

GUILHERME ISAAC SCHREIBER LITWINSKI

**O ACOLHIMENTO COMO UMA FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA
QUALIDADE DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2011

GUILHERME ISAAC SCHREIBER LITWINSKI

**O ACOLHIMENTO COMO UMA FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA
QUALIDADE DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

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 título de
Especialista.

Orientadora: Thais Lacerda e Silva

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2011

Para Isabel, minha esposa, pelo companheirismo e dedicação nesses anos que estamos juntos. Por me compreender nos momentos de trabalho árduo e estar disposta a percorrer todo o caminho da vida ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a minha família pelo homem que me tornei, ao curso do NESCON e a orientadora e professora Thaís Lacerda pela contribuição para conclusão deste trabalho.

SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PDAPS – Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Este trabalho desenvolve a reflexão sobre a importância de se efetivar a proposta do acolhimento nas unidades básicas de saúde como um eixo de organização do processo de trabalho e em especial, do atendimento da demanda espontânea. Realizou-se busca na literatura nacional, da produção científica que aborda o acolhimento como estratégia para a organização do processo de trabalho e a melhoria da qualidade da assistência prestada, em especial pelos profissionais médicos. Os resultados demonstraram que o acolhimento se concretiza nas práticas de saúde, por meio de escuta qualificada e possibilidades de respostas dos serviços de saúde às necessidades dos usuários, devendo traduzir-se na qualificação da produção de saúde. Observou-se que embora seja prescrito que todos os profissionais devem realizar o acolhimento, a inserção dos médicos nesse processo ainda é incipiente.

Palavras-chave: Acolhimento; Processo de Trabalho em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

This work develops a reflection on the importance of bringing into effect the proposal of hosting the primary health care as a hub for organizing the work process and in particular the attendance of the patients spontaneously. Search took place in the national literature of scientific production that addresses the host as a strategy for organizing the work process and improves the quality of care, particularly by medical professionals. The results demonstrated that the host is concretized in health practices, by qualified hearing and possible responses of health services users' needs and should result in the production qualification of health. It was observed that although it is required that all professionals should perform the reception, integration of physicians in this process is still incipient.

Keywords: Home, Work Process in Health, Primary Health Care, Family Health.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	08
2.	JUSTIFICATIVA.....	10
3.	OBJETIVO	15
5.	METODOLOGIA	16
6.	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, constitui grande avanço na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, ainda enfrenta o desafio de implementar um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Esse modelo pós-reforma, representado pelo SUS, consolida conceitos e práticas como acolhimento, humanização, acesso universal, integralidade da atenção e vínculo, com o objetivo de resgatar a relação entre os sujeitos sociais. (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 12).

Na tentativa de superar o modelo hegemônico centrado em práticas curativas e na atenção médico-hospitalar, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, como uma estratégia de organização das ações de saúde nos serviços da atenção básica, fundamentado em um novo modelo de atenção, com ênfase na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e da comunidade. Sua implantação possibilitou: ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, desenvolver práticas de saúde integrada com as famílias, incorporar o atendimento humanizado e fomentar o compromisso com as necessidades dos usuários (SOUSA, 2008).

Apesar dos benefícios alcançados na implantação da estratégia, observa-se que o aumento da demanda espontânea e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam no PSF, têm dificultado o trabalho das equipes de saúde. O excesso de demanda por consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) limita o desenvolvimento de ações programáticas e a ênfase na promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Como médico integrante de uma equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Granja de Freitas no município de Belo Horizonte, encontro, em minhas atividades diárias, fatores que limitam a oferta de atendimento qualificado aos usuários, sendo o principal deles, o elevado número de atendimentos advindos da demanda

espontânea. Tal fator muitas vezes, inviabiliza o atendimento qualificado pelo profissional médico, que se vê obrigado a atender um volume de pessoas em tempo limitado. Diante disso, o tempo mínimo de 30 minutos estipulado para cada consulta médica se reduz para 15 minutos ou até menos, na tentativa de atender todas as pessoas que chegam as UBS em busca de atendimento imediato.

A reflexão sobre as limitações de se oferecer um atendimento qualificado, capaz de compreender o papel dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dos indivíduos, em sua totalidade, motivou o desenvolvimento deste estudo. A discrepância entre a quantidade de usuários que procuram as unidades básicas de saúde e a capacidade de resposta dos profissionais aponta para a necessidade de implantar estratégias que tornem o atendimento mais qualificado e que contribuam na organização do processo de trabalho.

Assim, este estudo propõe desenvolver uma reflexão sobre o comprometimento da qualidade da assistência prestada ao usuário que chega às unidades básicas de saúde por meio da demanda espontânea e as contribuições da implantação do acolhimento para a qualificação da assistência.

2 JUSTIFICATIVA

Há alguns anos, o conceito de saúde estava associado à ausência de doenças. Depois se começou a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situação do dia-a-dia. Ampliou-se assim, o conceito de saúde que passou a ser entendida como resultado de um conjunto de fatores, tais como saneamento básico, trabalho, renda, educação, e outros, conforme explicitado no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Essa concepção ampliada de saúde trouxe mudanças significativas e está sustentada na Constituição Federal de 1988, art. 196 que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Antes da implantação do SUS, a assistência à saúde da população estava limitada à condição de trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica por meio das Caixas de Previdência, ou então pagavam médicos particulares e, em caso de internação, também pagavam pelo serviço. Para quem não se enquadrava nessas condições, o jeito era recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou aos Postos de Saúde Municipais, que viviam lotados (BRASIL, 2010). Para acabar com essas desigualdades, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento defendia que todos deveriam ter amplo acesso aos serviços de saúde, independente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social (BRASIL, 2010).

Para promover o acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) onde as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social através dos Conselhos de Saúde. Com isso, o SUS se organiza e se sustenta em leis (8.080 e

8.142 de 1990) e inicia o processo de municipalização, ou seja, o recurso federal destinado ao financiamento das ações de saúde começou a ser repassado diretamente para os municípios que então alocavam os recursos de acordo com suas realidades e necessidades.

A proposta da municipalização da saúde pressupõe que os municípios, juntamente com os conselhos de saúde, assumam a responsabilidade pelo planejamento, controle e execução das ações e serviços de saúde. Para colocar isso em prática os municípios devem organizar a atenção à saúde tendo a APS como eixo.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Tem o PSF como estratégia prioritária para sua organização e considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

A estratégia Saúde da Família se organiza por meio de Equipes de Saúde da Família (ESF) composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe deve se responsabilizar por, no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. O número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS é de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Com a implantação das ESF tornou-se possível o planejamento das ações, priorizando assim, problemas de saúde mais freqüentes, além de terem que

responder com resolutividade à demanda espontânea. As ações educativas vêm contribuindo na compreensão do processo saúde-doença da população e assim, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida. Com as ESF pôde-se dar ênfase aos grupos de riscos e fatores de riscos comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir doenças e danos evitáveis.

Entretanto, apesar dos ganhos advindos com a implantação das ESF, com destaque para a ampliação do acesso da população às UBS, há dificuldades a serem superadas para se alcançar a resolutividade da atenção. Uma destas é o aumento da demanda espontânea que chega às UBS. Com isso, é comum encontrarmos nesses serviços situações como: a limitação de consultas médicas, restrição nas agendas das equipes, entre outras, que dificultam o acesso dos usuários e a atenção resolutiva (BRASIL, 2010).

Em muitos UBS não há estrutura física nem profissionais suficientes para acolher toda essa demanda e realizar as ações de saúde. Com isso, as ações programadas como de puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos), pré natal, grupos educativos e planejamento familiar ficam em segundo plano nas agendas das equipes de saúde que até então estão sobrecarregadas tentando atender a demanda espontânea.

No município de Belo Horizonte, a implementação da APS segue as diretrizes nacionais, sendo constituída de UBS que se configuram como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde. Antes da implantação das ESF no município, as unidades enfrentavam problemas com a demanda espontânea que geravam filas enormes e consultas limitadas (BRASIL, 2006). Com o passar do tempo, tornou-se necessário repensar a forma de organizar a APS e o processo de trabalho das equipes, incorporando assim as ESF na busca de se efetivar a atenção integral.

A ESF deve ser a principal porta de entrada da população adscrita, e cabem as equipes se organizar para o efetivo atendimento a demanda espontânea e fazer valer o dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar (MINAS GERAIS, 2008).

O Ministério da Saúde destaca que humanização deve

[...] aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como autores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 7).

O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que traduz os princípios e o modo de operar as relações dos profissionais com os usuários, entre dos diferentes profissionais e ainda entre os diferentes pontos de atenção à saúde que constituem a rede de atenção à saúde do Sistema único de Saúde.

Todavia, o acolhimento não pode se restringir apenas a uma “saída” para organizar a demanda espontânea, ele tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p.37).

Antes da implantação do acolhimento, que só aconteceu em 1995, a única forma de se conseguir atendimento nas UBS era a “fila”, que começava a ser formada de madrugada. Algumas pessoas “vendiam” seus lugares, e inúmeras vezes havia briga e confusão. O atendimento era por ordem de chegada, havendo uma procura quase exclusiva por consultas médicas. A partir de 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou o dispositivo “acolhimento”, a UBS buscou humanizar a atenção revendo suas formas de receber os usuários na porta de entrada dos serviços.

O acolhimento constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, indo ao encontro das propostas da ESF. A implantação do acolhimento possibilita

encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando o acesso universal e a organização da demanda na assistência aos usuários. Pelo lugar estratégico ocupado por esta proposta, justifica-se o estudo para melhor compreensão do acolhimento, oferecendo assim, subsídios para sua consolidação nas UBS, bem como seu aperfeiçoamento, enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.

3 OBJETIVO

Identificar na literatura nacional a produção científica que trata do acolhimento como dispositivo/estratégia para a organização do processo de trabalho e a melhoria da qualidade da assistência.

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma busca da literatura científica e técnica na área de saúde pública, com vistas a identificar publicações que tratassem do tema acolhimento nas equipes de Saúde da Família. Foram pesquisadas as revistas indexadas na Scielo; cadernos pedagógicos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) do estado de Minas Gerais e também o livro sobre Acolhimento e Processo de Trabalho em Saúde da Hucitec dos autores FRANCO; BUENO; MERHY (2003).

A busca de trabalhos nos bancos de dados foi norteada pelas palavras-chave: Acolhimento; Processo de Trabalho em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: trabalhos publicados na língua portuguesa no período 2000-2010 e que traziam em seu escopo a descrição do acolhimento na Atenção Primária à Saúde.

A variável definida para este estudo foi o acolhimento como forma de organizar o processo de trabalho e qualificar a assistência.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Um dos primeiros resultados obtidos da revisão da literatura foi à apreensão das diferenças conceituais entre triagem e acolhimento.

De acordo com Mângia, *et.al.*, (2002) a prática da triagem, geralmente composta por agendamento prévio e realização de uma entrevista, responde a uma preocupação de dividir e classificar sintomas e indicar rapidamente um tratamento, constituindo uma relação vertical, onde o profissional é quem decide o tipo de intervenção com base em critérios, muitas vezes aleatórios e até mesmo subjetivos, tais como: o diagnóstico, sinais e sintomas, necessidade ou não de medicação, o grau de escolaridade da pessoa, capacidade de verbalização e compreensão, entre tantas outras.

Por outro lado, acolher significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso (MÂNGIA, *et.al.*, 2002).

Franco, Bueno e Merhy (2003) reforçam a idéia de que o acolhimento propõe principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, ao contrário da triagem que vai desumanizar e limitar as consultas médicas.

O acolhimento: aspectos conceituais e organizacionais

Uma das propostas centrais do acolhimento é a inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo como base os seguintes princípios:

- a) Atendimento a todas as pessoas que buscam o serviço de saúde, garantindo o acesso universal, acolhendo, escutando e oferecendo respostas positivas aos problemas e demandas do usuário;
- b) Reorganização do processo de trabalho, valorizando a equipe multiprofissional e contribuindo para a ruptura do modelo centrado no médico;

c) Qualificação da relação trabalhador-usuário, tendo por base a solidariedade e a cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003).

Constitui um modo de operar os processos de trabalho em saúde, buscando o atendimento de todos os usuários que procuram os serviços, por meio da escuta qualificada. Requer dos profissionais uma postura capaz de acolher, escutar, compreender as demandas e necessidades trazidas e oferecer respostas resolutivas, incluindo a continuidade do cuidado nos serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2004).

Segundo Mângia *et al.*, (2002) a equipe de saúde que assume a estratégia do acolhimento, se coloca disponível e se responsabiliza pelas necessidades apresentadas pelos usuários. Em geral, as equipes se deparam com variadas e desconhecidas situações, sendo desafiadas a oferecer respostas ágeis e flexíveis, capazes de se adaptarem a dinamicidade das subjetividades, histórias de vida e de todas as questões que envolvem o adoecer.

Quando o usuário é acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde. Dessa forma, favorece a construção de uma relação de confiança e respeito para com o usuário que busca o atendimento. (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009, p.442).

É importante reconhecermos que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde, *“por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em **qualificação da produção de saúde** (BRASIL, 2004. p.15).* Dessa forma, todos os profissionais de saúde das unidades básicas fazem acolhimento.

Destaca-se que o processo de escuta favorece o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários e também a participação ativa do usuário no processo de produção da saúde. Para isso faz-se necessário um maior tempo para a realização do atendimento dos usuários.

Entretanto, o elevado número de pessoas que procuram os serviços de saúde para atendimento acaba comprometendo o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários, em especial entre os profissionais médicos e os usuários.

Em um estudo realizado por Cotta, *et.al.*, (2005) em que se pesquisou a satisfação dos usuários em relação às características do atendimento médico, a maioria dos entrevistados relatou que a consulta tinha duração de 15 a 30 minutos. Contudo, segundo o mesmo autor em sua pesquisa bibliográfica grande parte dos usuários se referiu que o tempo dedicado à consulta era de 5 a 15 minutos, o que comprometeu a qualidade do atendimento prestado gerando insatisfação na população.

Franco, Bueno e Merhy (2003) ressaltam que no caso específico dos médicos, o processo de trabalho não foi modificado a ponto de causar impacto na assistência. O que se vê, na maioria das vezes, é o médico realizar o atendimento dos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento. Observa-se que a implantação do acolhimento permitiu a redução dos agendamentos de consultas médicas. Entretanto, não houve inserção efetiva dos profissionais médicos no processo.

Uma tecnologia que vem sendo utilizada no acolhimento para oferecer maior agilidade no atendimento é a Avaliação com Classificação de Risco que consiste na análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Assim, é possível analisar e classificar a necessidade atendendo a todos.

Algumas vantagens da utilização do acolhimento com classificação de riscos (BRASIL, 2004, p. 18):

Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.

Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloque a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.

Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo

o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.

Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários.

Limites a serem vencidos no acolhimento

A implantação do acolhimento gera dificuldades e impasses, muitas vezes relacionados aos diferentes perfis de capacitação profissional e de atendimento prestado à população. Se por um lado o acolhimento organiza, cria vínculo e otimiza o serviço, por outro lado os conflitos gerados pela relação permanente com a demanda se evidencia, especialmente, nos momentos em que a inexistência de vagas para inclusão das pessoas nas práticas assistenciais aparece como uma questão insolúvel (MÂNGIA, 2002). Frequentemente as equipes optam pelo “fechamento das portas” da unidade para casos novos, não proporcionando à população esses espaços de escuta e reflexão.

No estabelecimento do diálogo entre trabalhador da saúde e usuários, as soluções para os problemas de saúde são encontradas nessa parceria, pois, às vezes, o desabafo presente numa relação de respeito pode proporcionar a aquisição de soluções para dificuldades presentes. (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009, p. 443).

Carvalho *et.al.*, (2008) constatou em suas pesquisas que:

Como pode ser observado, ainda são muitos os desafios para que o acolhimento possa ser implantado de forma efetiva, garantindo o acesso universal e a atenção qualificada das pessoas sob responsabilidades das equipes de saúde.

Para Souza, *et. al.*, (2008) garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde é fundamental. Entretanto, observa-se que ainda é um problema quando se trata de valores quantitativos, como o número de atendimentos e rendimento profissional. Não se pode restringir o acesso a saúde ao quantitativo de unidades de saúde e

vagas diárias para atendimento médico. Deve-se considerar principalmente, a qualidade e resolutividade da atenção prestada.

Outro desafio a ser superado é a inserção efetiva do profissional médico no acolhimento. De acordo com Franco; Bueno e Merhy (2003), a pequena inserção dos médicos no acolhimento ainda é uma barreira a ser vencida no sentido de se otimizar a estratégia do acolhimento humanizado nos serviços de saúde.

Os resultados demonstraram também que o acolhimento absorve muito tempo do trabalho dos profissionais, limitando a disponibilidade desses para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde. Observou-se que algumas equipes conseguiram se organizar e retomar essas atividades, porém de forma incipiente e assistemática.

Brasil (2010) afirma que as equipes tem encontrado dificuldades na organização de seu trabalho, decorrentes do excesso da demanda e da difícil negociação com a população para priorização de ações programáticas ou de prevenção e promoção, e percebem que a população tem expectativa de atendimento médico e imediato.

Finalizando, Carvalho (2008) destaca que para se efetivar a implantação do SUS, incluindo a consolidação das práticas do acolhimento é necessário investir nos processos de capacitação dos recursos humanos em saúde. Reitera também que a humanização nos serviços constitui elemento essencial para a melhoria de qualidade dos serviços prestados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura pesquisada é possível concluir que o acolhimento tem uma grande importância na organização dos serviços da atenção básica e principalmente, na demanda espontânea que ainda é um desafio para as unidades básicas de saúde.

Observou-se que muitos estudos demonstraram que a implantação do acolhimento como um fator para modificar processo de trabalho das equipes foi um ganho para a saúde pública, e em especial, para os usuários do SUS. Entretanto, é necessário avançar para garantir aos usuários um atendimento verdadeiramente humanizado, em especial, nos atendimentos médicos que possuem tempo restrito para analisar os fatores que interferem na condição de saúde da comunidade.

Acredita-se que a equipe de saúde tem que estar continuamente renovando suas práticas e assumindo novas estratégias, superando assim as formas antigas e instituídas de se “fazer saúde”. O que se observa ainda é que em muitas unidades básicas de saúde o atendimento médico não está sendo realizado em sua totalidade devido à sobrecarga de pessoas que necessitam de atendimento médico a cada dia. Permanece a preocupação em resolver as questões imediatas das pessoas do que acolhê-las e entender as reais necessidades, conforme preconiza o SUS.

O acolhimento, portanto, criou uma grande mobilização na Unidade de Saúde, em todos os sentidos, com repercussões inclusive para a comunidade e até mesmo para outros seguimentos sociais.

Como proposta de intervenção a Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Granja de Freitas, propõe organizar a demanda espontânea contando mais com a participação do médico nos horários destinados ao acolhimento, não apenas para solucionar casos agudos, mas também se responsabilizando pelo processo de acolher como integrante da equipe. Assim, uma das mudanças se refere ao aumento do tempo destinado à consulta médica para melhor possibilidade de acolhimento dos usuários. Outra mudança importante é a participação dos médicos nas ações

programadas, em especial, a educação em saúde na sala de espera de forma a direcionar o fluxo e otimizar todas as demandas dos usuários.

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso e garantir o atendimento qualificado. Auxilia na construção do vínculo entre os profissionais e a população, propicia melhoria contínua no processo de trabalho e desencadeia o cuidado integral e modifica a clínica. O acolhimento será cada vez mais efetivo se houver capacitação dos profissionais para recepcionar, escutar, atender, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar visando o bem estar do paciente e satisfação dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990, p.1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 648/GM 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional da Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana**, v. 33, n. 3, p. 440-452, jul./set 2009.

CARVALHO, C. A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciência Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/jun 2008.

COTTA, L. M. L. de.; *et al.* A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. HUCITEC, São Paulo, 2003.

MÂNGIA, E. F. *et al.* Acolhimento: uma postura. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Assessoria de Comunicação. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. 2008, 432 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde /Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. -- Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. Conteúdo: Oficina 5 – **Acolhimento e Classificação de Risco**, Guia do Participante, 56 p.

SOUSA, M. F. de. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, v. 61, nº 2, p. 153 -8, mar/abr 2008.

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

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C; SOARES, S. M. **Práticas educativas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON, 2009.