

RESUMO

Objetivos: analisar o Acolhimento; identificar a resolutividade do Acolhimento; descrever o acolhimento na percepção do usuário e na concepção da enfermagem; descrever o processo de trabalho desenvolvido no acolhimento; descrever as dificuldades da realização do acolhimento. **Metodologia:** Revisão bibliográfica e estudo quantitativo retrospectivo sobre a resolutividade do acolhimento, realizado como monografia de conclusão de curso. O material levantado na BIREME foi analisado de forma exploratória, seletiva e analítica e assim se fez uma apreciação, seleção, julgamento e consolidação das informações para responder ao objetivo da pesquisa. Os dados foram disponibilizados pela Gerência Regional de Epidemiologia e Informação (GEREPI) do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, em forma de Tabela Dinâmica. **Resultados:** os dados foram apresentados de forma quantitativa e em porcentagens e divididos em bimestres, dispostos em gráficos e tabela para otimizar a análise e a discussão. **Discussão:** o modo de atendimento não evolui, visto que, no período da pesquisa, a resolução do problema no ato do acolhimento, as consultas médicas e de enfermagem mantiveram seus patamares de 31%, 51% e 12% respectivamente. A consulta médica é significativa (51%). Sem referência quantitativa, pode-se dizer que o acolhimento é pouco resolutivo, uma vez que, metade da população atendida passou pelo médico. **Considerações finais:** Os cuidados primários de saúde já evoluíram bastante, mas o modelo de vigilância à saúde ainda é incipiente e o modelo médico-hegemônico impera dentro do PSF. O arcabouço jurídico da saúde é muito bem fundamentado, mas é insuficiente para implementar mudanças. Faltam recursos físicos e técnico-científicos que impossibilitam a prática de um acolhimento quantitativamente resolutivo e que reorganize o modelo de atenção à saúde.

Palavras chave: Acolhimento; Enfermagem no PSF; Modelos de Atenção à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma Ata é o marco internacional das discussões sobre os cuidados primários de saúde. No decorrer dos anos viu-se a necessidade de um aprofundamento maior nessas discussões sendo, então, realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Outro movimento importante na luta por saúde para todos foi a Reforma Sanitária e, juntos, constituem a base fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Brasileira de 1988 que em seu artigo 196 reza o direito à saúde a todos habitantes do território brasileiro.

O SUS tem como princípios e diretrizes a universalidade de acesso, a assistência integral e equânime e o controle social. Esses constam nas Leis 8.080 e 8.142 ambas de 1990. No ano de 1994, objetivando a reorganização e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa visa, também, a municipalização da saúde e a implementação dos princípios fundamentais do SUS.

A prioridade do PSF é o desenvolvimento de ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e coletividade de forma integral e resolutiva. Ele deve também possibilitar o acesso a toda população, tendo como ferramenta mais importante o Acolhimento.

As Equipes de Saúde da Família, na reorganização da assistência, devem dispor dessa ferramenta para organizar seu processo de trabalho e a partir de uma escuta ampliada, ser capazes de identificar situações de risco e necessidades do indivíduo, família e coletividade. O acolhimento quando desenvolvido de forma correta propicia aos profissionais ter domínio sobre o fazer saúde na Atenção Básica e fornece subsídios para o desenvolvimento de todas as ações que compõem o Nível Primário da Assistência.

Os indivíduos procuram os serviços de saúde quando há alguma necessidade, buscando uma atenção integral e resolutiva para seus problemas. Para que o sucesso do acolhimento seja alcançado, somente abrir as portas do serviço não é suficiente, é necessário garantir o acesso e a longitudinalidade do cuidado.

Assim sendo, o ato de acolher gera a responsabilização dos profissionais para com o usuário. O acolhimento pode ser visto, também, como uma estratégia para a implementação dos princípios do SUS de forma resolutiva, a partir de uma escuta ampliada capaz de identificar os problemas reais, as situações de risco e necessidades do indivíduo, família e coletividade. Este deve ser o fazer de toda a Equipe de Saúde da Família (ESF), o que justifica analisar a resolutividade do acolhimento realizado por esses profissionais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a resolutividade do Acolhimento realizado pelas Equipes de Saúde da Família, nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, no período de Janeiro a Agosto de 2009.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o Acolhimento;
- Analisar a resolutividade do Acolhimento nos Centros de Saúde;
- Descrever o acolhimento na percepção do usuário e na concepção da enfermagem;
- Descrever o processo de trabalho desenvolvido no acolhimento nos Centros de Saúde;
- Descrever as dificuldades encontradas pelas Equipes de Saúde da Família na realização do acolhimento nos Centros de Saúde.

3. METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se de dois momentos, primeiro de revisão bibliográfica realizada com base em artigos científicos da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME e livros, utilizando os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) *acolhimento, enfermagem na atenção básica, saúde da família e enfermagem no PSF*.

Num segundo momento foi realizado um estudo quantitativo, retrospectivo para a análise dos dados sobre os acolhimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Noroeste, no período de Janeiro a Agosto de 2009.

3.1 Levantamento Bibliográfico

Para todas as buscas foi utilizado o período limite de publicações dos anos compreendidos entre 1999 – 2009 no idioma Português.

Após o levantamento do material foi realizada a análise do mesmo seguindo as seguintes etapas: leitura exploratória da bibliografia, a fim de conhecer todo o material; leitura seletiva, por meio da qual foram selecionados os artigos pertinentes aos propósitos do estudo; leitura analítica dos textos; apreciação e julgamento das informações, para evidenciar os principais aspectos sobre o tema e leitura interpretativa, observando-se os critérios: ano de publicação e referência à realidade brasileira.

Foram identificados 3.583 artigos, dos quais, foram selecionados 132, o que possibilitou a construção das seguintes categorias na revisão de literatura: cuidados primários de saúde, os modelos técnico-assistências, o programa saúde da família, o acolhimento, o processo de trabalho desenvolvido no acolhimento, as dificuldades na realização do acolhimento.

Finalizadas as buscas foram descartados os artigos repetidos e trabalhou-se com 31 artigos, 03 livros e 01 manual. Os artigos foram lidos na íntegra para ordenamento e consolidação dos conteúdos, no intuito de responder ao objetivo do estudo.

3.2 Coleta de Dados para o Estudo Quantitativo Retrospectivo

Para a coleta dos dados foi realizada uma busca retrospectiva nos Relatórios de Conferência do Quantitativo do Sistema Fênix, referentes às informações dos atendimentos realizados no Acolhimento.

Os dados foram disponibilizados pela Gerência Regional de Epidemiologia e Informação (GEREPI) do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, em forma de Tabela Dinâmica, nas seguintes categorias: atend.p/equipe: medid; atend.p/equipe: orien; atend.p/equipe: solic; enc.externo: outros e enc.externo:p/especi; enc.externo: p/outra; enc.externo: p/urgenc; enc.p/dentro unidade; f.etaria:<13 anos, de13 a 19, 20 a 49,50 anos e mais; sexo:feminino e sexo masculino.

Esses dados foram elencados nos seguintes itens: em *orientação com solução do problema*; *problema resolvido* e encaminhamentos: *consulta de enfermagem, consulta médica, encaminhamentos internos não especificados, outros e encaminhamentos externos*.

Posteriormente, esses dados foram dispostos em gráficos e tabela para possibilitar uma análise da real resolutividade do acolhimento, fundamentada na literatura selecionada anteriormente sobre o tema.

3.3 Considerações Éticas

Trata-se de um estudo retrospectivo sobre o acolhimento no qual será analisada a resolutividade do procedimento sem identificar profissionais e/ou usuários. Os dados quantitativos consolidados de 100% dos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Noroeste foram compilados e a análise realizada a partir do total de acolhimentos dos CS no período de janeiro a agosto de 2009.

Assim sendo, este trabalho prescinde da submissão aos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Cuidados Primários de Saúde

Os cuidados primários de saúde foram discutidos internacionalmente em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata. A crise do modelo de atenção biomédico e hospitalocêntrico não é recente. Uma análise atenta da história e do desenvolvimento do setor saúde demonstra isso. Os primórdios da construção da atenção básica em saúde estão na Declaração de Alma Ata, base fundamental para a reorganização do modelo de atenção à saúde (HENRIQUE; CALVO, 2008).

A evolução dos cuidados em saúde perpassou pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se discutiu a Promoção da Saúde. Essa discussão, juntamente com a Reforma Sanitária, um movimento de luta em prol da saúde para todos, se constitui um dos pilares para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrida em 1988 com a promulgação da Constituição Brasileira que em seu artigo 196 estende a todos habitantes do território brasileiro o direito à saúde.

Os princípios do SUS são a universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade e participação social. Princípios estes constantes nas Leis 8.080 e 8.142 ambas de 1990 que objetivam a Regulamentação do Sistema Único de Saúde. Mas, somente a legislação não garante que todos estes princípios sejam respeitados, pois segundo Silva; Alves (2008) a garantia de acesso, a equidade na assistência e uma atenção prestada de forma resolutiva é uma problemática percebida na atualidade. Sousa (2008) corrobora esta análise, quando afirma que o arcabouço jurídico do SUS é um avanço considerável do movimento da reforma sanitária, mas “*tem sido insuficiente para promover as transformações necessárias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde [...]*” (SOUSA, 2008, p. 154).

É fato histórico que a assistência à saúde em nosso país sempre se caracterizou por seu aspecto médico curativista, imediatista e hospitalocêntrico, no qual um corpo burocrático-estatal determinava os atendimentos e os encaminhamentos, e que patologias tinham prioridade de tratamento. A crise do

modelo centrado no processo saúde-doença é evidente quando se analisa a história e o desenvolvimento do setor saúde fundamentados tão somente no modelo biomédico (SANTOS; CUTOLO, 2004, HENRIQUE; CALVO, 2008).

O modelo assistencial médico-hegemônico não é e, talvez, nunca tenha sido resolutivo em atender às demandas por saúde da população. É de domínio público o fato de, praticamente, todas as unidades de saúde ter suas recepções abarrotadas, enormes filas, condições subumanas em que um sem número de pessoas aguardam o atendimento e um vasto número de mortes, por falta de assistência, noticiada pela mídia o que mostra a crise no setor saúde. O ditado popular *é melhor prevenir que remediar* ilustra muito bem a contramão do modelo médico curativista em que se espera parcimoniosamente a instalação de uma patologia para depois agir.

É visível, senão gritante, a necessidade de rever os princípios que norteiam o sistema atual, os direitos de cidadania da população e modelo de assistência vigente, o médico curativista e hospitalocêntrico. Atualmente, existe uma estratégia bastante consistente visando à consolidação do SUS e a reorientação do modelo assistencial à saúde.

4.2 Os Modelos Técnico-assistenciais

Os Modelos Técnicos-assistenciais consistem na forma de organização do setor saúde fundamentado nas tecnologias leves – relações inter-pessoais –, leve-duras – saberes institucionalmente estruturados – e duras – equipamentos, exames, procedimentos etc. para proporcionar provisões de ações e serviços para atender à demanda da população.

Vários autores conceituam o tema, dentre eles, Paim (1999), Malta; Santos (2003) apud Merhy (1992) assinalam que Modelo Técnico Assistencial constitui-se na estruturação e organização da produção de serviços alicerçada numa teia de saberes e combinações tecnológicas em determinados espaços coletivos e em planos de ação social e de políticas públicas de saúde, ou seja, sustenta-se numa dimensão técnico-assistencial, se expressando como política.

Assim, *modelo de atenção* é um arranjo de saberes e tecnologias para solucionar problemas e satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo, família e coletividade. É uma determinada forma de organização dos meios de trabalho – tecnologias leves, leveduras e duras – utilizada no modo de fazer saúde constituindo, assim, um modo de intervir no processo saúde doença (PAIM, 1999).

Modelo Assistencial Sanitarista – o *sanitarismo* corresponde à institucionalização da Saúde Pública no Brasil no decorrer do séc. XX (PAIM, 1999), no qual se enfrenta os problemas de saúde da população mediante campanhas – vacinação, combate às epidemias etc. – e programas especiais como controle de doenças infecto-contagiosas, saúde materno-infantil etc.

No entanto, esse modelo de intervenção não atende de forma completa a situação de saúde, ou seja, sua atenção está voltada para o controle de certos agravos e para determinados grupos que supostamente apresentam maiores riscos de adoecimento e morte. Tem um caráter focal de ação, desprezando os condicionantes e determinantes gerais do momento sanitário e valoriza a centralização das ações de saúde. (PAIM, 1999)

Esse modelo tem um formato vertical e marcou profundamente a cultura institucional do Sistema de Saúde Brasileiro, comportamento visto em outras ações do Ministério da Saúde que lança programas centralizados e administrados única e verticalmente, em que se define um conjunto de normas e pressupostos discutidos apenas no nível central sem nenhuma integração com os níveis periféricos e as demais ações de saúde (MALTA; SANTOS, 2003).

Modelo Médico-Assistencial Privatista - é o modelo mais conhecido e prestigiado por estar centrado na figura do médico, profissional em que estão focadas as produções do cuidado e da cura. Esse modelo se restringe ao tratamento de doenças – por isso, se denomina *curativista* –, é predominante no sistema de saúde e está voltado para o atendimento do indivíduo que tem a iniciativa de procurar o serviço de saúde a partir de uma necessidade manifestada (PAIM, 1999, ROSA; LABATE, 2005).

Nesse modelo, as ações de saúde são focais e compartimentadas, ou seja, o corpo humano é considerado uma *máquina* podendo ser analisado em sistemas

desintegrados em que a doença é concebida como um defeito desses sistemas ou de uma pequena parte deles. Assim, a assistência tem a função de intervir pontualmente no intuito de restabelecer o bom funcionamento dessa máquina. Os espaços para ações promocionais e preventivas são restritos e os serviços são organizados a partir da demanda espontânea. Corroborando essa análise Malta; Santos (2003) afirmam que o sanitarismo já não é suficiente, pois somente sanear os espaços deixou de ser importante e deve-se primar pela manutenção da capacidade produtiva dos trabalhadores cuidando de seus corpos.

Endossando o exposto acima, Franco; Merhy, (s/ data) e Franco; Merhy, (2004) referem que a característica marcante do modelo de assistência à saúde vigente é a *produção de procedimentos*, visto que as ações e serviços se dão a partir do fazer do médico, em que predomina o uso das tecnologias duras/leveduras. E vão além, afirmando que o compromisso com as necessidades do usuário é relegado ao segundo plano e a assistência se confunde com o número exorbitante de procedimentos, ou seja, consultas e exames, juntamente com a medicalização crescente da população.

Modelo de Vigilância em Saúde – em oposição ao biomédico, em que todas as ações estão centradas na figura do médico e que as ações visam apenas recuperar a saúde, esse modelo desvia o foco para o usuário. Este novo foco, usuário-centrado, exige que o *fazer em saúde* se desenvolva a partir do trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. É um modelo descentralizado e horizontalizado que articula as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo, família e coletividade.

A Vigilância em Saúde é um modo de enfrentamento dos problemas reais e de risco, a partir de uma análise contínua da situação de saúde da coletividade, do planejamento, da organização e implementação de ações adequadas a esse enfrentamento, podendo ser concebido como um jeito de pensar e agir em saúde (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde (2008) assinala que o novo modelo se compõe das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde, constituindo-se num espaço de articulação de tecnologias leves

e leve-duras provenientes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, sendo uma referência para a reorientação do modelo de atenção.

Ainda de acordo com o Ministério, a partir de ferramentas disponibilizadas pelas vigilâncias, os profissionais desenvolvem habilidades de planejamento, organização e implementação de ações programadas e de atendimento à demanda espontânea, bem como da demanda programada, garantindo o acesso e a acessibilidade dos usuários aos diferentes níveis de atenção à saúde, impactando positivamente na qualidade de vida e saúde de uma determinada população.

Assim, vigilância em saúde engloba um conjunto de ações em saúde coletiva que articula diversos saberes e diversas áreas que juntos modificam a realidade sanitária de uma população através da atuação conjunta sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (BELO HORIZONTE, 2008, BRASIL, 2008). O Ministério da Saúde afirma que:

O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. (BRASIL, 2008, p. 6).

Nos sustentáculos do Modelo de Vigilância em Saúde, encontra-se a vigilância e controle das doenças e agravos transmissíveis e os não-transmissíveis que estão sob a responsabilidade da Epidemiologia definida pelo Ministério como:

[...] conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2008, p. 7).

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é a Promoção, uma estratégia articulada transversalmente, incorporando outros fatores de risco à saúde da população e as diferenças existentes entre essas. Objetiva a criação de mecanismos a partir de todos os atores envolvidos na questão saúde e outros serviços sociais que reduzam o fator vulnerabilidade, defenda a equidade e propicie o controle social, intervindo sobre os condicionantes e determinantes melhorando as

condições de saúde do indivíduo e coletividade. (NUNES, 2002, BRASIL, 2008). Ainda conforme o Ministério, essa promoção é:

[...] compreendida como estratégia de articulação transversal, à qual incorpora outros fatores que colocam a saúde da população em risco trazendo à tona as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. Visa criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2008 p.9).

Pensar o Modelo de Vigilância em Saúde pressupõe a articulação com a vigilância sanitária, incorporando um conjunto de ações como intervenções, visando diminuir ou eliminar os riscos advindos da natureza e do ambiente de trabalho, intervindo nesses e nas questões sanitárias intrínsecas à produção de bens e da prestação de serviços e monitoramento da qualidade dos serviços (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007, BRASIL, 2008).

Assim, o Modelo de Vigilância em Saúde engloba todos os sistemas de vigilância e se articula entre eles. Esse modelo objetiva superar o modelo centrado na demanda espontânea de atendimento para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde. A prestação de serviços se desloca do eixo recuperar a saúde para prevenir riscos e agravos e promover a saúde individual e coletiva. E, como estratégia de reorientação do modelo de assistência à saúde a partir da implementação do Modelo de Vigilância, o Ministério da Saúde lança em 1994 o Programa Saúde da Família.

4.3 O Programa Saúde da Família

A atenção básica à saúde é a estrutura fundamental que sustenta a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), um programa projetado para implementação e consolidação dos princípios que constituem o SUS e implantado como estratégia para a reordenação da atenção à saúde. O Programa prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias de forma integral e continuada (SANTANA; CARMAGNANI, 2001; COTTA, *et al.*, 2006).

Dentre tais princípios, é dada ímpar relevância à integralidade que desloca o eixo da atenção compartimentada do indivíduo, na qual uma assistência cada vez mais especializada se restringe às partes desse, para o desafio de entendê-lo holisticamente, encerrando nessa assistência todas as necessidades biopsico-sociais e espirituais. Sua implementação gera novas práticas setoriais e evidencia que trabalhos clínicos e promoção da saúde são indissociáveis (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004, MARQUES; SILVA, 2004, OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A estratégia do PSF preconiza que cada equipe seja constituída de um modo multiprofissional e que atue em caráter interdisciplinar, trabalhando na ótica de território de abrangência, responsabilização pela clientela de sua área adscrita, cadastramento e acompanhamento das famílias domiciliadas na área. Pretende-se que a atenção básica constitua a porta de entrada do sistema de saúde com garantia de acesso aos demais níveis de assistência e preste uma assistência integral e resolutive a partir dos princípios do SUS.

Para tanto, Fracolli; Zaboli (2004) assinalam que os profissionais atuantes no PSF devem desenvolver processos de trabalhos capazes de estabelecer uma nova relação profissional-usuário, gerando a possibilidade de se desenvolver ações de saúde intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas. As ações desse tipo são imprescindíveis para que o PSF atinja o objetivo de interferir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença melhorando a qualidade de vida da população sob sua responsabilidade.

A efetividade desta nova relação pressupõe que os profissionais sejam capazes de conhecer as famílias da sua área de abrangência, de reconhecer e identificar os problemas reais e de risco à saúde da população sob sua responsabilidade, conseguindo elaborar um plano de ação em saúde que possa modificar os determinantes do processo saúde-doença e intervir positivamente na qualidade de vida dessa população.

A estratégia de saúde da família encerra, em sua concepção, a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do SUS (Rosa; Labate, 2005) e segundo Souza e outros (2008), ocorrerá a partir da

mudança de paradigmas cristalizados na sociedade e incorporação de novo pensar e agir.

Ao sair do foco centrado na figura do médico e voltar para uma equipe multiprofissional, de atuação interdisciplinar, responsável pela atenção à saúde de uma população definida, possibilita uma melhor resolubilidade da assistência prestada. Outro fator é a admissão do generalista como o profissional médico de atenção primária e instituição dos agentes comunitários de saúde, como uma extensão da equipe de saúde da família, voltados para a ação comunitária, aproximando a equipe da população sob sua responsabilidade, ampliando a atuação desta sobre os determinantes mais gerais do processo biopatológico da saúde (ESCOREL, *et al.*, 2007).

No entanto, mesmo com a concepção dessa estratégia numa base política e filosófica condizentes com a necessidade de uma reorganização da atenção à saúde e por melhores que tenham sido, as iniciativas não foram suficientes para alterar as bases que sustentam o modelo médico assistencial predominante no país (SOUSA, 2008). O modelo biomédico está dentro do PSF, pois o fazer médico continua sendo quase que tão somente realizar consulta. Sua ótica de atuação continua focada no curativismo, fundamentada na doença e no aparato farmacológico em detrimento às demais ações de saúde.

O objetivo aqui não é menosprezar trabalho médico, pois sua atuação é fundamental na atenção primária, assim como a dos demais profissionais. Mas constata-se em estudo realizado por Ronzani; Silva (2008) que apesar da importância dada à atuação clínica desse profissional, deve-se ressaltar a importância da vigilância no que tange a prevenção e promoção na estratégia saúde da família. Deve-se, porém, analisar mais detidamente como equipes vem atuando sobre esses pressupostos.

Essa análise é validada por Alves (2004/2005) e Cotta (2006) ao afirmarem que o PSF tem a *pretensão* de ser uma estratégia integral associando assistência, prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo e família e, ainda, por O'Dwyer; Tavares; De Seta (2007) ao assinalarem que a promoção é considerada como uma das funções essenciais do sistema público de saúde e, ao articular-se

com as demais políticas públicas e tecnologias desenvolvidas no SUS, se constitui uma estratégia para a operacionalização de ações que respondam a todas as necessidades de saúde do sujeito e da coletividade.

A estratégia do PSF preconiza a atenção integral à saúde do usuário e família, e segundo Franco; Merhy (s/ data) a escolha do núcleo familiar como espaço de atuação é estratégica. Corroborando a citação acima, Demeneck (2008) apud Litman (1974) afirma que a menor unidade básica de saúde é a família. O positivismo dessa atuação em apontar o foco de atenção da equipe de saúde para um *indivíduo em relação* (família) em oposição ao *indivíduo biológico* (sujeito) está na compreensão da dinâmica deste núcleo através da presença da equipe no domicílio sendo, então, potencialmente enriquecedora ao trabalho em saúde.

Para que essa compreensão aconteça é preciso que os profissionais de saúde conheçam suas particularidades e elementos constituintes do núcleo familiar para possibilitar a realização de processos de trabalhos congruentes com a proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde. Tais processos devem articular os princípios do SUS e as prerrogativas do PSF, ou seja, universalidade, equidade, integralidade, territorialização, intersetorialidade, trabalho em equipe, acolhimento, visita domiciliar e participação da comunidade. Assim, justifica-se essa *abordagem familiar* como alicerce da atuação em saúde da família.

Todos os profissionais de saúde devem participar desta abordagem familiar. Profissionais de diferentes saberes percebem o problema de um jeito diferente e nenhum é auto-suficiente na prestação da assistência, o que justifica a composição multiprofissional da equipe de saúde da família. Daí, a interdisciplinaridade ser tão necessária no processo de trabalho e neste espaço se articulam as tecnologias leves e leve-duras de atenção em saúde. São as atuações cotidianas de cada profissional que em última análise, segundo Franco; Merhy (s/ data) definem o perfil da assistência, fundamentadas numa relação em que todos os sujeitos podem ser produtores de saúde.

É nessa abordagem familiar que ocorre o processo do acolhimento, de fundamental importância para a relação de respeito, escuta e empatia entre os atores no contexto da produção de saúde possibilitando a formação do vínculo entre a

equipe e a família. Assim, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia de mudança ou de construção de uma nova cultura, no que tange a produção de cuidados ampliando o conceito saúde.

Nessa perspectiva, Demeneck (2008) afirma que é necessário que a família seja co-responsável e compreenda esse conceito que implica na reorganização do modelo de atenção vigente, voltado para o processo curativo, para um modelo no qual esteja inserida a preocupação com a qualidade de vida, com a prevenção e a promoção da saúde.

4.4 O Acolhimento

O acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a implementação dos princípios do SUS, de forma resolutiva, a partir de uma escuta ampliada capaz de identificar situações de risco e necessidades do indivíduo, família e coletividade. O acolhimento se destaca, ainda, como uma forma de reorganização do processo de trabalho na atenção primária. Partindo da identificação dos problemas de saúde reais e de risco é possível o profissional se antecipar ao problema e planejar ações de promoção e prevenção implementando, assim, o modelo de vigilância a saúde com resolutividade.

O acolhimento é a relação de escuta, de respeito, de percepção e compreensão do outro, onde se compartilha alegrias e sofrimentos e espaço de pactuação de soluções plausíveis dos problemas de saúde. É a base de criação do vínculo que se dá pela satisfação das necessidades identificadas, aceitação da equipe de saúde para que entre em seu domicílio, cuide de sua família e faça parte de seu cotidiano. É um dispositivo para a reorganização do processo de trabalho, com vistas à garantia de acesso universal e a integralidade das ações, ou seja, o atendimento voltado para a saúde do indivíduo e não só para sua doença. O conjunto das ações de promoção, prevenção e reabilitação de forma resolutiva e humanizada é indivisível não podendo ser compartimentado criando, assim, um campo fértil para mudanças. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; DEMENECK, 2008;

OLIVEIRA, *et al.*, 2008, SILVA; ALVES, 2008; SOLLA, 2005; TAKEMOTO; SILVA, 2007)

A dimensão tecnológica do acolhimento implica na construção de ferramentas que possibilitem uma escuta e análise efetivas na identificação de soluções adequadas às demandas apresentadas. Para Franco; Bueno; Merhy (1999) e Leite; Maia; Sena (1999) a composição multiprofissional da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho, logo, o acolhimento se tornaria mais efetivo.

Assim, as demandas estariam no foco de diferentes olhares, isto é, diferentes profissionais percebendo um mesmo problema, aumentando assim a auto-suficiência da atenção básica. Daí a necessidade de atuação de todos na abordagem familiar de forma interdisciplinar, ou seja, tomada de decisão coletiva, na qual os saberes institucionalmente estruturados se articulam, com responsabilidades iguais e compartilhadas entre os profissionais e entre esses e os usuários. Nesse particular, o acolhimento se configura numa tecnologia leve capaz de reorganizar o processo de trabalho, de dar uma nova direção ao serviço identificando necessidades dos usuários, buscando e ampliando o acesso.

Nas palavras de Oliveira e outros (2008) e Carvalho e outros (2008) a efetividade de todo esse processo diz respeito à capacidade de diálogo entre os trabalhadores e entre esses e o usuário na intenção de construir, de maneira co-responsável e com responsabilização, um serviço resolutivo. Esse deve atender ao máximo as necessidades de todos os usuários garantindo-lhes o acesso, bem como relações que produzam ou fortaleçam o empoderamento e a autonomia dos sujeitos.

Segundo Schimith; Lima (2004) o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados às necessidades identificadas no ato dele, contribui para a satisfação do usuário e estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação na produção de cuidados em saúde. Para Ramos; Lima (2003) denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Essa postura, quando percebida pelos funcionários, permite a constatação de fatores que facilitam ou propiciam um atendimento acolhedor. Ainda de acordo com as autoras, o que se

espera de um trabalhador da saúde, quando ele toma conhecimento de um problema, é que procure acolher de forma a responsabilizar-se pela necessidade de saúde do usuário.

No entendimento de Franco; Bueno; Merhy (1999), Lima e outros (2007) e Carvalho e outros (2008) e Silva; Alves (2008) o acolhimento propõe inverter a lógica da organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos princípios da atenção a todas as pessoas que buscam os serviços, garantindo a acessibilidade universal; da reorganização do processo de trabalho, deslocando este eixo de organização médico-centrado para toda a equipe e a atenção focada no usuário; da resolutividade e da responsabilização; da qualificação da relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Corroborando o exposto acima, Pinafo; Lima; Baduy (2008), Souza e outros (2008), Scholze e outros (2006) e Fracolli; Zoboli, (2004) assinalam que o acolhimento desperta reflexões, questionamentos e mudanças no modo de organização das práticas de saúde, de forma que essa desloque seu eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional e como estão sendo utilizados os saberes para que a qualidade das ações de saúde sejam melhoradas. Significa refletir, novamente, sobre o princípio da universalidade de acesso e da integralidade da atenção e sobre a dimensão de governabilidade das equipes locais diante das práticas de saúde e representa um ganho de conhecimento técnico pelas equipes, potencializando a capacidade instalada da unidade.

Fundamentando-se nos conceitos mais recorrentes sobre acolhimento, anteriormente elencados e nos demais estudos analisados, entendemos o acolhimento como: a) uma postura do profissional de saúde ao oferecer uma escuta ampliada ao usuário dentro seu processo de trabalho individual e em equipe; b) tecnologia leve no processo gerencial dos serviços na unidade básica de saúde objetivando a universalidade do atendimento, a garantia e ampliação do acesso aos serviços de saúde; c) Diretriz para a reorganização do processo de trabalho em saúde visando aumentar o potencial de trabalho dos profissionais, a resolutividade do serviço e a capacidade de dar respostas tecnologicamente mais adequadas às demandas apresentadas; d) como diretriz para a formulação de políticas de saúde

que sejam eficazes na implementação e consolidação dos princípios do SUS e, também, como alternativa estratégica de reorientação do modelo de assistência à saúde.

Assim, o acolhimento não é uma triagem qualificada ou uma escuta interessada. Ele pressupõe uma escuta ampliada capaz de possibilitar a identificação de necessidades e de dar soluções resolutivas, ampliando o potencial de trabalho da equipe e sua capacidade de dar resposta às demandas do indivíduo, família e coletividade, desviando o foco da atenção centrado no médico para a equipe multiprofissional, utilizando melhor o potencial de todos os profissionais.

Além disso, rompe com a lógica hegemônica da consulta médica de agendas fechadas e pré-definidas e busca diminuir a demanda espontânea, aumentando a demanda programada a partir a organização das atividades do serviço. Implica em integração intersetorial do sistema criando mecanismos que permitam dar respostas adequadas aos problemas identificados, encaminhando-os aos demais níveis de assistência à saúde quando necessário, ou seja, uma articulação tecnológica que objetiva garantir acesso aos usuários respeitando o princípio da integralidade.

Portanto, o ato de acolher em seu sentido mais amplo pode contribuir para a construção da responsabilização e criação de vínculo entre usuários e profissionais de saúde e para uma assistência integral e resolutiva.

4.4.1 O processo de trabalho desenvolvido no acolhimento

O acolhimento deve proporcionar o trânsito do usuário nos serviços de saúde e, para isso, é necessário que os profissionais da estratégia saúde da família sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações de saúde que respondam às necessidades da coletividade e, ainda, de praticar a intersectorialidade na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. É nesse contexto que se desenvolve o processo de trabalho do acolhimento.

Para que ocorra o encontro entre estes sujeitos, profissional e usuário, é necessário que se crie um espaço intercessor, no qual se produza uma relação de escuta, responsabilização e discussão entre os atores envolvidos nos projetos de

intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use a sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como um cidadão de direitos e considerando-o, também, um portador de saber e sujeito para o qual as ações de saúde devem ser organizadas. O processo de trabalho do acolhimento deve começar com a identificação de fatores como aqueles que denotam a qualidade do atendimento, a boa recepção, o respeito ao usuário, a relação humanizada e o bom desempenho profissional (RAMOS; LIMA, 2003).

Em estudo realizado pelas autoras supracitadas, esses fatores são qualificados em boa recepção, o que significa ser bem tratado pela equipe; ser conhecido por ela; a limpeza e a organização da área; a pontualidade do atendimento; a qualidade das informações prestadas e as rotinas que contemplam a necessidade do usuário. São esses fatores que juntamente com a consideração e a atenção dispensada ao usuário permeiam a relação humanizada. A expressão do desempenho profissional consiste no interesse demonstrado durante a realização do exame físico, da anamnese, nas orientações dadas e na resolutividade das ações.

As ações que compõe o processo de trabalho desenvolvido no acolhimento são: identificação da necessidade do usuário e junto com este encontrar a solução mais adequada ao seu problema, realizar os encaminhamentos necessários, realizar anamnese dirigida para a queixa, realizar triagem para encaminhamento imediato ou mediato segundo gravidade da queixa, realizar exame físico e verificação dos dados vitais com enfoque na queixa, realizar consulta médica ou de enfermagem, realizar orientações sobre saúde, realizar curativos, realizar escuta ampliada do usuário para atender sua necessidade e dar apoio às pessoas que procuram o serviço (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Para isso, a escuta do enfermeiro para com os diferentes atores que participam do processo saúde-doença deverá ser a pedra fundamental para a satisfação das necessidades dos sujeitos e, conseqüentemente, o elemento mais importante na efetiva resolutividade do acolhimento.

Na forma de escuta individual, o enfermeiro dirige sua atenção para um único indivíduo e na compartilhada a atenção do profissional é dividida entre os inúmeros sujeitos que participam de diferentes momentos do processo de trabalho do

acolhimento e os levam a se envolver com múltiplos eventos concomitantemente. A articulação harmoniosa dessas formas de escuta poderá resultar em integralidade do atendimento (ROSSI; LIMA 2005).

A organização do trabalho ainda está centrada na consulta médica, operando com o conhecimento clínico-biológico de cunho fisio-patológico, em que as tecnologias leves, ou seja, as tecnologias de relações assumem um papel secundário em relação às tecnologias leve-duras ou os saberes instituídos. O uso de tecnologias leves no acolhimento por parte dos trabalhadores deve ocorrer de forma ampla, isto é, incorporar uma intervenção sobre os determinantes e condicionantes do problema que determinou o usuário a procurar o serviço de saúde, com resolutividade. Dessa forma, o acolhimento se constitui em um instrumento para empoderar o usuário no enfrentamento do seu processo saúde-doença como protagonista e co-responsável pelo mesmo (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

As ações desenvolvidas no processo de trabalho do acolhimento apontam para a possibilidade de caracterizá-lo como uma atividade organizadora da demanda na unidade básica de saúde e da porta de entrada do sistema. Dentro dessa lógica, o acolhimento se torna uma forma de mudar as relações entre trabalhadores e usuários e reorganizar o serviço para oferecer mais qualidade na atenção à saúde. (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Nesse ínterim, o acolhimento deve ser traduzido como uma relação humanizada e acolhedora em que todos os atores envolvidos, agindo em parceria, tenham a capacidade de mudar o fazer em saúde.

Para tanto, é necessário que os profissionais da saúde realizem uma reflexão sobre as suas práticas para que ocorra uma aproximação entre trabalhador e usuário que resulte na produção de um atendimento humanizado, fundamental como parte do processo de criação do vínculo e da responsabilização dos trabalhadores da saúde. Na efetivação desse processo, toda a equipe passa a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, a escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços, aumentando a capacidade de intervenção e otimizando a resolução das necessidades de saúde do usuário. (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004, FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Quanto à resolutividade do acolhimento, para que uma ação seja considerada resolutiva, essa deve ultrapassar a conduta clínica e, além disso, possibilitar o uso de toda uma tecnologia leve e leve-dura que se articulam para eliminar as causas reais do problema do usuário. Assim, ações como consultas médicas ou de enfermagem, curativos, orientações, dentre outras, devem transcender à clínica, tornando-se suficientes para dar todas as respostas às várias dimensões que compõe os problemas e as necessidades de saúde do indivíduo, sendo essencial extrapolar essas ações à coletividade, evocando a intersectorialidade e um sistema de referência e contra-referência eficiente (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Desse modo, o caminhar do usuário na rede de serviços passa a ser ditado pela prática da multidisciplinaridade voltada para o atendimento de suas necessidades e não pela organização do trabalho do atual modelo assistencial. Caso contrário, o acolhimento seria mais uma atividade de apoio ao fazer médico, facilitando seu trabalho, organizando e finalmente terminando por reproduzir a lógica hegemônica ao invés de superá-la.

4.4.2 As dificuldades na realização do acolhimento

Para que o acolhimento seja realizado dentro dos moldes do modelo de vigilância à saúde, é necessário que as dificuldades existentes no seu processo de trabalho sejam sanadas. Essas dificuldades as quais vários autores referenciam, perpassam de recursos físicos a técnico-científicos.

Em estudo realizado por Pinafo; Lima; Baduy (2008) ficou evidenciado que as atividades burocráticas como os preenchimentos de vários papéis para o registro do atendimento, a anotação do aprazamento no prontuário, a verificação da última vez que o usuário procurou o serviço etc. são tidas como barreiras para a prática do acolhimento.

Nessa situação, o processo de trabalho está centrado nas atividades burocráticas onde o trabalhador valoriza mais o instrumento que tem à mão em detrimento de uma atitude acolhedora, ou seja, as atividades burocráticas dominam a

relação de trabalho suplantando essa atitude que deve permear a relação trabalhador/usuário durante o acolhimento prejudicando, assim, o diálogo e a escuta.

Outras dificuldades são evidenciadas por Fraccolli; Zoboli (2004) em um de seus estudos no qual os profissionais entrevistados relatam que excesso de queixas clínicas que aparecem no acolhimento, como uma forma de se ter acesso facilitado ao atendimento, dificulta o desenvolvimento de ações de prevenção, de educação, de conscientização e de orientação.

A falta de espaço físico para a realização do acolhimento é, também, uma dificuldade como aludido pelas autoras supracitadas. Muito além de compreensivo, é necessário que se tenha um espaço privativo para se realizar o acolhimento que, muitas vezes, acontece na recepção, no corredor ou num espaço que está sendo dividido com outros profissionais. Dessa forma, a falta de confidencialidade dificulta o processo do acolhimento. Essa falta de espaço (tenho que atender rápido por que às 10 horas a equipe “X” começa a atender) junto com a delimitação de horário é uma dificuldade recorrente em nosso percurso acadêmico e profissional.

Ainda de acordo com Fraccolli; Zoboli (2004), os resultados do estudo permitem visualizar que os trabalhadores não têm uma visão clara sobre o acolhimento, logo, eles o traduzem em ações como triagem, consulta agendada, encaminhamentos, normas de acesso e outros. Assim, a questão que se apresenta é a necessidade de desfocar a atenção da queixa (biológica) para se construir uma lógica centrada no usuário.

Quanto à dificuldade no aspecto técnico-científico, tem-se a falta de capacitação específica para o acolhimento. Segundo Gil (2005), a constatação de que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva do modelo de vigilância em saúde, isto é, da atenção voltada para a integralidade à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação, ainda é muito incipiente.

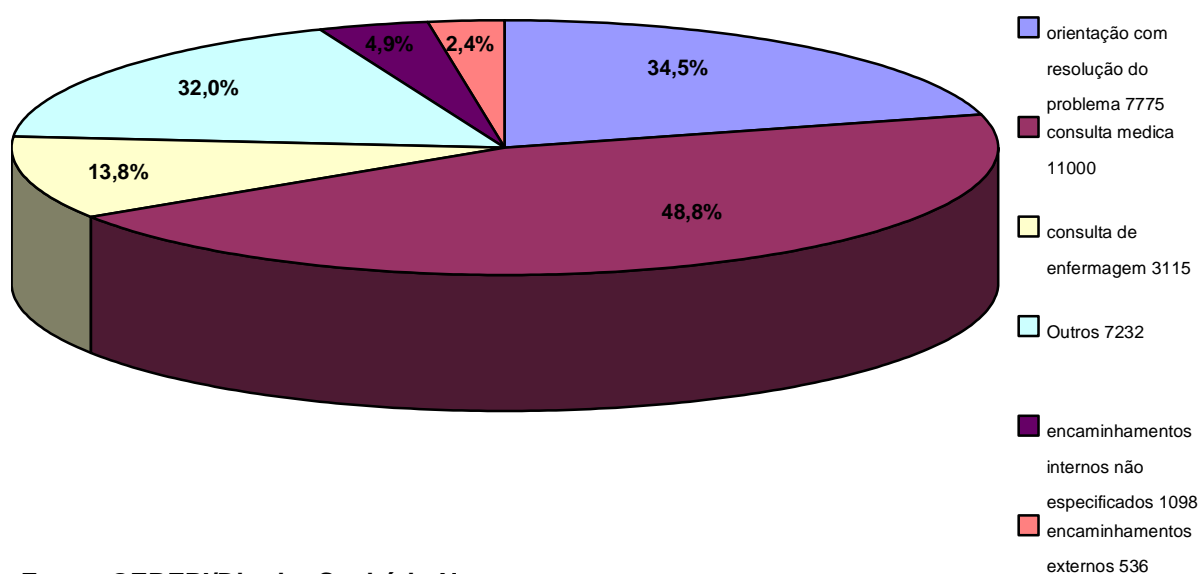
Takemoto; Silva (2007) e Souza e outros (2008) relatam que esta capacitação é necessária a todos os profissionais que atuam na atenção básica e, em especial aos auxiliares de enfermagem que, segundo Leite; Maia; Sena (1999), é a categoria

na qual a responsabilidade pelo acolhimento está centrada. Logo, se desde a portaria/recepção o usuário não for bem recebido, esse terá dificuldade na relação com o profissional prejudicando assim a realização do acolhimento e a reorganização do modelo de atenção à saúde.

5. RESULTADOS

Para apresentação dos resultados, os dados foram elencados em orientação com resolução do problema, consulta médica, encaminhamentos internos não especificado, outros e encaminhamentos externos. Esses dados estão apresentados de forma quantitativa e em porcentagens. Para otimizar a análise e discussão, o período da pesquisa foi dividido bimestralmente como mostram os gráficos a seguir e a visão geral de todo o período está apresentado na tabela 1.

Gráfico 1 - Distribuição quantitativa dos procedimentos resultantes dos acolhimentos realizados nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste, de janeiro a fevereiro de 2009.



Fonte: GEREPI/Distrito Sanitário Noroeste

Gráfico 2 - Distribuição quantitativa dos procedimentos resultantes dos acolhimentos realizados nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste, de março a abril de 2009.

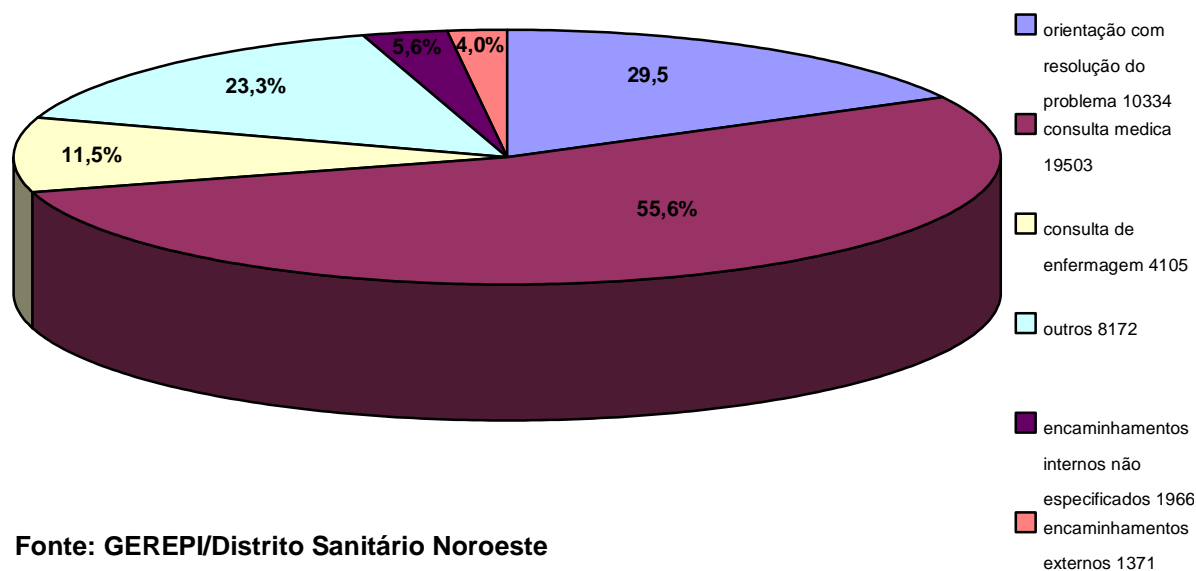


Gráfico 3 - Distribuição quantitativa dos procedimentos resultantes dos acolhimentos realizados nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste, de maio a junho de 2009.

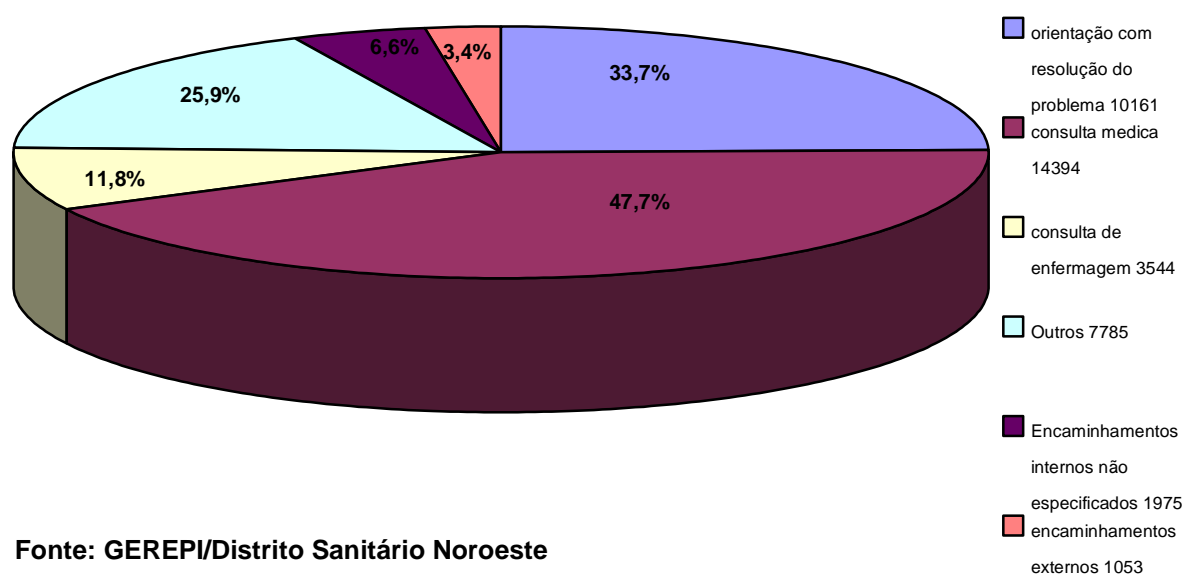
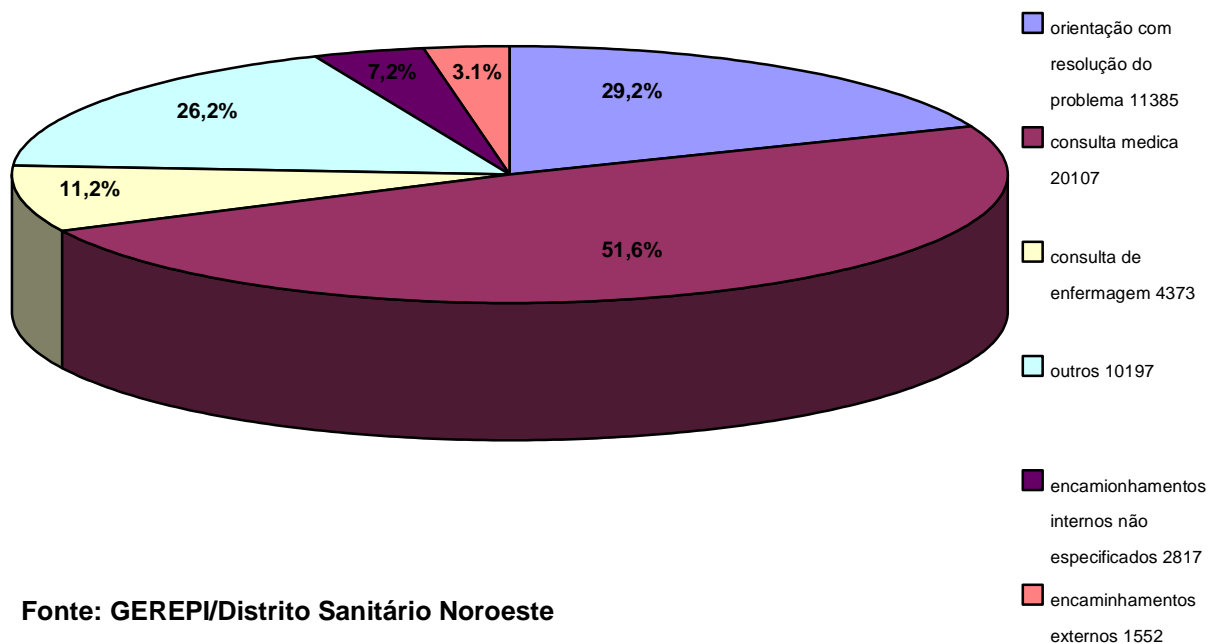


Gráfico 4 - Distribuição quantitativa dos procedimentos resultantes dos acolhimentos realizados nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste, de julho a agosto de 2009.



Fonte: GEREPI/Distrito Sanitário Noroeste

TABELA 1 - Distribuição quantitativa dos procedimentos resultantes dos acolhimentos realizados nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste, de janeiro a agosto de 2009.

Acolhimentos / Procedimentos	Nº	%
Orientação com resolução do problema	39654	31,3
Consulta médica	65004	51,3
Consulta de enfermagem	15137	11,9
Outros	33386	26,2
Encaminhamentos não especificados	7856	6,2
Encaminhamentos externos	4159	3,2
Total de Acolhimentos	126759	100
Total de Procedimentos	165196	130,1

Fonte: GEREPI/ Distrito Sanitário Noroeste

6. DISCUSSÃO

Com a subdivisão do período da pesquisa em bimestres é possível observar que não há uma evolução no modo de atendimento, ou seja, durante todo o período, a resolução do problema no ato do acolhimento, as consultas médicas e de enfermagem mantiveram seus patamares de 31%, 51% e 12% respectivamente.

Assim, pode-se ver que o encaminhamento à consulta médica é significativo (51%), ou seja, metade da população que passou pelo acolhimento. Não se pode dizer que a resolutividade do acolhimento representada por 31% de resolução do problema seja baixa. Na vasta referência pesquisada para construção desse trabalho, não há nenhum parâmetro quantitativo de resolutividade para o acolhimento na atenção básica, ou seja, não foi encontrado nenhum valor numérico que tornasse possível um paralelo que viabilizasse uma afirmativa quantitativa mínima ou máxima de acolhimento que pudessem ser considerados como resolutivos ou não.

Tem-se base qualitativa para o acolhimento que o referencia como uma ação estratégica desenvolvida de forma resolutiva, com capacidade para a escuta ampliada e identificação das situações de risco e necessidades do indivíduo, família e coletividade. Ele deveria se destacar, ainda, como uma forma de reorganização do trabalho em saúde na atenção primária dando ao profissional que o realiza a possibilidade de se antecipar ao problema e planejar ações concernentes aos princípios do SUS e assim provocar a mudança no modelo de atenção à saúde, garantindo o acesso universal e a integralidade das ações, ou seja, o atendimento voltado para a saúde do indivíduo e não só para sua doença.

Na dimensão tecnológica do acolhimento, esse deveria implicar em construir ferramentas que possibilitassem uma escuta e análise efetivas na identificação de soluções adequadas às necessidades do usuário e que uma equipe multiprofissional traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho tornando-o mais resolutivo. No entanto, a análise dos dados nos permite inferir que o acolhimento não está sendo realizado de forma resolutiva, pois a visão uniprofissional ainda impera sobre o modo de fazer saúde, não estando o problema na visão de diferentes olhares como implica o novo modelo de vigilância à saúde.

A lógica do acolhimento é inverter o modo de organização e o funcionamento do serviço de saúde, ampliar a atenção e garantir a acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho e deslocar o eixo de organização médico-centrado para toda a equipe. Os resultados da pesquisa contrariam essa lógica quando mostram que a maioria da população atendida (51%) nos centros de saúde em questão foi encaminhada à consulta médica. A análise não permite dizer se a população está mesmo doente ou não, podendo, como evidenciado em estudos, ser que o excesso de queixas clínicas que aparecem no acolhimento como uma forma de se ter acesso facilitado ao atendimento e, conseqüentemente, conseguir a consulta médica, o responsável pelo grande número de consultas a partir do acolhimento.

Espera-se que a partir de reflexões, questionamentos e mudanças no modo de organização das práticas de saúde, a prática do acolhimento desloque o eixo de atenção médico-centrado para uma equipe multiprofissional, melhorando assim a qualidade da atenção à saúde atendendo às diretrizes do modelo de vigilância à saúde. Mas, o que se observa é que a organização do trabalho ainda está centrada na consulta médica, operando com o conhecimento clínico-biológico de cunho fisiopatológico, organização essa, em que as tecnologias das relações assumem um papel secundário em relação às demais tecnologias pertencentes ao modo de atenção à saúde. Assim, o modelo biomédico apenas mudou seu lugar de atuação, continua sendo desenvolvido na atenção básica, dentro do PSF, estratégia que deveria reorientar o modelo de atenção à saúde.

Nos moldes em que está sendo desenvolvido o acolhimento, podemos classificá-lo como uma triagem qualificada ou uma escuta interessada que não possibilita a identificação de problemas reais ou de risco mantendo o foco da atenção centrado no médico, internalizando este modelo na ESF. Logo, não rompendo com a lógica médica das agendas fechadas e pré-definidas, as grandes filas mudam dos hospitais para as portas dos centros de saúde, mantendo uma alta demanda espontânea e a superlotação dos serviços, impossibilitando respostas adequadas aos problemas de saúde da população e dificultando acessibilidade e a integralidade.

Quanto à resolutividade quantitativa do acolhimento, os dados revelam que essa não ultrapassa a conduta clínica mostrando, ainda, que as tecnologias duras (exames, procedimentos) e as leve-duras (saberes instituídos) nesse caso o saber médico, predominam no processo de trabalho em saúde da atenção básica no Distrito de Saúde analisado, dado evidenciado pelos 51% de consultas médicas no período.

Finalizando, analisa-se a implicação do aspecto técnico-científico na resolutividade do acolhimento. Falta capacitação específica para a atividade de acolher o usuário. Estudos evidenciaram que os profissionais formados não têm conhecimento adequado para uma atuação eficiente na perspectiva do modelo de vigilância em saúde, isto é, da atenção voltada a todas as ações contempladas no novo modelo, em especial a enfermagem, categoria na qual está centrada a responsabilidade pela realização do acolhimento. Acredito que os dados obtidos demonstram que o acolhimento realizado no Distrito Sanitário Noroeste, no período de janeiro a agosto de 2009, mostra-se quantitativamente pouco resolutivo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados primários de saúde, que são discutidos desde 1978, já evoluíram bastante, mas ainda se tem muito a discutir, visto que o novo modelo de atenção à saúde proposto na estratégia saúde da família ainda não foi efetivamente implantado. Esse fato é evidenciado pelos dados desse estudo que mostram o modelo biomédico sendo desenvolvido no processo de trabalho do Programa Saúde da Família, um contra-senso, haja vista que o PSF foi implantado com o propósito de reorientar o modelo de atenção à saúde.

Percebe-se, também, que o arcabouço jurídico da saúde é muito bem fundamentado, mas que só a legislação não é suficiente para implementar mudanças. Ainda falta evoluir muito na questão de recursos físicos e técnicos-científicos. Foi constatado nas dificuldades da realização do acolhimento que a burocracia é tida como barreira na prática do acolhimento. Essa burocracia pode ser entendida como uma tecnologia dura que perpassa o atendimento em detrimento das tecnologias das relações inviabilizando, assim, uma escuta de qualidade.

Existe, também, a questão cultural de a população ver apenas o médico como profissional capaz de dar respostas efetivas aos seus problemas de saúde e, não aceitando que essa prática seja desenvolvida por outros profissionais, sobrecarregam o serviço com excesso de queixas prejudicando o desenvolvimento de outras ações de saúde. Somando-se a isso se observam a falta ou inadequação do espaço físico, os horários reduzidos dificultando o processo de escuta ampla, de qualidade e individual e a falta de clareza sobre o processo de acolhimento que o transformam em uma triagem.

Quanto aos recursos técnico-científicos, os profissionais da atenção básica, em sua maioria, não têm formação adequada para atuar na perspectiva do modelo de vigilância à saúde, para o qual a estratégia de reorganização dos serviços se constitui na prática do acolhimento, como ação estratégica de orientação do serviço.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev. 2005. Acesso em: 25 de novembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte / A946. Maria Aparecida Turci, organizadora. HMP Comunicação, 2008. 432 p. :il., p&b, tabs., grafs., Maps.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica / - Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição revisada, 2008. 199 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

CARVALHO, Cristiane A. P.; MARSICANO, Juliane A.; CARVALHO, Fábio S.; SALES-PERES, Arsênio; BASTOS, José Roberto M.; SALES-PERES, Sílvia H. C. Acolhimento aos usuários: uma revisão isemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde** 2008 abr/jun; 15(2): 93-5. Acesso em: 05 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SCHOTT, Márcia; AZEREDO, Catarina Machado; FRANCESCHINI, Sylvania do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloísa, DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2006; 15(3) : 7-18. Acesso em: 05 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

DEMENECK, Katia Aparecida. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 37, no. 1, de 2008. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligi; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 21(2), 2007. Acesso em: 12 de novembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999. Acesso em: 05 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnicoassistencial. In: __. O TRABALHO EM SAÚDE olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. Hucitec, São Paulo, 2004 296p. Pp. 55-124.

FRANCO T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Tribuna Livre [monografia na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em: 28 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribuna/PSFTito.html>.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005. Acesso em: 21 de novembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

HENRIQUE Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):809-819, abr, 2008. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

LEITE, Juliana Carvalho Araújo; MAIA, Carmem C. Araújo; SENA, Roseni Rosângela de. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. **Rev Min. Enf.**, 3(1/2):2-6, jan./dez., 1999. Acesso em: 09 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; RAMOS, Donatela Dourado; ROSA Raquel Borba; NAUDERER, Taís Maria; DAVIS Roberta. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm** 2007;20(1):12-7. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. **Rev Med Minas Gerais** 2003; 13(4):251-9. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):545-50. Acesso em: 22 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

NUNES, Luiz Antônio. Receita para um bom sistema de saúde municipal. In: __. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vol.1 São Paulo: Ed. Atheneu, 2002.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no *locus* saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.467-84, set/dez 2007. Acesso em: 05 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

OLIVEIRA, Adriano de; SILVA, João Carneiro da. Neto; MACHADO; Maria Lúcia Teixeira SOUZA; Mariza Borges Brito de; FELICIANO, Adriana Barbier; OGATA Márcia Niituma. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.749-62, out./dez. 2008. Acesso em: 05 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

PAIM, Jairnilsom Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: _____. *Epidemiologia & Saúde*, 5ª edição, (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999;).

PINAFO, Elisângela; LIMA, Josiane Vivian de Camargo; BADUY, Rossana Staevie. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, jun.2008. Acesso em: 22 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003. Acesso em: 05 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:100-110, 2008. Acesso em: 22 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):23-34, 2008. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Acesso em: 14 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.** 2005 maio-jun; 58(3):305-10. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade** 10(1):33-53, 2001. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 33. nº. 3 de 2004. Acesso em: 28 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004. Acesso em: 28 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SCHOLZ, Alessandro da Silva e; ÁVILA, Laila Henrique de; SILVA, Manuela Menezes da; TOZETTO, Simone; DACOREGGIO, Kaveski. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez. 2006. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SILVA, Lívia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 74 . 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Acesso em: 22 de outubro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez., 2005. Acesso em: 08 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 153-8. Acesso em: 14 de setembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de ;ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; UCHOA, Alice da Costa;

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007. Acesso em: 28 de novembro de 2009. Disponível em: www.scielo.br