

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Enfermagem na Atenção Básica

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Patrícia Martins Lopes

Belo Horizonte
2011

Patrícia Martins Lopes

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Enfermagem na Atenção Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Lúcio José Vieira

Belo Horizonte

2011

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus por ter me acompanhado durante essa jornada.

A minha família pela força, amor e incentivo.

Ao meu orientador, professor Lúcio que me auxiliou na execução deste trabalho.

A Tereza, Tainã e Jackson pelo apoio.

A todos que participaram da concretização deste objetivo.

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, que consiste em uma reflexão acerca da importância do processo de acolhimento aos usuários de serviços públicos de saúde. A discussão parte dos princípios do Sistema Único de Saúde, que inclui em suas diretrizes o acolhimento e a responsabilidade no atendimento ao usuário. Argumenta-se que o atendimento em saúde pública, pautado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, exige uma mudança na perspectiva tradicional, centrada no médico, em favor do reconhecimento do papel dos demais profissionais da saúde no atendimento qualificado à população, por meio da incorporação da equipe multiprofissional de saúde, constituindo-se uma equipe de acolhimento ao usuário, tratando-o como ser humano integral que busca soluções para sua vida em uma relação de ajuda genuína.

ABSTRACT

This work is a literature review, which is a reflection about the importance of the host to the users of public health services. The discussion starts the principles of the Health System, which includes in its guidelines on the reception and customer service responsibility. It is argued that health care in public health, based on the principles of universality, comprehensiveness and fairness requires a change in the traditional perspective, focusing on the doctors, in favor of recognizing the role of other health professionals in the skilled care to the population through incorporation of multidisciplinary health care team, being a host team to the user, treating it as a whole human being who seeks solutions to its life in a relationship of genuine help.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	08
2.	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos.....	11
3.	METODOLOGIA	12
4.	DESENVOLVIMENTO	13
4.1	Acolhimento.....	13
4.2	O vínculo do binômio usuário-profissional de saúde.....	18
4.3	A equipe de enfermagem no acolhimento.....	21
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1 INTRODUÇÃO

Diante da caracterização do cenário brasileiro nas décadas de 70 e 80 por doenças diversas, recursos financeiros escassos, baixa qualidade dos serviços de saúde, insatisfação da população e cobertura assistencial insuficiente, criou-se o movimento da Reforma Sanitária, o qual brigou por mudanças nas políticas de saúde. Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou o evento mais importante para a mudança no setor de saúde no país (RIBEIRO, 2009).

A Constituição Brasileira de 1988, no art. 196 inclui em seu texto o Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de garantir à população acesso gratuito e igualitário ao sistema de saúde em todos os seus níveis de atenção, ou seja, um sistema universal, gratuito e equânime, abolindo a desigualdade e seletividade de seus usuários. No art. 198 demonstra que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e integrada constituindo o Sistema Único de Saúde, que deve ser organizado em diretrizes como a descentralização do serviço em cada esfera de governo, a participação popular e o atendimento integral com prioridade nas atividades preventivas, sem desmerecer os serviços assistenciais (ALENCAR, 2006).

O SUS universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada dos usuários a rede assistencial. Mesmo após a sua criação, o atendimento em saúde no Brasil não ocorreu satisfatoriamente, de forma que os seus princípios e diretrizes não foram aplicados. Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil criou estratégias como, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. A partir de 1994, esse programa é incorporado e ampliado com o lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF) (RIBEIRO, 2009).

A partir de 2006, o PSF deixa de ser visto como um simples programa e passa a ser considerado como estratégia reorientadora de organização do SUS, a Estratégia

de Saúde da Família (ESF), um símbolo que circunscreve a maior parte dos princípios que constituem o Sistema Único de Saúde. Dentre tais princípios, talvez um dos mais significantes seja a integralidade, que desloca o eixo da atenção às doenças ou partes do indivíduo, tratando-o por especialidades restritivas, para o desafio de entender o indivíduo em sua totalidade, englobando todas as suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2008).

A oferta dos serviços deve ter continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida, incluindo a abordagem de problemas por meio da prevenção, promoção e recuperação da saúde, bem como o apoio nas intervenções familiar e comunitária, quando necessário. O trabalho em equipe e a co-responsabilização em relação aos usuários favorecem o acesso a Atenção Primária, otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção (SCHOLZE et al., 2006).

A equipe Saúde da Família é composta por profissionais de saúde, basicamente um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental, todos trabalhando em equipe em prol de uma população adscrita, com o estabelecimento de vínculos e a família como foco da atenção, no seu território-área, que é composto por, no máximo, 4500 pessoas (REIS et al., 2007).

A equipe deve atender a população na Unidade Básica de Saúde (UBS) e fazer visitas domiciliares, conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os agravos referentes à saúde, levantar as situações de risco das famílias, elaborar, junto com a comunidade, um planejamento de ações para a promoção a saúde, prestar assistência integral e contínua, encaminhar quando necessário, orientá-los, desenvolver ações educativas e intersetoriais e acima de tudo acolher o usuário de forma humanizada e resolutiva (ALENCAR, 2006).

Para a realização do acolhimento percebe-se a necessidade da participação do profissional e usuário. O profissional deve saber administrar a situação, apresentando comportamentos de acolhida, verbais e não-verbais. O usuário deve demonstrar disponibilidade interna e envolvimento durante o relacionamento, participando da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de seus desejos e necessidades (OLIVEIRA et al., 2008).

No processo de trabalho em saúde, o acolhimento vem como elemento inicial, não exigindo dos profissionais conhecimentos específicos e é centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo. Deve-se seguir a responsabilização, a resolução e a autonomização do usuário (SCHOLZE et al., 2006).

Sabe-se que toda a equipe deve acolher o usuário, desde o momento em que chega à UBS até a resolução do motivo pelo qual procurou a mesma. Portanto, os grupos organizados nas unidades assumem um importante papel, uma vez que têm por objetivo esclarecer dúvidas, dar orientações, prevenir complicações para a saúde do indivíduo e sua família, promovendo maior qualidade de vida (LIMA et al., 2007).

O acolhimento, além de ser uma ferramenta para a organização do serviço facilita o vínculo no momento do encontro entre usuário e profissional e capta as necessidades singulares de saúde do usuário. O profissional deve inclinar-se à escuta qualificada, a qual implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, com valorização das queixas, dispensando atenção e respeito pelo usuário, ajudando-o a percorrer o caminho da resolução de seu problema, conseqüentemente, propiciar uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica (RODRIGUES, LIMA e RONCALLI, 2008).

Sem a prática do acolhimento e de uma escuta qualificada, o usuário retorna mais vezes à UBS, o que os deixa mais nervosos, ansiosos e sem resolver o problema, diante dessa realidade e a partir da minha experiência como estagiária no cotidiano das práticas de saúde do PSF, surgiram algumas indagações: O que é o acolhimento? Quem faz o acolhimento? Qual é a importância do acolhimento no PSF?

Com este trabalho pretendo contribuir para a compreensão do acolhimento, refletindo sobre sua importância dentro da UBS e na qualidade de vida dos usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Sistematizar o conhecimento sobre a importância do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos:

- Contribuir para que os profissionais de saúde, inclusive os da enfermagem, possam compreender a importância do acolhimento no trabalho em saúde;
- Identificar os obstáculos encontrados pelos profissionais de enfermagem para a prática do processo de acolhimento.

3 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura que de acordo com Tobase, Gesteira e Takahashi (2007) consiste num resumo crítico de pesquisa sobre tópico de interesse, geralmente preparado para colocar um problema de pesquisa num contexto, ou para identificar as falhas em estudos anteriores, de modo a justificar uma nova investigação.

Para tal foi realizada pesquisa bibliográfica, por meio de busca de publicações na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scielo, Lilacs, Google Acadêmico e banco de teses e dissertações, no período de 2005 a 2010. Para as consultas nestas bases utilizaram-se os seguintes descritores: acolhimento; humanização em saúde; Programa de Saúde da Família. A partir daí foram selecionados 51 publicações, que após leitura criteriosa de seus resumos, 24 foram considerados de maior interesse para o estudo, pois atendiam aos objetivos do trabalho. Após leitura na íntegra do referencial, foram construídos os seguintes subtemas: Acolhimento; O vínculo do binômio usuário-profissional de saúde e A equipe de enfermagem no acolhimento, os quais versam a revisão da literatura.

4 DESENVOLVIMENTO

O acolhimento nas UBS representa um ponto muito importante dentro dos cuidados à população, pois é a partir desse momento que o indivíduo poderá optar pelo que é certo ou não à sua saúde em consequência ao atendimento que recebeu. Diante disso, o texto a seguir descreve a importância do acolhimento, quem são os responsáveis e como deve realizá-lo de forma correta.

4.1 Acolhimento

Nos dias atuais, a busca por uma melhor assistência à saúde faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS. Surge então a proposta de implantação do acolhimento na rede SUS de forma integrada, com uma visão holística do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições. A ação integral pressupõe mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde e, entre o profissional de saúde e o usuário (PINHO, SIQUEIRA e PINHO, 2006).

A proposta do acolhimento é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde, possibilita a análise do processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, proporcionando ao usuário o seu reconhecimento como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilite que “eu me reinvente, inventando-me com o outro” (BRASIL, 2006).

O acolhimento proporciona um melhor acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na Unidade Básica, melhorando consideravelmente a qualidade da assistência, atendimento mais resolutivo e integrado das equipes de saúde com a comunidade que o assiste,

expressando um admirável grau de satisfação da população e das próprias equipes de saúde (ALENCAR, 2006).

Existem duas possibilidades de entendimento do acolhimento: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos do processo de produção de serviços de saúde, pois todo cidadão tem direito ao atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada e livre de qualquer discriminação, visando a igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável (BRASIL, 2006).

A outra, como estratégia capaz de reorganizar o processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço. O acolhimento deve ser compreendido e de responsabilidade de toda a equipe. Porém, quando se atribui um responsável, o resultado é o descomprometimento do restante da equipe e o acolhimento deixa de ser uma atitude de equipe e passa a ser apenas mais um procedimento (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma como referência, algumas de suas características, como destaca Ribeiro (2009): porta de entrada, humanização das relações em saúde, a escuta qualificada, acesso à saúde, vínculo entre profissionais e comunidade, a responsabilização, a resolutividade, a cidadania e o deslocamento do eixo centrado no médico para a equipe.

Corroborando com o citado acima, Souza et al. (2008) diz que o acolhimento não se limita apenas ao ato de receber, mas se compõe de uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da Unidade Básica de Saúde.

Segundo Inojosa (2005), escutar é o princípio, a disposição de escutar é requisito para começar uma relação acolhedora de paz e não de conflito. Em contrapartida, Takemoto e Silva (2007) afirma que nem sempre é fácil ouvir, pois quando há escuta com o usuário, as pessoas trazem para dentro do Centro de Saúde, as suas queixas, problemas e necessidades. É mais fácil trabalhar com uma “queixa clínica”, uma parte do corpo que dói ou uma doença que precisa de medicamento. Quando se abre espaço para o diálogo com o

usuário, abre-se uma porta para que a “vida lá fora” entre na dinâmica do processo de trabalho da unidade.

Para que haja acolhimento de forma humanizada, é necessário que se baseie na Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), que tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Seus princípios são a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e o fomento do protagonismo dos usuários. É uma tarefa desafiadora, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo, superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010).

Diante desse contexto, alguns autores pressupõem os objetivos do acolhimento detectados a seguir:

- Humanizar o atendimento, com acessibilidade universal, disponibilidade e comprometimento com o usuário (OLIVEIRA et al., 2008).
- Utilizar uma escuta qualificada aos problemas de saúde do usuário dando-lhe sempre uma resposta positiva ou negativa e responsabilizando-o com a resolução do problema (RIBEIRO, 2009).
- Identificar as necessidades de saúde do usuário (ALMEIDA E FURTADO, 2006).
- Encaminhar as demandas identificadas, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou em outros serviços fora da UBS (TAKEMOTO e SILVA, 2007).
- Qualificar o vínculo trabalhador-usuário, de modo que os trabalhadores possam recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar e orientar o usuário, de forma humanitária com solidariedade e cidadania (SOUZA et al., 2008).
- Garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis (RIBEIRO, 2009).

A qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, dentro de uma abordagem

acolhedora, que assegure continuidade e a coordenação da atenção à saúde. Evidencia-se, no entanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, baseado nas diferentes realidades sanitárias, geográficas e sociais de cada comunidade, tomando como eixo norteador o acolhimento (SOUZA et al., 2008).

Normalmente, o desempenho dos profissionais da ESF é avaliado pelo usuário, pelo interesse demonstrado no exame físico, pelas perguntas feitas, orientações dadas e resolutividade das condutas. Tal avaliação é de fundamental importância, uma vez que constitui uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também adequar o serviço às expectativas da população adscrita (LIMA et al., 2007).

Segundo Souza et al. (2008), acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. Dessa maneira, Almeida e Furtado (2006) enfatizam que:

- O principal critério de atendimento é a gravidade ou sofrimento que o usuário apresenta e não a ordem de chegada.
- Os casos devem ser resolvidos conforme a complexidade e capacidade do técnico e encaminhados conforme a gravidade e a disponibilidade para o atendimento.
- Usuários em retorno não devem passar pelo acolhimento, devem dirigir-se diretamente ao setor de atendimento.
- As pessoas devem ser acolhidas num ambiente em que sua privacidade seja respeitada.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, e que este seja organizado de forma usuário-centrado partindo dos princípios dos demais autores:

- Atender de forma humanizada todos os que procuram os serviços de saúde, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal), possibilitando uma relação de confiança e apoio ao usuário (RIBEIRO, 2009).

- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde (ALMEIDA e FURTADO, 2006).

- Buscar uma relação acolhedora e humanizada entre trabalhador e usuário para prover saúde nos níveis individual e coletivo. O vínculo confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde (LIMA et al., 2007).

- Eliminação da ficha e fila de espera de madrugada, incorporação da população que esteja excluída das unidades e organização do acesso a população nas unidades, onde um profissional de saúde se mantém para orientar o fluxo dos usuários (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

O acolhimento como proposta da reorganização do trabalho que vem de encontro com a humanização da atenção à saúde, consolidação da política HumanizaSUS. Esse novo modelo supera o hegemônico de atenção à saúde, centrado na concepção médico-curativa, que tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos, o qual se configura como grande entrave da humanização. O acolhimento apresenta-se nesse contexto como uma estratégia para redefinir a lógica do processo de trabalho em saúde, criando um campo fértil para mudanças (OLIVEIRA et al., 2008).

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano (RODRIGUES, LIMA e RONCALLI, 2008).

4.2 - O vínculo do binômio usuário-profissional de saúde

Os principais fatores valorizados pelos usuários são: o acolhimento, o vínculo do usuário com o serviço de saúde e o desempenho profissional de quem presta o atendimento. Quando se fala em atenção à saúde, estes são imprescindíveis, pois encaminham para a resolutividade e a satisfação das necessidades da clientela (LIMA et al., 2007).

O vínculo com o usuário relaciona-se com o desenvolvimento de atividades clínicas e, assim, ocorre a aproximação da equipe de saúde e usuários por meio de uma postura acolhedora, garantindo os seus direitos, bem como de seus familiares. Nesse processo, o acolhimento-diálogo e a criação de vínculo com o usuário seria componente importante do processo terapêutico (ALMEIDA e FURTADO, 2006).

De acordo com Souza et al. (2008) a mudança na atenção à saúde com práticas centradas no usuário, implica a necessidade de desenvolver capacidades de acolher, humanizar, integralizar, responsabilizar, resolver e autonomizar. Assim, o trabalho em saúde deve incorporar as tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo com o usuário.

O acolhimento amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. É responsabilidade do profissional da saúde o bem-estar do paciente. Contudo, isso não deve ser encarado como uma relação de dependência, pois o objetivo é educar e estimular o paciente para o autocuidado, conferindo autonomia ao usuário (ABRAÃO JÚNIOR et al. 2008).

O vínculo com o usuário envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a cidadania e a autonomia, favorecendo a participação do usuário na produção do seu cuidado. Implica em estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização, pois um, o usuário, busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional, supostamente capacitado para atender e cuidar da causa da sua fragilidade (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Segundo Almeida e Furtado (2006) a respeito de um estudo realizado sobre o potencial de acolhimento e vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, verificaram que existem lacunas no atendimento aos usuários, principalmente no que se refere à abertura de serviços para a demanda, à responsabilização pelos problemas de saúde e ao estímulo à autonomia do usuário.

O acolhimento nasce a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas do usuário. O vínculo facilita essa relação e a comunicação entre usuário-profissional de saúde, sendo necessário para o último, a disponibilidade de escutar o outro, para identificar necessidades e buscar soluções (BRUNELLO et al., 2009).

Em estudo realizado por Green, Andrade e Lourosa (2008), verificou-se uma lacuna no quesito comunicação entre profissional-paciente, pois o primeiro faz uso de uma linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário leigo, principalmente de baixa instrução.

O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, uma linguagem clara e objetiva e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. O vínculo confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde. E não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (LIMA et al., 2007).

Portanto pode-se afirmar que é mais fácil falar do que escutar, pois a escuta aproxima as pessoas, tornando-as responsáveis umas pelas outras. Mas a relação de vínculo está pautada em uma relação de compreensão, consiste em dar apoio e oferecer escuta, narrar fatos e provocar a narração por parte do outro, para isso há necessidade de uma predisposição de ambas as partes, baseada na valorização do outro e de um ambiente adequado para o assunto a ser tratado (REIS et al., 2007).

A falta de envolvimento por parte dos usuários reflete um estado de desinteresse dos profissionais e vice-versa, estabelecendo-se um ciclo prejudicial ao processo de produção do cuidado. Assim, o profissional deve ter

uma postura de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades, saber acolher e produzir vínculo, da mesma forma o paciente deve demonstrar disponibilidade e envolvimento durante o relacionamento, participando da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de seus desejos e necessidades. Consequentemente produzirá uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde (INOJOSA, 2005).

Em relação à dificuldade de escuta e de estabelecer vínculos por parte da equipe de saúde, pode estar relacionado com o fato da pessoa que atende o paciente fechar o coração para não aumentar sua própria angústia diante das suas limitações e do sistema de saúde. Tal situação poderia fazer com que os profissionais se afastem dos usuários com intuito de se defenderem das dores e sofrimentos (REIS et al., 2007).

Outra dificuldade encontrada em relação ao citado acima é a degeneração da relação trabalhador-usuário, ocasionada pelo trabalho compartimentado e procedimentos sem integração multidisciplinar. Em relação ao trabalho em saúde, percebe-se que está muito aprofundada essa fragmentação do trabalho, o que acarreta na maioria das vezes que se tome como natural e sem perceber, consequentemente produzindo a própria desumanização e a de quem é atendido (GREEN, ANDRADE e LOUROSA, 2008).

Em relação aos enfermeiros, refere-se ao seu processo de trabalho, quando muitas vezes deixam suas atividades aos encargos do médico e técnico ou auxiliar de enfermagem, para garantir as atividades administrativas. Essa atitude resulta no afastamento e na dificuldade para a criação e estabelecimento do vínculo entre o usuário-enfermeiro (BRUNELLO et al., 2009).

A relação humanizada da assistência que promove o acolhimento dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador. Porém, os profissionais da saúde detêm conhecimentos a esse respeito, os quais são de extrema importância para a intenção de estabelecer esta relação no serviço. Acredita-se que uma compreensão por parte dos profissionais do que seja vínculo, possa

trazer no âmbito do serviço, a concretização do princípio da integralidade do SUS (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Sendo assim, para atender de fato às demandas e necessidades dos usuários, deve existir o vínculo, o qual se constitui em elemento fundamental e estruturante das práticas de saúde e na atenção ao usuário (BRUNELLO et al., 2009).

4.3 – A equipe de enfermagem no acolhimento

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética onde todos os profissionais de nível superior, inclusive os auxiliares e técnicos de enfermagem podem participar da assistência direta ao usuário, pois assim os serviços da UBS podem ser mais efetivos. No acolhimento, a indicação da consulta médica é mais efetiva e somente será realizada para os casos em que ela se justifica (ALMEIDA e FURTADO, 2006).

Com base na formação de uma equipe multiprofissional de acolhimento, consegue-se quebrar o trabalho técnico hierarquizado e a verticalidade da organização do trabalho na UBS, caminhando para um processo que privilegie a interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade nos diferentes exercícios profissionais, fortalecendo a equipe multiprofissional (NERY et al., 2009).

O enfermeiro como um profissional participante da equipe multiprofissional, desenvolve no seu cotidiano múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação/formação, o qual é determinante para estimular na equipe de trabalhadores a utilização do conhecimento dos problemas de saúde, dos indicadores de saúde e situações de risco da comunidade. Neste processo, o enfermeiro amplia as suas responsabilidades, que associadas às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar o bom andamento do serviço, sobrecarregam o seu dia-a-dia, tornando o processo de trabalho algo estressante (VILLAS BÔAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2008).

O mesmo autor diz que o enfermeiro, responsável direto pela equipe de enfermagem, deve ser capaz de reconhecer, nos processos educativos, um emaranhado de relações e de considerar o aprender, o ensinar, o espaço onde este ocorre, os atores envolvidos, como também a finalidade do trabalho da enfermagem que é o cuidar, numa perspectiva multidimensional.

No entanto, os estudos de Ayres et. al., 2006 evidenciam que nem todos os enfermeiros e profissionais da área de saúde em geral, possuíam preparo específico para a realização do acolhimento através de uma atenção humanizada. Há uma inadequação dos profissionais ao novo modelo assistencial embasado nos princípios do SUS e às verdadeiras necessidades da saúde do usuário.

Além disso, são destacados vários fatores que podem dificultar o momento do encontro profissional-usuário, como o espaço físico inadequado, que tira a privacidade do usuário, que expõe seu problema a todos. Outros fatores seriam a recusa de ser acolhido por outro profissional que não seja o médico e a pressão dos usuários pelo atendimento imediato, fazendo com que o tempo de atendimento seja reduzido. Tais situações refletem-se na equipe como estresse, cansaço e busca por soluções (SOUZA et al., 2008).

Infelizmente são várias as possíveis causas das situações anteriormente citadas, como a dupla ou tripla jornada, sobrecarga de funções, locais estressantes, burocracia excessiva, sobrecarregando e dificultando a tomada de decisões, além da baixa remuneração e desestímulo, sem ver resolutividade no atendimento (GREEN, ANDRADE e LOUROSOSA, 2008).

Como foi visto, o perfil dos profissionais ainda não é suficientemente apropriado para atuar na atenção integral à saúde e praticar ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Por isso, a ESF deve se empenhar na contratação de profissionais mais qualificados com ênfase maior no processo educacional, centralizando neste a humanização, o estabelecimento do vínculo e os limites pessoais (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Esse processo de humanização almeja pelo nascimento de uma nova imagem profissional, com uma efetiva promoção de saúde, considerando o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente sob o ponto de vista biológico, pois a valorização da essência do ser humano deve conduzir o pensamento e as ações do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana (ABRAÃO JÚNIOR et al., 2008).

Porém, não basta apenas se preocupar com o preparo/conhecimento do profissional, sem se preocupar com a sua qualidade de vida, pois é necessário se criar espaços de apoio e suporte também para os trabalhadores, locais onde esses possam falar de suas dificuldades e angústias. É preciso cuidar de quem cuida (REIS et al., 2007).

Para uma melhora no conhecimento sobre o processo de acolhimento é preciso mais investimentos dos gestores em capacitação permanente, como possibilidade de provocar, nos diferentes sujeitos da área da saúde, reflexões sobre o modo de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema de saúde como rede única, para que se ofereça uma atenção digna, equânime, resolutiva e universal. Pois enfrentar mudanças não constitui uma questão de opção, mas a necessidade do mercado atual de trabalho (AYRES et al., 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização do acolhimento proposto neste estudo colabora para melhorias nos serviços de saúde nas UBS. Entretanto, para que estudos como este possa trazer efetivas contribuições ao atendimento em saúde, faz-se necessário que os profissionais de saúde repensem suas práticas, buscando atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, libertando-se do “modelo de queixa-conduta”, tão arraigado nas unidades de saúde.

Especialmente o enfermeiro, como membro da equipe de saúde e coordenador da assistência de enfermagem, necessita avaliar sua participação no processo de trabalho, em unidades de saúde, no sentido de contribuir com medidas que mais favoreçam o acolhimento aos usuários.

Constatou-se que toda equipe de enfermagem deve realizar as ações de acolhimento, uma vez que esta é função de todos na unidade básica, no entanto, esse papel importante para a dinâmica do serviço não vem sendo realizado de forma adequada, e muitas vezes não é realizado de forma vinculada, humanizada e integrada, fazendo com que o acolhimento não alcance por completo seus objetivos.

São inúmeras as dificuldades encontradas, tanto pelo próprio serviço/sistema, quanto pelos usuários e profissionais, esses devem se esforçar cada vez mais para prestar sempre um cuidado adequado e eficiente com o intuito de amenizar as dificuldades. Lembrando que uma atenção eficiente se constrói em conjunto, entre profissionais, serviços e usuários, onde todos são beneficiados.

Ainda há muito a ser trabalhado em termos de acolhimento nas UBS, as quais, com intuito de gerar o aperfeiçoamento profissional, deveriam promover seminários, debates e incentivar a educação continuada, com a abordagem de temas como acolhimento, integralidade, humanização, dentre outros relacionados a políticas de saúde.

A equipe de saúde deveria desenvolver mais estudos na área, aprimorando e ampliando seus conhecimentos, com vistas à qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e a resolutividade da assistência,

contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do usuário.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAÃO JÚNIOR, JF. et al. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. **Investigação**, v8, n1-3, p11–18, jan/dez. 2008.

ALENCAR, RCV. A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF). **Dissertação (mestrado)** – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. f120. 2006.

ALMEIDA, EC; FURTADO, LM. Acolhimento em saúde pública: a contribuição do fonoaudiólogo. Campinas: **Rev. Ciênc. Méd.**, v15, n3, p249-256, maio/jun., 2006.

AYRES, RCV et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. São Paulo: **O Mundo da Saúde**, v30, n2, p306-311, abr/jun 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, p8. 2006. (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, v1, p242, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRUNELLO, MEF. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. São Paulo: **Acta Paul Enferm**, v22, n2, p176-82, 2009.

GOMES, MCPA; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Botucatu: **Interface**, v9, n17, mar./ago. 2005.

GREEN, MCTP; ANDRADE, WMS; LOUROS, QL. Acolhimento em Unidade Básica de Saúde. **Investigação**, v8, n1-3, p87-96, jan/dez, 2008.

INOJOSA, RM. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. Santiago, Chile: **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, v18-21, outubro 2005.

LIMA, MADS. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. São Paulo: **Acta paul. Enferm**, v20, n1, jan/mar. 2007.

MONTEIRO, MM; FIGUEIREDO, VP; MACHADO, MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. São Paulo USP: **Rev. Esc. Enferm**, v43, n2, p358-64, 2009.

NERY, SR. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v14, n1, p1411-1419, 2009.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v12, n27, p749-62, out./dez. 2008.

PINHO, IC; SIQUEIRA, JCBA; PINHO, LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v8, n1, p42-51, 2006. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

REIS, MAS et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Botucatu: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v11, n23, set/dez, 2007.

RIBEIRO, LCC. Acolhimento às crianças na atenção primária sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Dissertação de Mestrado** da UFMG. 2009.

RODRIGUES, MP; LIMA, KC; RONCALLI, AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. Rio de Janeiro: **Ciênc. Saúde Coletiva**, v13, n1, jan/fev. 2008.

SCHOLZE, AS. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Londrina: **Revista Espaço para a Saúde**, v8, n1, p7-12, dezembro 2006.

SOUZA, ECF. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v24, n1, 2008.

TAKEMOTO, MLS; SILVA, EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v23, n2, p331-340, fevereiro 2007.

TOBASE, L; GESTEIRA, ECR; TAKAHASHI, RT. Revisão de literatura: a utilização da dramatização no ensino de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v9, n1, p214-228, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a17.htm>

VILLAS BÔAS, LMFM; ARAÚJO, MBS; TIMÓTEO, RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v13, n4, p1355-1360, 2008.