

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

ÁLVARO DE PINHO BARROSO

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS
2012

ÁLVARO DE PINHO BARROSO

**O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Stela Maris Aguiar Lemos

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2012

ÁLVARO DE PINHO BARROSO

**O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Stela Maris Aguiar Lemos

Banca Examinadora

Professora Stela Maris Aguiar Lemos – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte: 13/04/2013

Agradeço a minha esposa Ana Paula e minhas princesinhas queridas: Clarisse, Manuella e Giovanna por compartilharem todos os momentos desta jornada.

Aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde de Santa Rita pela ajuda nas horas em que foram necessárias as suas colaborações para este trabalho.

Às colegas do curso Tamara e Giselle que participaram ativamente do período do curso e incentivaram para a conclusão desta etapa.

Ao amigo Professor Marcos Werneck que muito incentiva, encoraja e orienta, a cada dia mais, minha caminhada para uma saúde pública com qualidade e pra todos.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que
ensina”.

Cora Coralina

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar na literatura nacional a produção científica relacionada com o conceito de acolhimento, bem como suas formas de aplicação e desenvolvimento dentro das Unidades Básicas de Saúde na Estratégia Saúde da Família. Optou-se por trabalhar com revisão narrativa através de levantamento bibliográfico em dois bancos de dados oficiais vinculados à Biblioteca Virtual da Saúde-BVS: LILACS e SciELO onde foram selecionados 20 artigos de 50 consultados. O estudo possibilitou verificar como o acolhimento é importante para uma boa organização do processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família, também a organização do acesso aos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde e para resolubilidade dos problemas de saúde-doença que aparecem nas famílias residentes no território. Além disso, o estudo mostra quanto o acolhimento aproxima os usuários da equipe de saúde quando esta consegue de forma humanizada atender e resolver praticamente todas as demandas das famílias deste território. O estudo mostrou também distanciamentos técnicos conceituais bem como limitações estruturais de organização do processo de trabalho.

Descritores: Acolhimento. Humanização da assistência. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze in the national scientific production related to the concept of reception as well as their application forms and development within the Basic Health Units in the Family Health Strategy. We chose to work with narrative review through literature in two official databases linked to the Virtual Health Library, VHL: LILACS and SciELO where 20 articles were selected from 50 consulted. This study enabled us to see how the host is important for proper organization of the team work of the Family Health Strategy, also the organization of access to services offered by the Basic Health Unit and for solving the problems of health and disease appearing in families residing in the territory. Furthermore, the study shows how users approach the host of the healthcare team when it gets so humanized meet and resolve almost all demands of the families of this area. The study also showed distancing technical and conceptual limitations of structural organization of the work process.

Descriptor: User embracement. Humanization of assistance. Health Services Accessibility

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	16
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERENCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Minha paixão pela saúde, em especial pela odontologia, começou em uma viagem aos quinze anos de idade à cidade de Diamantina MG, quando visitamos a Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina antiga FAFEOD e hoje Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri UFVJM. Os manequins de bocas abertas enfileirados no laboratório me fascinaram e ali naquele momento decidi que seria um cirurgião dentista.

Iniciei a minha graduação no curso de odontologia em 1997 na Universidade de Alfenas na cidade de Alfenas no sul do Estado de Minas Gerais. Cidade hospitaleira e eminentemente universitária.

Durante a graduação fui monitor de várias disciplinas como anatomia, estomatologia e patologia bucal. Por ser uma universidade privada senti falta de uma ênfase no ensino da odontologia pública, apesar de constar na grade curricular a disciplina de Odontologia Social Preventiva, no segundo ano as aulas eram meramente conceituais. Fui ter contato com a realidade da saúde pública já no final do curso quando fizemos estágio supervisionado em postos de saúde da prefeitura, que mantinha convênio com a Universidade. Atendíamos praticamente crianças e adolescentes, comecei aí a interessar sobre a odontologia pública, pois achava interessante a forma com que aquelas pessoas que não tinham condições de fazer um tratamento particular nos tratavam. Era gratificante ouvir os agradecimentos que faziam, os presentes que recebíamos, simplesmente por estarmos fazendo a nossa obrigação. Mas para eles era uma forma de gratidão e carinho talvez pela forma que nós os tratávamos. Inconsciente ainda começava aí uma percepção de acolhimento.

Ao concluir o curso de graduação no final do ano 2000, fui trabalhar em uma clínica particular na cidade de São José do Rio Preto - SP. Com a inserção do cirurgião dentista no então Programa Saúde da Família em 2001, o Sindicato dos Odontologistas do Noroeste Paulista abriu um curso de aperfeiçoamento em odontologia no Programa Saúde da Família. Fiz o curso em seis meses, comecei aí a ter os primeiros contatos com os conceitos, leis, portarias da saúde pública em odontologia. No início de 2004 já de volta a cidade de Belo Horizonte comecei a

fazer o curso de especialização em saúde coletiva em odontologia do Centro de Especialidades Odontológicas do IPSEMG o CEO/IPSEMG. Durante o período do curso fiz vários concursos para o cargo de cirurgião dentista em várias prefeituras e instituições federais.

Em 2007 passei em três concursos, nas cidades de: Barão de Cocais, Guanhães e Sabinópolis minha terra natal. Tomei posse na prefeitura de Sabinópolis em Janeiro de 2008 já ocupando o cargo de coordenador de saúde bucal do município. Neste mesmo ano fizemos um convênio com a disciplina do Internato Rural em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG. No ano de 2009 através do professor supervisor de estágio do Internato Rural tomei conhecimento do curso de especialização em atenção básica em saúde da família da NESCON UFMG, depois de uma tentativa frustrada em 2009, consegui entrar em 2010.

Comecei a me interessar pelo tema do acolhimento justamente pelas dificuldades que enfrentamos na Unidade Básica de Saúde com a forma com que trabalhamos com a comunidade. Quando cheguei para trabalhar na Unidade a comunidade estava sem atendimento há pelo menos uns 12 meses. Era tudo desorganizado e o relacionamento com a comunidade era dos piores possíveis. Não tinha uma organização de acesso, o atendimento era praticamente de demanda espontânea. E não existia se quer alguma coisa parecida com acolhimento. Isto me chamou muita a atenção e de certa forma me fez começar a pensar a trabalhar na Unidade a questão do acolhimento. Para minha surpresa durante o curso da NESCON este tema foi muito abordado e aí me interessei mais ainda e por isso resolvi transformar este interesse neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Trabalho em uma Unidade de Saúde Básica (UBS) onde funciona uma equipe da Estratégia de Saúde da Família no distrito de Euxenita na cidade de Sabinópolis MG. Euxenita tem 2.318 habitantes entre a zona rural e urbana. Antigamente chamava-se Santa Rita do Patrimônio nome este dado por ser Santa Rita a padroeira do distrito e por ser rodeada por uma serra chamada Patrimônio. Por ter sido local de intensa exploração de pedras preciosas e por ter sido encontrada na região grande quantidade do mineral euxenita, um decreto municipal tornou-se o Arraial de Santa Rita do Patrimônio em Euxenita.

O distrito Euxenita é um lugarejo com características bem mineiras: conservador, hospitaleiro e formada por tradicionais famílias vindas de Portugal. Seu povo ainda cultiva os costumes, a cultura, os hábitos e as tradições de seus antepassados. Em maio comemora-se a festa de Santa Rita, onde os moradores festejam com seus grupos folclóricos como os caboclinhos, marujos e banda de música. A culinária reflete a mistura do colonizador com seu povo colonizado e os costumes dos escravos. Os principais pratos do lugar são: O feijão tropeiro, o frango ensopado com quiabo e angu de fubá de moinho, a linguiça de porco defumada e a canjiquinha de milho com costelinha de porco e repolho.

Sua economia baseia-se na agricultura de subsistência, nos pensionistas e aposentados, e nos programas de transferência de renda do Governo Federal. É um distrito que tem uma característica da região do leste mineiro, com grande contingente de seus moradores vivendo na cidade de São Paulo - SP e nos Estados Unidos da América. Uma grande parte do comércio é mantida com dinheiro enviado por essas pessoas aos seus familiares.

O distrito possui uma escola estadual de ensino fundamental e médio, três escolas rurais municipais de ensino fundamental, uma creche mantida por uma instituição religiosa, uma unidade do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), horta comunitária mantida por uma instituição religiosa e uma unidade básica de saúde.

Na unidade básica de saúde funciona uma equipe da Estratégia Saúde da Família ESF com uma equipe de saúde bucal (ESB). A equipe tem uma médica, uma enfermeira, um dentista, dois técnicos em enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, uma auxiliar administrativa, duas auxiliares de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde. A estrutura física é nova e está dentro das normas da ANVISA.

É a única referência de saúde do distrito. Apesar de uma cobertura populacional pequena e uma boa capacidade de atendimento, o processo de trabalho é um pouco desorganizado, o que torna o acesso, o acolhimento e a resolubilidade ineficientes.

Na unidade não se usa protocolos, o atendimento é de livre demanda para o atendimento médico e de enfermagem. São apenas doze atendimentos médicos por turno entre agendados, demanda espontânea, retornos e urgências/emergências. No atendimento da enfermagem não existe agendamento diário, sendo o atendimento feito através de demanda espontânea. O atendimento odontológico é um pouco mais organizado, sendo o atendimento por meio de agendamento prévio depois de feita uma avaliação do paciente e este, classificado em um sistema de organização do acesso pelo Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO). São atendidos quatro pacientes agendados e três urgências.

O fato de termos uma população relativamente pequena, um quadro de profissionais qualificados e experientes, o conhecimento do território e da comunidade já solidificado tem facilitado um pouco a resolubilidade dos casos. Mas a falta de incentivo e reconhecimento do trabalho prestado por parte dos gestores é um dos fatores que vem desestimulando a organização do serviço e do processo de trabalho. A falta de cumprimento de horário por parte dos profissionais de nível superior, principalmente o profissional médico tem dificultado uma boa prestação do serviço e conseqüentemente um bom acolhimento. A cultura voltada para uma medicina centrada no curativismo ainda é bem forte na comunidade, isto dificulta algumas implementações de formas mais eficientes de atendimento, acesso e acolhimento por parte da gerência da UBS.

Um dos problemas mais relevantes e sempre questionados pela comunidade é a falta de critério para o agendamento médico. Isto é a conseqüência da falta de um protocolo de atendimento e de priorização. Outra reclamação constante dos usuários é pré-determinação de horário de atendimento de urgência, a forma de agendamento que marca todos os pacientes para o mesmo horário sendo o atendimento feito por ordem de chegada. A falta de um funcionário para a recepção também tem sido um grande dificultador para a otimização do atendimento e conseqüentemente a resolubilidade do problema do usuário.

Com base nestas considerações pretende-se, portanto buscar informações para ajudar na organização do trabalho em saúde na Unidade Básica de Saúde onde atuo.

2 JUSTIFICATIVA

Diante das dificuldades relatadas e enfrentadas, da necessidade e da vontade da equipe de melhorar o atendimento, a resolubilidade dos problemas e conseqüentemente, proporcionar ao usuário uma prestação de serviço de qualidade, eficiente e humanizada, é justificável o investimento e implementação de algumas mudanças como a forma do acolhimento aos usuários na Unidade. Garantir o atendimento de forma humanizada a todos os usuários da comunidade, escutando com atenção e se responsabilizando pela solução de seu problema e fazendo o possível, para com qualidade, eficácia e confiança resolver ou pelo menos fazer com que este usuário se sinta atendido, acolhido pela equipe. Isto faz com que se crie um vínculo entre este usuário e a equipe, tornando a resolubilidade do problema mais fácil e eficaz.

Para Silva Júnior (2001, p. 81),

[...] é necessário tratar de forma humanizada e dar respostas individuais e coletivas a todas as pessoas que procuram o serviço; discriminar riscos, urgências e emergências; gerar informações que possibilitem a leitura e interpretação dos problemas, ofertar novas opções tecnológicas de intervenção, e pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.”

Um acesso organizado e um acolhimento bem feito são de suma importância para uma boa prestação de serviço no atendimento em saúde. Porém, a nossa realidade mostra que ainda trabalhamos de forma precária. Apesar de possuímos uma UBS com área física adequada, constantemente o serviço é paralisado pela falta de materiais, equipamentos danificados e sem manutenção e, muitas vezes, insuficientes para suprir as necessidades dos usuários. A quantidade de funcionários nunca é suficiente para atender adequadamente os usuários e, na maioria das vezes, quando há contratações, acaba colocando funcionários despreparados.

Pereira *et al.* (2010) observam vários motivos como a remuneração, a falta de tempo, o número de profissionais, o uso de tecnologias duras, entre outros, que favorecem a desumanização do cuidado. Acredita-se também que o fato da Unidade valorizar mais as ações em termos de procedimentos, de quantidade do que de qualidade, observando-se uma insatisfação, tanto por parte dos usuários, como de alguns profissionais.

Para Campos *et al.* (2010) o profissional de saúde trabalha sob tensão, na medida que seu objeto de trabalho é uma pessoa doente. No seu cotidiano, vê-se obrigado a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se encontra na prática. E o resultado todos são frustração, impotência, sensação de fracasso, esgotamento e doença.

Enfim, o que se espera é que os profissionais da equipe de saúde tratem os usuários de sua comunidade com muita atenção, generosidade, carinho e alegria. Muitas vezes as pessoas procuram a unidade simplesmente com o objetivo de serem ouvidas e compreendidas e assim terem um pouquinho de atenção. Atitudes assim geram um grande impacto positivo nas ações de saúde, bem como nos indicadores de saúde. Para Backes *et al.*, (2005, p. 427) [...] *a ternura sinônimo de cuidado essencial significa afeto e cuidado. É um conhecimento que vai além da razão, emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros.*

Para Pinafo, *et al.* (2008) é preciso refletir sobre o acolhimento desenvolvido cotidianamente no serviço de saúde, tanto na concepção dos profissionais de saúde da atenção básica, como no que se refere a percepção do usuário.

3 OBJETIVO

Analisar a produção de conhecimento científico acerca da estratégia de acolhimento para organização do trabalho em saúde na atenção primária à saúde onde atuo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Optou-se por trabalhar com revisão narrativa por permitir a inclusão de vários estudos, a partir de uma leitura exploratória e seletiva possibilitando uma análise dos resultados desta revisão.

Segundo Moretti-Pires *et al.* (2009, p. 439-44)

[...] a revisão narrativa utiliza-se de informações sobre determinado tema de trabalho científico realizado sobre diversos autores para a sedimentação e fundamentação teórica de problema a ser estudado. Descreve e discute o conhecimento existente sobre o assunto em estudo e possibilita ao pesquisador fazer as críticas, sugestões ou mesmo confirmações dos conhecimentos narrados pelos autores.

O levantamento bibliográfico foi realizado em dois bancos de dados oficiais vinculados à Biblioteca Virtual da Saúde BVS, utilizando Descritores de Ciências da Saúde (Decs), nas bases LILACS e SciELO.

A busca dos artigos se deu, a partir dos seguintes descritores:

- Acolhimento
- Humanização da assistência
- Acesso aos serviços de saúde

A partir dos descritores levantados aqueles que tinham o objeto deste estudo em análise, foram levantados cinquenta artigos, destes, vinte artigos foram selecionados para a análise. O critério utilizado para inclusão dos artigos analisados foram a relevância e ênfase na humanização do atendimento aos usuários como também a percepção dos profissionais da saúde sobre o que é e como se faz um acolhimento. Aqueles artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão acima descritos foram excluídos da análise.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para Jorge, *et al.* (2007) os movimentos de reforma do setor de Saúde, em particular a Reforma Sanitária, que ocorreram amplamente na década de 80, impulsionaram a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde até então vigentes e impuseram a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde. Essas transformações ocorreram em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, de luta por direitos, sobretudo civis e políticos, e da universalização de vários direitos sociais, entre os quais o direito à saúde. Esses autores comentam que

Nesse cenário sociopolítico, a saúde adquire *status* de direito social, incorporado ao texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual materializou, em seus princípios e diretrizes, os ideários da Reforma Sanitária, tanto por assumir a saúde como direito de todos quanto por estabelecer a responsabilidade do Estado em provê-la e garanti-la, por meio de políticas econômicas e sociais integrativas".(JORGE *et al.*, 2007, p 256).

Na busca da superação do modelo de saúde médico-centrado e hospitalocêntrico, que não respondia às demandas de saúde da população, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde na atenção básica. Deste modo, o foco da atenção é direcionado à família de determinado território social. Propõe, portanto, uma nova maneira de organização do trabalho em saúde, a ser produzido em equipe, tendo em vista a execução de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Nestas, o eixo orientador é vigilância à saúde, concebida como modelo para a reordenação da lógica assistencial, a qual deve superar as intervenções centradas no indivíduo, voltando-se para as ações de caráter coletivo, ou seja, o foco desloca-se para a família e o locus de ação para o território social, adotando as ações preventivas e de promoção da saúde como prioritárias (JORGE, *et al.*, 2007; ROSA e LABETE, 2005; CONILL, 2002).

Para Jorge, *et al.*, (2007) o resultado esperado quando se pratica um bom trabalho na UBS através de um acolhimento e um tratamento bem feito é a saúde e a

satisfação do usuário que prevalecem. Quando temos um usuário que compartilha da responsabilidade de seus cuidados, participa da condução do seu caso, este usuário terá não só uma perspectiva de sucesso como uma opinião favorável ao trabalho realizado, como também melhores resultados para a sua saúde.. Isto tem sido levado em conta como um importante, embora não seja o único indicador de qualidade dos serviços de saúde.

Como afirma Mezomo (1993 p. 17), [...] *a informação a respeito da satisfação do paciente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde.*

Quando se presta um serviço de qualidade em todas as etapas do atendimento podemos perceber que o grau de satisfação da pessoa que recebe este atendimento é sempre positivo. A forma como nos relacionamos usuário/profissional/serviço prestado, os cuidados técnicos empregados e o retorno destes cuidados são parâmetros de grande relevância em uma avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado. Um bom relacionamento entre o usuário e os profissionais da equipe de saúde gera um vínculo entre as partes, aumenta a confiabilidade do usuário nesses profissionais tornando o tratamento mais eficaz (JORGE *et al.*, 2007)

A boa relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, o atendimento humanizado das pessoas nas suas necessidades de saúde-doença é o que podemos entender por humanização que engloba: escutar, compreender, cuidar, acolher (SCHIMITH; LIMA, 2004)

Conforme Ribeiro *et al.*, (2004) as condições de acesso aos serviços de saúde influenciam diretamente na qualidade e na satisfação dos usuários. Acolher bem o usuário lhe assegurando uma continuidade e resolubilidade de seus problemas é importante para a percepção dos usuários sobre a equipe, uma vez que assim se verifica, na prática, como a comunidade vê o retorno do serviço prestado como também propicia à equipe adequar o serviço às expectativas da comunidade adscrita.

Após identificar inúmeras queixas de usuários e prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), acerca da qualidade do relacionamento entre profissionais/usuários, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta de trabalho voltada para a humanização do atendimento em saúde, primeiramente dos serviços públicos. Elaborada por um Comitê Técnico do Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (PNHSS) foi lançado em 2002 em conjunto com secretarias estaduais e municipais, bem como de entidades da sociedade civil organizada, gestores, profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2004).

Nesta política o acolhimento na atenção à saúde constitui um dispositivo na organização do processo de trabalho dos serviços, portanto deve estar relacionado como parte do processo de produção de saúde como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido em diferentes dimensões (relacionais, técnico, clínica, cidadania) e trabalhado em todo e qualquer encontro entre profissional/usuário, profissional/profissional, equipe de saúde/gestão e usuário e sua rede social (BRASIL, 2004)

Malta (1998) descreve o acolhimento como uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde de um efetivo trabalho em equipe.

Para que o acolhimento aconteça, é necessário garantir o acesso do usuário ao serviço de saúde como também mudanças na forma de realização deste trabalho sendo que o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do cuidado à saúde. Já o trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores presentes, resolvê-lo. O momento do trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, momento de encontro entre esse trabalhador e o usuário. (BRASIL, 2005).

O trabalho é sempre realizado com a finalidade de atender à determinada necessidade da pessoa, independente de quem seja. Este é o princípio da universalidade (PINAFO *et al.*, 2008).

[...] o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Eqüidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo aqueles princípios do SUS (COSTA, 2004, p..23).

Atualmente os serviços de saúde tem sua atuação centrada nas tecnologias duras, no qual o uso de equipamentos acaba tornando o serviço caro e dependente destes e nas leveduras que caracteriza um grande domínio do conhecimento específico, como as consultas médicas e de enfermagem. Mehry (1998) inclui o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos.

Segundo o mesmo autor, ao acolhimento devem se seguir a responsabilização, a resolução e a autonomização do usuário. Teixeira (2003) também considerou “a recepção como o cerne do que chamou ‘acolhimento-diálogo’, ampliando o conceito para entendê-lo a partir de uma rede de conversações no serviço de saúde, ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário necessita na busca de satisfação para suas demandas”. O acolhimento tem que ser feito por todos da equipe, cada um dentro do seu conhecimento e saber. O intuito é solucionar o problema do usuário que chega e em não conseguindo no momento, pelo menos que este usuário saia com uma resposta. É obrigação de todos fazer um acolhimento bem feito, para assim ver refletido no processo de trabalho a eficiência no atendimento, melhora nos indicadores de saúde-doença, a satisfação dos profissionais e principalmente dos usuários.

Para Brehmer e Verdi (2010) a prática do acolhimento em todos os serviços públicos de saúde organiza-se em modos de atendimento aos usuários com a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção. Aliado às outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para a construção de um SUS universal, integral e equânime como orientam seus princípios.

Para Beck e Minuzi (2008, p. 6) “o usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e a corresponsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos neste estudo é que nem sempre a prática realizada condiz com a teoria. Este fato certamente representa uma barreira para o fortalecimento das políticas públicas de saúde, como a da humanização do atendimento e principalmente da consolidação e efetivação do SUS.

Os autores estudados foram unânimes em apontarem a importância do acolhimento para a criação de vínculo dos usuários com o serviço de saúde e ainda para qualificar a assistência à saúde.

Percebemos que na rotina de funcionamento das UBS os profissionais da equipe mesmo conhecendo e vivenciando as diversas formas de acolhimento e compreendendo os conceitos propostos pela Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (PNHSS) continuam com uma prática fundamentada basicamente na recepção, triagem e encaminhamento.

Vimos também que ainda existem dificuldades na organização do acesso aos serviços, do processo de trabalho dos profissionais da saúde e do relacionamento entre os trabalhadores da equipe e os usuários do sistema.

A atenção e o respeito ao usuário é de fundamental importância para a geração de vínculo e na relação de confiança com a equipe que presta o serviço. Tais constatações nos levam a reflexão de que o acolhimento deve ser um instrumento de trabalho incorporado por todos os trabalhadores em todos os setores da UBS e em todas as etapas que compõem o processo de trabalho. Na construção do sistema de saúde, na garantia de uma prestação de serviço de qualidade e equidade é imprescindível que a participação social seja ativa, que esses atores sintam o direito de fazer parte das tomadas de decisão e desejem a mudança visualizando a concretude das propostas.

Para Beck e Minuzi (2008, p 06) “o usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e a coresponsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade.”

Todos os serviços de saúde devem ser constantemente avaliados em cada fase de seu processo de trabalho, devem ser dinâmicos e passíveis de mudanças de acordo com as avaliações realizadas, para assim proporcionar ao usuário e ao trabalhador satisfação e qualidade no serviço e atendimento prestado. É preciso experimentar várias formas de fazer acontecer o serviço, conflitos existirão, mas servem para reflexão e redefinição de prioridades.

Fazer um verdadeiro acolhimento é um desafio aos trabalhadores. Repensar valores éticos, culturais, morais, transpor as barreiras e dificuldades, inventar e reinventar novas formas e cada vez mais superar a capacidade de melhora com mais criatividade para consequentemente proporcionar mais saúde, mais qualidade de vida, mais dignidade, direcionado sempre para os princípios norteadores do SUS.

Fica agora o desafio para reorganizar a nossa prática na UBS e implantar o acolhimento com qualidade.

REFERÊNCIAS

BACKES, D.S. *et al.* Construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enferm.**; v.14, n. 3, p.427-34. jul/set; 2005.

BECK, C.L.C; MINUZI, D. O Acolhimento Como Proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: Uma Análise Bibliográfica. **Saúde Santa Maria**, v. 34, n. 1/2, p. 37-43, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. [citado 2006 Dez 22]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0923_FL.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. [citado 2005 Mar 10]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/040053M1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.44 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União** 2006

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M.; Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, novembro, 2010, p. 3569-3578

CAMPOS, E.P. *et al.* Equipes do programa saúde da família: estresse profissional e dinâmica de trabalho. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 46-54, jan./mar. 2010.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2002; 18 (suplemento): 191-202.

JORGE, M.S.B. et al. Avaliação da Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: Satisfação dos Usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.31, n.2, p.256-266 jul./dez. 2007.

MALTA, D.C. **Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada.** In: Campos C. R. (Org). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-59. Medicina Social; 2003. p. 89-111.

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnicoassistencial em defesa da vida.** In: Cecílio LC (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160.

MERHY, E.E. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.** São Paulo: Hucitec; 2003.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na Produção de Saúde. In: Reis A. T.; SANTOS, A. F.; CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. p. 143-60.

MEZOMO, J.C. Qualidade na relação hospital-paciente. **Hospital. Administração e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 17-21. 1993.

MORETTI – PIRES, *et al.* Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o dentista. **Acta Paul.** Enferm, v.22, n. 4, p. 439-44, 2009.

PEREIRA, A. D. *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre v. 31, n.1, p. 55-61. Mar., 2010.

PINAFO, E. *et al.* **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, jun.2008 <www.ccs.uel.br/espacoparasaude>

RIBEIRO, E.M. *et al.* Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: a experiência do município de Curitiba-Paraná. In: FERNANDES, A. S.; SECLLEN-PALACIN, J. A, (Org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8). p. 37-61.

RIBEIRO, L.C.C. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.6, p. 1027-34. 2005.

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

SCHIMITH, M. D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov/dez, 2004.

SCHOLZE, A.S. *et al.* 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. www.ccs.uel.br/espacoparasaude

SILVA JUNIOR, A.G. **Lógicas de programar ações de saúde**. In: Barbosa PR (Coord). Curso de Especialização Autogestão em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. p. 81-107.

SOUZA, E.C.F.; *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos R. A., (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.