade no trabalho. Além disso,

aumento na autonomia do profissional, entendida aqui como "a condição de o profissional decidir sobre o seu trabalho, o exercício pleno do 'saber fazer' no momento do procedimento assistencial" (FRANCO et al., 2003,p. 45).

Os mesmos autores concluem que o acolhimento tem como resultado imediato esperado a reversão do modelo tecno-assistencial, mas pode ainda contribuir com o acúmulo de outros ganhos, já que tem potencial para reorganizar os serviços de Saúde por intermédio do processo de trabalho, e construir dispositivos auto-analíticos e autogestionários, além de provocar mudanças estruturais na forma de gestão do serviço.

Temos, então, duas possibilidades de entendimento do acolhimento expostas: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos do processo de produção de serviços de Saúde. E outra, como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, uma etapa do processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço. Pode-se entender que elas não são excludentes entre si, que o fato de o acolhimento constituir-se uma "atividade" oferecida pela unidade não impede que se estabeleça uma relação acolhedora em todos os espaços e momentos da produção de serviços de saúde, entre a equipe como um todo e os usuários (tanto aqueles representados pela demanda espontânea quanto aqueles que não procuram o serviço, mas também necessitam de atenção).

3- CONCLUSÃO

A humanização na política de saúde pressupõe o compromisso ético dos gestores e trabalhadores da saúde para com os usuários. Considera na mesma medida o trabalhador da saúde, que também é usuário, suas condições de trabalho e a realidade dos serviços de saúde. Conforme Programa Nacional de humanização (PNH,2003):

[...] parte de conceitos e dispositivos que visam à organização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, buscase a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

No contexto brasileiro de saúde no qual estamos inseridos, a PHAS/SES tem-se constituído em um movimento fundamental nesse momento em que cada vez mais é urgente o estabelecimento de outras formas de relação entre os seres humanos e destes com o seu entorno. Para além de denunciarmos e anunciarmos tragédias, devemos pensar em como enfrentá-las.

Sendo assim, a PHAS/SES atua para que os serviços de saúde sejam espaços de excelência no estabelecimento de relações de cuidado, respeito e competência, sendo esta uma responsabilidade de todos. Como preconiza a Cartilha da PHAS, a co-responsabilidade é de todos os agentes que integram o Sistema Único de Saúde, com o intuito de construir cada vez mais um serviço público humanizado” (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 6).

Teoricamente, este trabalho apontou para alguns pontos relevantes que significa uma mudança na forma de atendimento das unidades básicas de saúde, e embasou a proposta de implantarmos o acolhimento na unidade de saúde em que atuou.

Entendemos que trabalhar Acolhimento dentro do modelo tecno-assistencial significa permitir maior acesso ao usuário à humanização dos serviços, passando por uma boa acolhida e uma escuta qualificada, que encaminhe os usuários para resolução de seus problemas, naquilo que ele

espera do atendimento em saúde, resultando na sua satisfação e melhoria da qualidade de vida.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, 4, 2008. Disponível em <HTTP: WWW.saude.gov.br/bvs/humanizacoes>

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em <HTTP: WWW.saude.gov.br/bvs/humanizacoes>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FERREIRA, J. O. **Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico**. Saúde e Sociedade, v.14, n.3, p.111-118, 2005.

FRANCO, T.; MERHY, E. E.; BUENO, W. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997. Disponível em <http: www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_05acolhimento.pdf>

CECÍLIO, L. C. O. (Org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 2000. **Discurso de Roberto Figueira Santos, Min. Estado da Saúde**. Disponível em: M.S.FIOCRUZ <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/oitava.html>>.

FORTES P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo, Ed. Pedagógica universitária, 1998.

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, 1999.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das Práticas de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

HOLANDA, A.B. **Novo Aurélio, Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

JAPIASSU, H. & MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. Editora Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47,p. 46-49, jun. 1995. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses.../2009_mestrado_RoseMeireRati.pdf>

KOYRÉ, A. **Estudos de história do pensamento científico**. Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1991.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTINS, M.C.F.N., **Humanização da saúde. Ser Médico**. 2002; (18):27-9.

MAZZETTI, M. **Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais**, 2005.

MERHY, E.E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 1997. 6:109-116.

MERHY, E.E. & CECILIO, L.C.O “**O singular processo de coordenação dos hospitais**”. Campinas, mimeo, 2002.

PESSINI, L. (2002). **Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar**. Bioética, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 10(2).

PESSINI, L & BERTACHINI, L **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a35v10n3.pdf>>

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito? São Paulo 2003**. Dissertação Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em <<http://www.artigonal.com/.../humanizacao-e-acolhimento-em-saude/html>>

REIS, A. T. **Acolhimento: um novo trabalho em equipe**. (mimeo). Brasília, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **SUS é legal: Legislação federal e estadual**. Porto Alegre, 2000. Disponível em <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp/html>>

RIBEIRO C. R. O. ***O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt. São Paulo, 2002.*** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/.../tese_doutorado_bartira_roza.pdf>

SILVA Jr., A.G., MASCARENHAS, M.T.M., **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57. 2004.

SILVA, M.J.P. **O papel da comunicação na humanização da atenção** TEIXEIRA, R.R., **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.