

**GIOVANNA MARTINS FERREIRA**

**ACOLHIMENTO: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

**CORINTO/ MINAS GERAIS**

**2009**

GIOVANNA MARTINS FERREIRA	ACOLHIMENTO: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO	UFMG 2009
---------------------------	--	--------------

**GIOVANNA MARTINS FERREIRA**

**ACOLHIMENTO: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

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

Orientadora: Maria Tereza Marques Amaral

**CORINTO/ MINAS GERAIS**

**2009**

**GIOVANNA MARTINS FERREIRA**

**ACOLHIMENTO: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

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

Orientadora: Maria Tereza Marques Amaral

Banca Examinadora

Professor Marcos Azeredo Furquim Werneck -UFMG

Professora Mara Vasconcelos-UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 16/12/2009

Aos meus Pais,  
pela sabedoria transmitida em cada gesto, em cada palavra...  
Exemplos de vida...

Ao meu Marido,  
pelo carinho, atenção e cuidado com que me ajudou a superar os  
desafios e por compreender minha falta de disponibilidade  
em alguns momentos.

Aos meus Filhos, Tatiana e Ricardo,  
eternas luz e força na minha vida !!!  
Que a minha ausência tenha sido compensada pelo exemplo de  
busca do conhecimento.

Há momentos na vida em que o caminho só é percorrido com apoio e ajuda de algumas pessoas.

Na realização deste trabalho de conclusão de curso pude contar com várias pessoas, às quais prestarei os mais sinceros agradecimentos:

À Professora Maria Tereza, orientadora deste trabalho, pelos seus conhecimentos, sua atenção e sua boa vontade.

À Tutora Silmeiry, pela competência, disponibilidade, atenção e apoio.

A toda Equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Inimutaba, pela prestação de valiosas informações.

A todos que contribuíram para a realização desse trabalho, doando um pouco de si.

“Uma expressão de alegria, acolhimento ou amor é como  
a brisa que ativa nossas melhores energias.”

Frei Beto

## **RESUMO**

O presente estudo tem como objeto o acolhimento na equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Inimutaba, Minas Gerais. Este constitui um processo que reflete na prática da assistência à saúde, a partir de mudanças no processo de trabalho, melhorando o acesso, estreitando o vínculo com o usuário, fortalecendo a relação entre os membros da equipe e a troca de saberes, construindo uma atenção integral, resolutiva e de qualidade. O objetivo foi refletir sobre as diversas concepções de acolhimento, redefinindo-o no município de Inimutaba, de modo a favorecer a assistência à saúde. A análise realizou-se a partir da revisão da literatura sobre Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Acolhimento. As conclusões sobre o tema oportunizaram a reflexão sobre as dificuldades da equipe e a necessidade de mudanças para reconstruir o acolhimento no município. O acolhimento é um processo em construção, bastante complexo, cheio de desafios e conflitos, que utilizado como estratégia na produção de saúde no território, operacionaliza os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade.

Palavras Chaves: Acolhimento; Processo de Trabalho; Estratégia Saúde da Família.



## **ABSTRACT**

The present study has as object the shelter in the team of oral health in the Family Health Strategy in the city of Inimutaba, Minas Gerais. This constitutes a process that it reflects in the practical one of the assistance to the health, from changes in the work process, improving the access, narrowing the bond to the user, fortifying the relation enters the members of the team and the exchange to know, constructing an integral, resolute attention and of quality. The objective was to reflect on the diverse conceptions of shelter, redefining it in the city of Inimutaba, in order to favor the assistance to the health. The analysis was become fullfilled from the revision of literature on Unified Health System, Family Health Strategy and Shelter. The conclusions on the subject oportunizaram the reflection on the difficulties of the team and the necessity of changes to reconstruct the shelter in the city. The shelter is a process in construction, sufficiently complex, full of challenges and conflicts, that used as strategy in the production of health in the territory, operacionaliza the principles of the Unified Health System: universality, integrality and equity.

Words Keys: Shelter; Process of Work; Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	12
	2.1 Objetivo Geral	12
	2.2 Objetivo Específico	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	13
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
	3.1 Sistema Brasileiro de Saúde: Sistema Único de Saúde	14
	3.2 Estratégia Saúde da Família	16
	3.3 Acolhimento: Um Processo em Construção	19
	3.3.1 Acolhimento e Gestão Participativa	23
	3.3.2 Desafios do Acolhimento e o Processo de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal no Município de Inimutaba	26
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES SOBRE A REVISÃO LITERÁRIA</b>	28
<b>6</b>	<b>DIFICULDADES DO ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL</b>	31
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	37

## 1 INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, importantes mudanças ocorreram, redefinindo as prioridades da política de saúde no Brasil. O seu artigo 196 versa que a saúde é direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1988). Ela também instituiu um sistema de saúde para ser implementado, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL,1990a), e pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL,1990b).

O Sistema Único de Saúde, através de seus princípios e diretrizes, implica na construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, do planejamento e do processo de trabalho organizado de acordo com reais necessidades dos usuários dos serviços.

Para superar o modelo hegemônico de assistência centrado na atenção médico-hospitalar e em práticas curativas, o Ministério da Saúde, em 1994, adotou o Programa Saúde da Família (PSF), mais adiante considerado uma estratégia – Estratégia Saúde da Família (ESF). Mais tarde, visando a reorganizar a assistência à saúde bucal na atenção básica, em 28 de dezembro de 2000, através da Portaria Nº 1.444, foi inserida a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, priorizando a prevenção de doenças e promoção da saúde com participação da população, buscando a integralidade dos cuidados.

O modelo biomédico, o qual considera a tecnologia médica como único caminho para melhorar a saúde, não incentiva o estabelecimento de vínculo efetivo entre os usuários e os profissionais que, pouco motivados à responsabilização com a saúde da comunidade, limitam-se a abrir as suas portas e a esperar que a população procure atendimento. Já na Estratégia Saúde da Família, a assistência está organizada dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, prestando atenção continuada à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos. Deste modo, é preconizada a assistência universal, ou seja, a todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade, sendo esse território não apenas uma área geográfica delimitada, mas também um espaço social onde vive a população da sua área e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade sofre influências de um processo historicamente construído (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O município de Inimutaba não ficou à parte dessas mudanças. Na busca pela consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em 2001, o município passou a utilizar a Estratégia Saúde da Família contribuindo na transformação do modelo

assistencial vigente. A partir de 2002, a saúde bucal passou a integrar a Estratégia Saúde da Família, reorganizando a atenção em saúde bucal.

Como cirurgiã-dentista no município há 13 anos, participei dessas mudanças, bem como da implantação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

A minha trajetória profissional na atenção básica do município permitiu que acompanhasse importantes transformações ocorridas na construção do serviço municipal de saúde, como municipalização, a participação da população no conselho municipal de saúde, a reorganização do serviço buscando resolutividade bem como também foi possível acompanhar as dificuldades, desafios e avanços.

Ao longo desse percurso, muitos questionamentos foram feitos por mim em relação ao modelo assistencial que atendesse aos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente à atenção que deve ser dispensada aos usuários que buscam os serviços de saúde e cujos direitos encontram-se garantidos na Constituição Federal de 1988.

Na busca por referenciais técnicos e científicos, capazes de fundamentarem a organização da saúde bucal no município, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, e de acordo com as exigências da realidade da população adscrita, ou seja, da população sob a responsabilidade da minha equipe, permitindo melhor enfrentamento possível dos problemas e demandas existentes na área de abrangência, busquei o ingresso no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

O aprendizado durante o curso, seja científico, seja a partir da troca de experiências entre os colegas, trouxe grandes mudanças na minha prática de saúde, levando à reflexão sobre o processo de trabalho individual, da equipe, do gestor, e do modelo assistencial vigente no município (Módulo 1 e 2, da Unidade 1 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Essa reflexão me permite identificar alguns problemas no município de Inimutaba. Entre os mais evidentes podemos apontar os que estão relacionados à garantia de acesso ao serviço de saúde, à assistência que não proporciona resolutividade, e ausência de vínculos e autonomia dos usuários, apesar das tentativas da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Considero que uma estratégia para melhoria da situação acima está alicerçada no acolhimento do usuário, garantindo o efetivo acesso da população a serviços de saúde resolutivos e que possibilitam a formação de vínculo entre comunidade e equipe de saúde. Assim, o objeto desse estudo é o Acolhimento, relacionando-o ao modelo assistencial e ao processo de trabalho (Módulo I, II, IV da Unidade 1 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Alguns trabalhos científicos que divulgam e avaliam experiências de Acolhimento desenvolvidas em diferentes municípios podem ser encontrados, os quais apresentam diferentes abordagens, inclusive assumindo conceitos com diversos significados e interpretações.

Franco e Merhy (2003) apresentam o acolhimento como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitam, possibilitando um novo formato na organização da assistência, a partir da reorganização do processo de trabalho.

Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento é considerado a recepção do usuário, desde a sua entrada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo seu problema, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004b, p.41).

O acolhimento não é considerado um espaço ou local, mas uma postura ética: não necessita de horário e profissional específico para realizá-lo, implica em dividir saberes, problemas e demandas, tomando para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar o outro em suas queixas, com responsabilidade e resolutividade de acordo com a individualidade do outro (BRASIL, 2009). O acolhimento apresenta uma relevância ética a partir do compromisso dos trabalhadores da saúde no reconhecimento do outro, acolhendo-o com suas diferenças, o seu modo de viver, sentir e estar na vida, gerando uma intencionalidade de ações, que respondam às reais necessidades captadas.

O acolhimento pode ser entendido como uma ação de reorganização do processo de trabalho, e uma postura/prática necessária que todos os profissionais de saúde devem procurar desenvolver, garantindo acesso, resolutividade e vínculo nos serviços de saúde.

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

Esse estudo, na primeira parte, abordará a revisão de literatura do Sistema Único de Saúde, da Estratégia Saúde da Família, e do Acolhimento. Em seguida são tecidas as conclusões referentes ao estudo, e nas considerações finais são apresentadas as reflexões a cerca da prática da nossa unidade em relação ao acolhimento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Revisar a literatura sobre o tema Acolhimento e suas diversas concepções.

### **2.2 Objetivo Específico**

Redefinir o acolhimento no município de Inimutaba, Minas Gerais, de modo a reorganizar o processo de trabalho da equipe, favorecendo a assistência à saúde com qualidade, humanizada, garantindo acesso a todos que procuram o serviço e uma visão integral no atendimento, centrado nas necessidades do usuário, na prática de saúde.

### **3 METODOLOGIA**

Foi realizado uma revisão de literatura, a partir de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme, com os descritores Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Acolhimento. Utilizou-se literatura publicada entre os anos de 1998 e 2009.

Na elaboração do estudo, este foi dividido em três momentos: no primeiro, selecionou as literaturas que pudessem atender aos objetivos do trabalho; no segundo momento, considerando a relevância foi realizada a filtragem dos materiais encontrados; e por fim procedeu-se a análise crítico-interpretativa levando em conta as idéias desenvolvidas por diversos autores.

Assim, foram tecidas as conclusões referentes ao estudo e reflexões da prática de saúde no município de Inimutaba, em relação ao tema acolhimento.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Com a Constituição Federal promulgada em 1988 o Sistema Único de Saúde foi instituído, reorientando o sistema de saúde brasileiro.

Assim, estabelece legalmente um novo modelo de atenção à saúde, substituindo o existente, voltado para práticas centradas em hospitais, restrita aos contribuintes previdenciários.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, a saúde não era considerada direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social e os que não possuíam direito algum. Assim, o Sistema Único de Saúde foi criado para oferecer atendimento igualitário, e cuidar e promover saúde a toda população. O sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2009).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do Sistema Único de Saúde obedece aos princípios doutrinários - a universalidade, a equidade e a integralidade - e aos princípios organizativos: regionalização, hierarquização, descentralização, comando único, a participação popular e complementaridade do setor privado.

A universalidade é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, obedecendo ao artigo 196 da Constituição Federal, que diz que a saúde é direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2001).

O princípio da equidade busca diminuir as desigualdades. Mesmos todos tendo direito aos serviços de saúde, as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes. Os serviços devem se organizar para atender as reais necessidades da população (BRASIL, 2001).

A integralidade busca considerar o ser humano como um todo, atendendo a todas suas necessidades, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2001).

A regionalização e hierarquização orientam os serviços de saúde para que sejam organizados em níveis de complexidade, com área geográfica determinada, planejados segundo critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, com vistas a garantir o acesso necessário, considerando a complexidade requerida para cada caso (BRASIL, 2001).



A descentralização é uma forma de organização que permite aos municípios a gestão do sistema de saúde local, por meio da promoção de ações de saúde diretamente voltadas para suas cidades (BRASIL, 2001).

A participação popular é a garantia constitucional de que a população participará do Sistema Único de Saúde, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferência de Saúde (BRASIL, 2001). A complementaridade do setor privado ocorre quando o setor público se mostre sem condições de atender a demanda, sendo formalizada através de convênio, respeitando as normas técnicas, administrativas, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Como proposta de uma nova relação entre usuários e profissionais de saúde, o Ministério da Saúde criou o Humaniza SUS, que é uma Política Nacional de Humanização, visando um Sistema Único de Saúde mais acolhedor, mais ágil, que reconheça e respeite a diversidade do povo, oferecendo à todos o mesmo tratamento, sem distinção de raça, cor, origem ou orientação sexual, construído com a participação de trabalhadores, gestores e usuários e, principalmente, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos (BRASIL, 2004).

Segundo a proposta do Ministério, com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), serão trabalhadas quatro marcas específicas:

- 1) Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- 2) Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- 3) As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- 4) As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

Apesar dos desafios técnicos e políticos, o Sistema Único de Saúde está se tornando realidade, e com a descentralização e a municipalização grandes avanços são notados, permitindo romper com o modelo de atenção hegemônico, modelo centrado na doença.

Diante disso, faz-se necessário no município de Inimutaba, visando à atenção à saúde de sua população, uma estratégia capaz de contribuir com a reorientação do modelo assistencial, rompendo com o comportamento passivo das unidades de saúde e estendendo as ações de saúde para e junto à comunidade: a Estratégia Saúde da Família.

## 4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família teve seu início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991, e foi concebido para ser um elo entre comunidade e serviços de saúde. Essa experiência permitiu maior veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (FARIA *et al.*, 2008).

Em 1994 tendo como referência a experiências de outros países, e em função dos bons resultados obtidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF). Tal programa é apresentado como estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial, romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto com a comunidade (BRASIL, 2002).

O Manual para Organização da Atenção Básica (Brasil, 1999), aprovado pela Portaria Nº 3.925 de 13/11/98, vem reforçar a importância da Atenção Básica como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos serviços de saúde, voltadas para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação da saúde.

A partir da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, o Programa Saúde da Família passou a ser considerado uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, denominado de Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família é de grande relevância e vem sofrendo uma expansão nos últimos anos. Através dela se propõe uma reorientação do modelo assistencial de saúde, que busca a incorporação da promoção da saúde, com um trabalho interdisciplinar e intersetorial, um envolvimento comunitário e uma lógica de responsabilização que possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas, tendo o indivíduo e a família como foco das ações.

Especificamente, a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios centrando a atenção na família, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Com isto, possibilitaria à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que vão além das práticas curativas, tendo como princípios: o caráter substitutivo, a integralidade e

hierarquização, a territorialização, a adscrição da clientela e a equipe multiprofissional (BRASIL, 1994).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na Estratégia Saúde da Família através da Portaria Nº 1444 de 28/12/2000, e regulamentada pela Portaria Nº 267 de 06/03/2001, que aprovou as normas e diretrizes dessa inclusão.

A Estratégia Saúde da Família propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde. Assume um conceito ampliado de saúde, que visa à compreensão do processo saúde/doença na “sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas. Elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre profissionais e a população. Nessa perspectiva, a família torna-se objeto central da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas estruturas sociais e culturais dela decorrentes (FARIA *et al.*, 2008).

O objetivo maior da Estratégia Saúde da Família é reorientar o processo de trabalho e as ações propostas pelo Sistema Único de Saúde, no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade.

Os objetivos específicos da Estratégia Saúde da Família são:

- reconhecer a saúde como direito de cidadania e resultante das condições de vida;
- estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas;
- estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção de saúde;
- prestar nas unidades de saúde e domicílios, assistência integral contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a estabelecer vínculo entre equipe e usuários.

A Estratégia Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela em um determinado território e equipe, a equipe de Saúde da Família, que passa a ser a “porta de entrada” do serviço de saúde.

Silveira (2004) complementa que os desafios propostos para a Estratégia Saúde da Família estimulam a produção de um novo agir em saúde, em que a lógica do trabalho esteja centrada na produção de sujeitos autônomos e que o acolhimento, responsabilização da equipe, a resolutividade e a autonomização passem a ser o eixo estruturante do modelo assistencial, sendo o usuário o grande beneficiário de todo esse processo.

A análise histórica da construção do Sistema Único de Saúde aponta que a saúde da família é uma estratégia para alcançar os pressupostos deste sistema, e deve ser valorizada pelos seus princípios, como um modo de organizar as práticas de saúde.

### 4.3 ACOLHIMENTO: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

No Novo Dicionário Aurélio a palavra acolhimento tem seu significado estabelecido com as seguintes palavras

ACOLHIMENTO é o ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. ACOLHER significa dar agasalho ou acolhida a; hospedar. Atender; receber. Dar Crédito a, dar ouvidos a. Admitir, aceitar. Tomar em consideração. Agasalhar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se (FERREIRA, 2004, p.27).

Matumoto (1998), em seu estudo da rede básica de serviços de saúde e seus componentes, faz algumas considerações a respeito do significado acima:

O significado de acolhimento como recepção nos leva a pensar em ato, mas o acolhimento não é apenas o ato de receber, e não ocorre apenas na recepção da unidade de saúde, é um processo que deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores da unidade. As palavras atenção e consideração levam a pensar em um atendimento mais humanizado. [...] o significado do verbo acolher dá uma idéia da ação do acolhimento, ou seja, atender, receber dando crédito àquilo que o outro traz, ouvindo-o e considerando sua queixa como algo digno de atenção. A tradução abrigar-se, hospedar-se, recolher-se demonstra que o processo de acolhimento implica em trazer para dentro de si mesmo, trazê-lo para dentro da unidade de saúde, implicando em relações de aproximação das pessoas (p.11).

Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento é considerado a recepção do usuário, desde a sua entrada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo seu problema, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

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

O acolhimento é o modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar resposta adequada aos usuários (BRASIL, 2009).

O acolhimento, nos serviços de saúde, tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas; um processo, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores de atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (MATUMOTO, 1998).

O acolhimento não é considerado um espaço ou local, mas uma postura ética: não necessita de horário e profissional específico para realizá-lo, implica em dividir saberes, problemas e demandas, tomando para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar o outro em suas queixas, com responsabilidade e resolutividade de acordo com a individualidade do outro (BRASIL, 2009).

Compartilhando as discussões acima, o acolhimento não se limita a recepção dos serviços de saúde; também não podemos considerá-lo como uma triagem, pois não é uma etapa de processo e sim uma ação que deve ocorrer em todos os locais e serviços de saúde (recepção, atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo e retorno).

Franco e Merhy (2003) apresentam o acolhimento como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitam, possibilitando um novo formato na organização da assistência, a partir da reorganização do processo de trabalho.

Para Matumoto (1998), o acolhimento é mais do que um fenômeno lingüístico, do que discurso verbal: deve traduzir-se em intencionalidade de ações. Ele possibilita o conhecimento das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e imediatamente entra em cena um processo de trabalho no qual as ações respondam às necessidades captadas.

O acolhimento entendido como diretriz operacional do modelo tecno-assistencial propõe a reorganização do serviço, invertendo a lógica da organização e funcionamento do serviço de saúde. Franco, Bueno e Merhy (1999) apresentam os seguintes princípios, a partir dos quais o serviço deve ser organizado:

-Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Pode-se dizer que o serviço acolhe, escuta, atende as demandas dos usuários, resolvendo seus problemas.

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

-Qualificar a relação trabalhador - usuário, a qual deve pautar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania. Assim, estabelece uma relação de vínculo, além de promover autonomia do usuário, fatores essenciais para o atendimento às necessidades dos usuários.

A partir dessas considerações pode-se afirmar que o acolhimento se constitui num instrumento potente para reorganizar a atenção à saúde, no sentido de garantia dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde de acesso universal, equânime e integral.

O acolhimento é uma ferramenta que busca garantir acesso a todos os usuários (universalidade) com objetivo de escutá-los, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, estabelecendo vínculo entre usuários e profissionais para maior confiança e alcance de um adequado nível de resolutividade.

O acolhimento permite produzir condições de equidade na utilização dos serviços de saúde, desencadeando ações e ordenamento da oferta de serviços, otimizando os recursos existentes para responder às reais necessidades de saúde da população, com maior resolução.

No acolhimento, o foco do trabalho não é mais a doença, mas o paciente, prestando-lhe uma assistência integral. Desloca-se o eixo da atenção às doenças ou partes do indivíduo para o desafio de entender o indivíduo em sua totalidade, englobando todas as suas necessidades, valorizando suas queixas e fatos. O acolhimento supera o modelo biológico-hegemônico em direção a uma centralidade do usuário, que é sujeito e fim do processo assistencial da Estratégia Saúde da Família, e sujeito ativo em processo de saúde.

Solla (2005) define a incorporação da proposta de acolhimento no Sistema Único de Saúde em três grandes âmbitos:

- Postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe);
- Ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde visando a melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver problemas;
- Diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde capacidade para dar respostas às demandas apresentadas pelos usuários disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas (p. 496).

O acolhimento revela uma nova dinâmica do modo de se trabalhar em saúde, permitindo mudanças no cotidiano, quando o usuário passa a ser o sujeito central do processo assistencial.

Com o acolhimento, o processo de trabalho centrado nos moldes tradicionais (modelo biomédico) é modificado, com rompimento da lógica do trabalho médico, que se dá em torno

da agenda e da consulta. O acolhimento tem as relações humanas incorporadas por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores, em cada ato que compõe o processo de trabalho. Sendo assim, o usuário é o sujeito da situação, na qual a responsabilização e co-responsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade.

Ao estabelecer o acolhimento nos serviços de saúde, o profissional escuta as queixas, medos e expectativas trazidas pelos os usuários, e se responsabiliza em dar uma resposta aos problemas, conjugando as necessidades imediatas com oferta de serviços e encaminhando com responsabilidade e resolutividade as demandas não resolvidas. Assim, ocorre o encontro do sujeito profissional com o sujeito demandante de forma humanizada e resolutiva, onde o demandante passa a atuar como seu próprio ajudador. Estabelece uma relação de vínculo, com autonomia do usuário, favorecendo uma assistência à saúde de qualidade.

Para Matumoto (1998) uma das ferramentas essenciais para o acolhimento é a comunicação. A comunicação que se estabelece neste processo pode favorecer a estruturação de uma relação entre trabalhadores e usuários que favoreça a emancipação destes últimos.

Oliveira *et al.* (2008) referem-se à comunicação no contexto do acolhimento como a capacidade de diálogo entre trabalhadores de saúde e destes com usuários, na intenção de construir de maneira co-responsável, um serviço resolutivo que atenda as necessidades de todos esses atores, bem como relações que produzam ou fortaleçam a autonomia dos usuários.

Para que a comunicação favoreça esse processo, é preciso zelar por alguns princípios tais como: respeito, sinceridade e empatia. A competência comunicacional, que não é inata, demanda aprendizagem permanente e precisa ser afinada entre todos os membros da equipe como uma orquestra. E, se efetivada com qualidade, pode potencializar o planejamento e ações do serviço (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O mesmo autor relata que a comunicação envolve não só a capacidade de se fazer claro, mas sobretudo de escutar o outro de forma acolhedora. Para sensibilizar e mobilizar os indivíduos é preciso atingir sua subjetividade, não apenas passar-lhes informações que proporcionam um entendimento conceitual.

Segundo Matumoto (1998), o usuário demonstra de várias formas suas necessidades. É preciso estar atento a qualquer tipo de expressão dessas necessidades, seja através da comunicação verbal, não verbal, corporal, expressão facial, tornando-as fontes de informação na interação com usuário. A escuta ultrapassa a captação de mensagens verbais, buscando o significado do falado, retendo os pontos mais importantes. O trabalhador, através da escuta, deve buscar ver o usuário além de sua queixa. A escuta deve ser valorizada e reconhecida como instrumento de trabalho.



Teixeira (2003) traduz essa eficácia da comunicação naquilo que acredita ser a substância do trabalho em saúde que é a conversa, da qual depende a realização de todo trabalho em saúde. Esse autor menciona também que o acolhimento é responsável por interligar uma conversa à outra, formando a rede de conversações, a qual traduz uma visão de um acolhimento dialogado, que deve estar presente em todos os encontros assistenciais decidindo a trajetória do usuário através do serviço de saúde.

Para Teixeira (2003) o acolhimento dialogado caracteriza-se rigorosamente como uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las.

Teixeira (2003) cita como disposições para o acolhimento–dialogado:

- o reconhecimento do outro como um legítimo outro;
- o reconhecimento de cada um como insuficiente;
- o sentido de uma situação é resultado do conjunto dos saberes dos atores presentes.

O autor acima menciona que todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

O acolhimento dialogado, utilizado por todos profissionais do serviço de maneira eficaz, é capaz de estabelecer vínculo entre trabalhador / usuário, produzir conhecimento das reais necessidades de saúde do usuário, transmitir confiança e responsabilidade para o mesmo e também promover autonomia diante da promoção da sua saúde.

Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, e implica em mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, troca e decisões coletivas. A equipe neste processo deve garantir o acolhimento para seus profissionais e suas dificuldades na acolhida à demanda da população, estimulando a participação e decisão coletiva entre os membros (BRASIL, 2006).

#### **4.3.1 ACOLHIMENTO E GESTÃO PARTICIPATIVA**

O acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe. Isto se dá porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos

trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do dever, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na unidade de saúde (FRANCO *et al.*, 1999).

Franco *et al.* (1999) relatam que a gestão democrática e participativa cria oportunidades para experimentar um processo pedagógico, auto conduzido, de extrema riqueza. Os trabalhadores passam a conhecer o usuário, a partir do momento em que o mesmo adentra a unidade. Por outro lado, o permanente contato com a assistência, as inúmeras reuniões, discussões técnicas de grupos programáticos, o debate sobre políticas de saúde, levam os trabalhadores a assimilarem um conhecimento importante acerca da sua realidade e da realidade institucional. É possível dizer que eles adquirem capacidade de auto-análise, o que lhes dá possibilidade de autogestão na organização do processo de trabalho e, por conseqüência, dos serviços.

Para humanizar a relação entre trabalhador e usuário, nos serviços de saúde, não basta restringir-se à escuta e ao respeito, é preciso ultrapassar essa visão afetuosa do relacionamento, a partir da construção de um processo de gestão de trabalho pautado na autogestão e na responsabilidade do trabalhador de saúde com seu objeto de trabalho, a vida e o sofrimento das pessoas e da coletividade (FRANCOLLI, 2004).

Observa-se que o acolhimento resulta em fortalecimento do trabalho em equipe, imprimindo mudanças no fazer profissional, em especial dos não médicos - enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários, dentistas, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, e outros - mudanças essas vinculadas à valorização desses profissionais e seus saberes e experiências. Franco *et al.* (1999, p.45) tecem as seguintes ponderações a respeito da valorização dos profissionais não médicos: “passam a usar todo o seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços da unidade”.

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

O acolhimento, considerado como um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento deve ser realizado por todos os profissionais, sendo que cada um desses contribuirá positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizadora dentro da sua área de atuação. O usuário que recebe uma assistência integral e

multiprofissional adequada é mais capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da promoção de sua saúde (SILVA E ALVES, 2008).

As equipes de saúde devem preparar-se para utilizar sua infra-estrutura de forma criativa, garantido o acolhimento, adequado à realidade local. Os profissionais devem estar preparados para a função do acolhimento, ampliar o entendimento das relações equipe e usuários e dos membros da própria equipe. O sentido de acolher deve ultrapassar as fronteiras da relação equipe/usuários e permear as relações dentro da equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no cotidiano do trabalho, estimulando seus membros a relatarem dificuldades que podem ser trabalhadas dentro da equipe ou não. Que a proposta de acolhimento não seja descendente (instituição-equipe-usuário) e sim que esteja presente nas várias relações oriundas do trabalho em saúde (PEREIRA, 2006).

O acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário. Processa-se uma mudança no fluxo de entrada, de forma a não mais ocorrer de forma unidirecional, (agendando para o médico/dentista todos os pacientes que chegam). Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. O fazer em saúde passa ser resultado da complementação de saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias, assim como da interpretação crítica desses diversos saberes e práticas (MALTA, 2000).

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

Para Solla (2005) o acolhimento pressupõe um conjunto formado por “escuta interessada”, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder às necessidades dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. Também, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada.

O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho até a constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma da gestão da unidade (FRANCO *et al.*, 1999).

#### **4.3.2 DESAFIOS DO ACOLHIMENTO E O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE INIMUTABA**

A partir dessa revisão literária sobre Acolhimento e, observando o processo de trabalho da nossa equipe de saúde bucal e as práticas em saúde no município de Inimutaba, foi possível perceber uma distância entre nossa realidade e o conceito de acolhimento que está prescrito nos textos oficiais, e conseqüentemente em relação aos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Observa-se que os trabalhadores da saúde bucal, principalmente os cirurgiões-dentistas, apresentam dificuldades para efetivação do processo de acolhimento em decorrência da sua formação profissional, a qual é centrada na doença, não tendo como foco da atenção o indivíduo integralmente, baseada no atendimento sem consciência do coletivo e do processo saúde-doença. O resultado é um profissional com perfil voltado para atendimento de uma clientela particular, sem conhecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da concepção de acolhimento.

Portanto, é fundamental, no serviço, momentos de reflexão sobre a organização, sobre as ações e resultados do processo de trabalho, e conseqüentemente, do acolhimento, na perspectiva de transformação do saber e do fazer desses profissionais, ou seja, a educação permanente em saúde.

Com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria GM/ MS Nº 198 de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde; e a partir da Portaria GM/MS Nº 1.996 de 20/08/2007 dispôs as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com a Portaria Nº 198/GM/MS (BRASIL,2004)

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

... a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. ( p.2)

A Política de Educação Permanente trabalha a partir de três eixos fundamentais:

- a relação entre educação e trabalho: buscam-se processos educativos aplicados à realidade do trabalho. As ações educativas devem ter origem nos problemas cotidianos, contextualizados de acordo com a prática profissional e social das relações de trabalho, envolvendo desde os serviços de saúde até recursos humanos e a relação com os usuários.
- políticas de formação que colaboram para a transformação da prática de saúde: visa à ampliação da capacidade resolutiva na atuação profissional e na organização do trabalho, incentivando os atores envolvidos a questionarem suas práticas profissionais, em um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.
- produção e disseminação do conhecimento: construção e disseminação de novos conhecimentos a partir da reflexão crítica no processo de ensino-aprendizagem e a experiência vivenciada na prática profissional, (re) construindo conhecimentos e novas tecnologias (BRASIL,2005).

A Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, complementa a Portaria GM/MS Nº 198 de 13/02/2004, ampliando sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico. Ela propõe que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Para a efetivação do processo de acolhimento do nosso município é essencial, pois, a estratégia da educação permanente em saúde, objetivando a transformação da realidade do trabalho e da saúde da população, a partir dos problemas enfrentados no cotidiano da prática de saúde. Através da educação permanente em saúde ocorrerão questionamentos do processo de trabalho da equipe, da qualidade e da organização da atenção, o que leva a busca de soluções a partir da experiência de cada um, buscando transformar a prática profissional e a organização do trabalho.

## 5 CONCLUSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico permitiu ampliar a compreensão sobre o tema estudado – Acolhimento - diante das diferentes concepções e experiências dos autores.

O acolhimento constitui uma prática importante no processo de trabalho em saúde, refletindo na promoção da qualidade da assistência. A partir da captação das necessidades de saúde trazidas pelo usuário ou através do diálogo usuário/profissional estabelece-se o vínculo, gerando um trabalho não somente baseado em conhecimentos técnicos, mas humanizado, que vê o usuário em sua integralidade, e o considera agente da ação terapêutica.

O acolhimento estabelece um atendimento qualitativo e humanizado, promovendo assistência integral, a partir da sua compreensão como um processo de responsabilização de uma equipe capacitada para tal, por meio de um trabalho multiprofissional, juntamente com a postura acolhedora.

A consolidação do acolhimento resultará da abordagem integral do usuário, e à medida em que as ações em saúde estiverem voltadas para atender às necessidades dos usuários e o processo saúde - doença for o foco de nossa atenção.

O acolhimento inicia-se com o diálogo no momento dos encontros usuário/profissional (recepção, atendimento individual, tratamento, retorno e encaminhamentos externos), por meio do trabalho em equipe, resultando em uma “rede de conversações”, tanto para os trabalhadores entre si, como para trabalhadores/usuários. Assim, cada encontro é ponto de acolhimento que produzirá cuidado. A confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a saúde na sua integralidade.

O acolhimento não é apenas chamar pelo nome, dar bom dia, envolve também ações que buscam atender às necessidades e resolver, por meio da escuta, os problemas de saúde apresentados no cotidiano pelo usuário, desencadeando uma relação humanizada.

Este estudo contribuiu para reflexão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família do município de Inimutaba, onde trabalhadores devem praticar uma assistência acolhedora, humanizada, escutando as necessidades dos usuários, valorizando suas queixas, oferecendo resolutividade, autonomia e garantia a todos do direito à saúde.

O acolhimento deve propiciar que, em nossa equipe, o processo de trabalho seja repensado, passando de uma prática direcionada para doença/cura para uma prática orientada para a produção de saúde, caminhando para um novo fazer em saúde, centrado no usuário, compreendido como cidadão de direitos.

Quando o serviço se abre para o acolhimento, com escuta qualificada, a equipe da Estratégia Saúde da Família deve se responsabilizar pelas necessidades trazidas pelo usuário, deixando de trabalhar apenas com o corpo que dói, permitindo que o cotidiano do usuário entre no trabalho da unidade, transformando este ato em momento de troca de saberes entre profissional e usuário.

O acolhimento garante o acesso, humaniza o serviço, estreita o vínculo com a comunidade, fortalece a relação entre os membros da equipe e a troca de saberes, estimula a participação do usuário ao valorizar suas opiniões, buscando uma relação mais solidária entre os trabalhadores de saúde e entre estes e a população usuária do serviço.

A partir do acolhimento cria-se um espaço de diálogo entre profissional e usuário, comprometendo ambos com a resolução das necessidades. Mesmo que a demanda não possa ser solucionada no momento da escuta, o usuário tem garantida uma orientação ou um encaminhamento, o que amplia o acesso aos serviços.

A valorização do trabalho de equipe é identificada no acolhimento, no qual o trabalho dos profissionais não médicos tem maior visibilidade nas práticas, construindo uma atenção integral, resolutiva e de qualidade.

O estudo sobre acolhimento leva a refletir que a equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família no nosso município tem dificuldade no estabelecimento de escutas ampliadas, pois estas fazem aflorar problemas e necessidades que não podem ser resolvidas pelos profissionais de saúde, sendo necessária a articulação intersetorial, buscando parcerias externas à saúde. Isso significa estabelecer um diálogo efetivo com outros serviços, com vistas a estabelecer interações de referência e contra-referências, além de estabelecer relacionamentos com associações comunitárias, sindicatos, escolas, dentre outros.

A capacitação da equipe de saúde é discutida no processo de acolhimento. A Estratégia Saúde da Família propõe operar uma mudança no modelo tecno-assistencial, buscando ultrapassar o modelo hegemônico-orientado para doença e cura, mas os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, centradas na produção de procedimentos. O questionamento então a fazer é como acolher o usuário se a equipe de saúde ainda tem a doença como objeto de trabalho na sua prática.

As dificuldades nas relações entre os membros da equipe é outro dificultador para operar o acolhimento, o que pode ser visto a partir do trabalho do médico e dentista da nossa equipe, trabalho que gira em torno da agenda e consulta, visualizando parcialmente a realidade. Trabalhar em equipe significa construir uma rede de relações entre diferentes

sujeitos com interesses, saberes, projetos, poderes distintos, o qual deve permanentemente ser cuidado.

Os estudos têm mostrado que o acolhimento é bastante complexo, sendo sua construção, no município de Inimutaba, um desafio.



## **6 DIFICULDADES NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

As dificuldades observadas no acolhimento no município a partir das práticas de saúde da equipe de saúde bucal são:

-Nestes anos de equipe, pude observar que existe um desconhecimento da plenitude do conceito de acolhimento, ausente no vocabulário e nas práticas de alguns profissionais, levando à não utilização dessa ferramenta no processo de trabalho;

-O acolhimento na recepção da unidade é realizado pela auxiliar de saúde bucal, que também auxilia o cirurgião-dentista, sendo o tempo insuficiente para realizar as duas ações, dando-se preferência ao suporte às atividades juntamente com o cirurgião-dentista;

-Ausência de privacidade para realização do acolhimento (é realizado no balcão da recepção), o que interfere negativamente na construção de relação de confiança entre usuário e o trabalhador;

-Acolhimento é “saber o que o usuário veio fazer na unidade”, sendo a abordagem restrita aos sinais e sintomas, e o encaminhamento do usuário é feito apenas para o cirurgião-dentista (atividade individual), não se valorizando outros integrantes da equipe de saúde nem se fazendo encaminhamentos a outras atividades coletivas, sendo o processo de trabalho centrado no dentista;

-Como integrante da equipe, observando o processo de trabalho centrado na doença, na organização do trabalho no nosso cotidiano o acolhimento é forma de “escolher quem será atendido”;

-Acolhimento no atendimento individual por alguns profissionais, o cirurgião-dentista, gera uma ação pontual, descomprometida com produção de saúde humanizada, sendo o objetivo o repasse do problema, tendo como foco a doença e o procedimento, e não a integralidade da assistência;

-Acolhimento leva ao atendimento de quem chega primeiro ao invés de quem mais precisa;

-Observa-se ausência de discussões entre trabalhadores da saúde bucal e gestor para refletir o acolhimento e dificuldades, gerando deficiente interação entre os membros da equipe.

-Acolhimento não leva ao atendimento de todas as demandas (escuta das demandas sem interesse de resolver o problema), havendo falha na articulação com setores em busca de gestão compartilhada, levando a organização do serviço que não interfere positivamente no modo de produção de saúde.

Portanto, no município de Inimutaba, na equipe de saúde bucal, a realidade é que o acolhimento não se constitui em elemento central que contribua na consolidação de um modelo de saúde que incorpore de forma mais efetiva a universalidade, a integralidade e a equidade no atendimento da população da área de abrangência do nosso território.

Um fator que favorece a manutenção dessa realidade na nossa equipe de saúde bucal é a formação acadêmica do cirurgião-dentista, voltada para questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ou nenhuma ênfase para os fatores sócio-econômicos e psicológicos no processo saúde - doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde.

A inserção tardia do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família também influencia o quadro acima, uma vez que a mesma ocorreu sem uma discussão ampliada a cerca de seus significados, não estando o profissional qualificado – e isso contribui para a prática de saúde tradicional e para a falta de interação entre os membros da equipe.

A precarização das ofertas e condições de trabalho para o cirurgião-dentista tem impulsionado este profissional a buscar alternativas de trabalho, mesmo distante dos seus ideais de realização profissional. Muitos encaram a sua participação na Estratégia Saúde da Família como atividade passageira, e não como opção pelo trabalho. Ao mesmo tempo sua filosofia e sua proposta de atenção á saúde refletem-se em sua prática.

Muitos profissionais foram formados, até então, quase que exclusivamente para o exercício liberal, sem saber trabalhar no plano social, sem atuar em equipes multidisciplinares de saúde, com supervalorização do técnico – científico e desvalorização do trabalho no serviço público.

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

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

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre acolhimento trouxe a reflexão sobre a organização do nosso serviço de saúde, nosso processo de trabalho e o modelo de assistência em Inimutaba. Nota-se que estamos distantes dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, não contemplando o acesso universal, a equidade e integralidade, uma vez que nem todos que procuram a unidade são atendidos, o serviço não é organizado de acordo com as necessidades dos usuários e as ações de promoção, prevenção e reabilitação não são conquistadas por todos.

Observamos na nossa prática, que apesar do avanço, o modelo predominante continua sendo o médico-centrado, estando voltado para a chamada “demanda espontânea”. A organização da oferta de serviços de saúde é feita em resposta a demanda espontânea e desordenada do usuário, sendo desta forma, predominantemente, curativa, aumentando cada vez mais, o problema da demanda reprimida, dificultando o processo de trabalho, e impedindo que se faça efetivamente a prevenção e promoção da saúde. Na busca da melhoria do acesso do usuário ao serviço de saúde e organização dos serviços, o acolhimento é uma das ferramentas necessárias à nossa equipe de saúde bucal.

A relação entre a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal no nosso município e a falta de acesso da população ainda é significativo. O não acesso pode ser observado na fila para consulta, na disputa para distribuição de ficha na unidade. É a forma excludente de atendimento é evidenciada pelo acesso dos usuários à unidade pela ordem de chegada, bem como pela restrição do acesso a dias específicos para determinado grupo ou pela presença do dentista na unidade.

O processo de trabalho ainda está centrado no saber do médico ou do cirurgião-dentista, fazendo com que outros profissionais sejam subestimados no processo, tendo seu potencial para assistência reprimido, reduzindo a oferta de serviços. O atendimento é realizado com base no modelo queixa/condução. As ações de encaminhamento não utilizam “outras” intervenções oferecidas pela equipe da Estratégia saúde da Família, como grupos educativos, entre outros, e se pautam apenas pela consulta médica e pelo atendimento individual com o cirurgião-dentista.

Observa-se que a escuta do usuário no cotidiano da nossa equipe é clínica, focalizada nas queixas e, portanto, a intervenção é pontual, pouco resolutiva e não construtora de vínculo, contribuindo pouco para a autonomia do usuário, apesar de tecnicamente produzir serviços de boa qualidade. É necessário investir no acolhimento–diálogo e, a partir das conversas que

ocorrem no serviço, identificar, elaborar e negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

A organização do serviço na unidade da equipe de saúde bucal no nosso município não interfere positivamente no modo de produção de riscos e sofrimentos da população. Há pouca articulação entre setores em busca de uma gestão compartilhada que responda pelo acesso dos usuários com acolhimento, vínculo e resolubilidade, o que é evidenciado pelo não acesso da população a tratamentos especializados, ficando restrita a tratamentos básicos.

Alguns profissionais trabalham com concepções do processo saúde - doença pouco adequadas para o trabalho com a comunidade, sem muito conhecimento das propostas do Sistema Único de Saúde. Diante dessa realidade, é necessário realizar grupos de discussões com todos membros da equipe, a fim de que situações do cotidiano sejam discutidas e para que, a partir da reflexão sobre a realidade, chegue-se aos conceitos necessários para o desenvolvimento do acolhimento.

Outro ponto importante no cotidiano da nossa equipe é ausência de discussões permanentes entre os integrantes da mesma para avaliar e reprocessar o acolhimento, gerando uma deficiente interação da equipe e, conseqüentemente, o não atendimento das demandas. Sendo assim, a equipe de acolhimento deverá reunir, em intervalos pré-estabelecidos ou de acordo com a necessidade, para discutir sobre o processo de acolhimento – facilidades e dificuldades – trocando experiências, ajudando a identificar as necessidades e potencialidades do grupo, reconhecendo as prioridades a serem trabalhadas, discutindo a necessidade de mudanças no processo de acolhimento.

Nota-se falta de privacidade para realização do acolhimento, por não haver espaço específico, o que interfere na construção da relação de confiança entre usuário e o trabalhador, que é fundamental no acolhimento. É necessário determinar um ambiente físico, uma sala na unidade, a qual, além de equipamentos, poderia conter fotos das atividades desenvolvidas pelos grupos de usuários (que acontecem na unidade). Nesse espaço a equipe de acolhimento poderia acolher os usuários não apenas através de suas queixas clínicas, mas através de suas necessidades de saúde.

A educação permanente em saúde (uma articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades da prática em saúde, que possibilite a atualização dos profissionais, permitindo a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho, facilitando a identificação de problemas e elaboração de estratégias para superação dos mesmos) é necessária para o desenvolvimento da nossa equipe no processo de acolhimento. Por meio da educação permanente em saúde poderão ocorrer questionamentos do processo de trabalho da

equipe, dos conflitos e tensões do acolhimento, da qualidade e da organização da atenção, o que leva a busca de soluções a partir da experiência de cada um, buscando transformar a prática profissional e a organização do trabalho.

O acolhimento tem que ser discutido na equipe da Estratégia Saúde da Família no município de Inimutaba, em seus aspectos teóricos e práticos, para que se constitua em uma prática capaz de consolidar o modelo de saúde de acordo com os princípios do SUS, para que possa responder às demandas da nossa área de abrangência e estabelecer relações com outros serviços de saúde de forma hierarquizada e regionalizada.

Como integrante da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família e, trabalhando como intermediadora na educação permanente em saúde, a proposta para enfrentar os conflitos e tensões no município de Inimutaba, quanto ao acolhimento, deve ocorrer a partir das seguintes ações:

- Mapear o fluxo de atendimento da unidade, com a participação de toda equipe, conhecendo as entradas, caminhos percorridos, as saídas, todo o funcionamento da unidade, fazendo com que a equipe conheça e reflita sobre o seu cotidiano;

- A partir da reflexão do dia a dia da equipe, levantar os conflitos e tensões no processo de acolhimento, com a participação de todos os membros e gestores, discutindo a organização da assistência e o processo de trabalho;

- Em conjunto com gestores, usuários e equipe discutir estratégias para solucionar as dificuldades, construindo propostas para implantação do acolhimento com a responsabilidade de todos, construindo protocolos para as condutas a serem adotadas diante dos problemas enfrentados no acolhimento;

- Capacitar os integrantes da equipe para a escuta qualificada proposta no acolhimento e definir a equipe de acolhimento;

- Discutir a realização do acolhimento não apenas na unidade de saúde, mas também nas visitas domiciliares, atividades coletivas, grupos operativos;

- Construção de um ambiente favorável na unidade para o acolhimento, de modo que o usuário se sinta confortável e tenha privacidade com a equipe de acolhimento;

- Divulgar junto aos usuários, nas visitas domiciliares, nas atividades coletivas, nas escolas, nas associações de bairro, o que é o acolhimento, como será realizado, motivando-os a participarem de sua construção;

- Buscar articulação com outros setores (da prefeitura ou de outros serviços de saúde, da comunidade) para atender às necessidades da população que dependam de ações intersetoriais;

-Discussões permanentes entre os membros da equipe da unidade para avaliar e reprocessar o acolhimento, o que resultará em capacitação da equipe com a própria experiência no acolhimento.

-Monitorar e avaliar as ações implementadas para efetivação do acolhimento.

Os trabalhadores da saúde, gestores, usuários e demais setores do território devem participar da discussão do processo de acolhimento, de forma democrática, havendo contínua avaliação, para que o processo de trabalho e a organização do serviço criem formas de trabalho voltadas para a saúde.

Portanto, a incorporação do acolhimento no trabalho em saúde deve ser utilizada como estratégia na produção de saúde no território, operacionalizando os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, C.L.C; MINUZI,D. O acolhimento como proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: uma análise Bibliográfica. **Saúde Santa Maria**, vol34a n1-2: p37-43,2008.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em :< [http://www. planalto. gov. br./civil/Constituição/Constituição.htm](http://www.planalto.gov.br/civil/Constituição/Constituição.htm)> Acesso em

BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei N 8.080** Orgânica de Saúde, 1990a.Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>.Acesso em 14 set 2009.

BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei N 8.142**,1990b. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>.Acesso em 14 set 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. ed. Brasília. 2006.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde –3ed –Brasília, 2009 .Disponível em < [http:// portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUS\\_3\\_edição\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUS_3_edição_completo.pdf) >.Acesso em 15 set. 2009.

BRASIL.Ministério da Saúde. Política de Educação Permanente em Saúde.**Capacitação do Programa Nacional de DST e AIDS-SVS/MS**.Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1886/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde Família. Disponível em: < [http://saude.gov.br/dab/docs/.../portaria\\_1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://saude.gov.br/dab/docs/.../portaria_1886_18_12_97.pdf) >. Acesso em 15 set.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: < [www.mp.gov.br/portalweb/hp/2/.../portaria1444\\_28\\_12\\_00.pdf](http://www.mp.gov.br/portalweb/hp/2/.../portaria1444_28_12_00.pdf) > Acesso em 15 set.2009.

BRASIL.Ministério da Saúde.**Portaria GM / MS Nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004.Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em : <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em 10 nov.2009.

BRASIL.Ministério da Saúde.**Portaria GM / MS Nº 1996** ,de 20 de agosto de 2007.Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.Disponível em : [http:// portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf). Acesso em 10 nov.2009.

FARIA, P.H. et al. **Modelo Assistencial e Atenção básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed,2008.

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

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. **Cad. Saúde Pública**, vol.15, n.2, pp. 345-353, 1999.

FRANCOLLI, A.L.; ZABOLI, P.C.L.E. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 38(2): 143-151, jun 2004

MALTA, D.C.et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados de experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34.2000

MATUMOTO, S. et al. **A comunicação como ferramenta para acolhimento em unidades de saúde**. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Anais Eletrônicos. -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP.Disponível em: < <http://proceedings.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 27 set 2009.

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

OLIVEIRA, A. et al. A Comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos,SP.**Interface-Comum.,Saúde., Educ.**, vol12,n27, pp.749-62, out./dez. 2008.

PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família**. Grupo de estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil.**Cad. Saúde Pública**, vol.23, n.1, pp. 75- 85,2007.

SCHIMITH, M. D. ; LIMA, M. A. D. S.Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, n.6, pp. 1487-1494, 2004.

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

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n. 1, pp. 71-78, jan./jun. 2004.

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

SOUZA, E. C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110, 2008.



TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. **Construção de Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, .p89-111,2003.

VASCONCELOS, M., GRILLO, C.J.M., SOARES,M.S. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopemed, 2008.