

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

**ANA CRISTINA DA SILVA MORAIS**

**REVISÃO SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO  
ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) E SUAS  
PRINCIPAIS VANTAGENS E DESVANTAGENS**

**POMPEU - MG**

**2014**

**ANA CRISTINA DA SILVA MORAIS**

**REVISÃO SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO  
ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) E SUAS  
PRINCIPAIS VANTAGENS E DESVANTAGENS**

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. Dra. Ana Cláudia P. Couto.

**POMPEU - MG**

**2014**

**ANA CRISTINA DA SILVA MORAIS**

**REVISÃO SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO  
ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) E SUAS  
PRINCIPAIS VANTAGENS E DESVANTAGENS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Cláudia P. Couto- Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 11 de setembro de 2014

Dedico este trabalho ao meu filho que ao nascer me ensinou que o conto é uma metodologia para ensinar e aprender durante toda a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me dar a oportunidade de contribuir com minha própria formação continuada e simultaneamente me instrumentalizar melhor para minha vida em família.

Faço-o também a todos que contribuíram de alguma forma para que esse estudo pudesse ser concluído.

*“[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários.” (MERHY, 1997, p. 119).*

## RESUMO

Esta pesquisa foi realizada utilizando a metodologia da revisão bibliográfica. Como objetivo buscou-se identificar e avaliar como se deu o processo de implantação do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), elencando seus pontos positivos e negativos. Os resultados revelam que o acolhimento é a porta de entrada nas UBS, bem como um importante instrumento de detecção de novas demandas as quais o paciente pode não estar ciente, além de que o acolhimento é feito inicialmente pelo/a enfermeiro/a. Os estudos revelaram ainda que o acolhimento deve contar com uma rede de profissionais como enfermeiros, médicos, assistente social, técnico em enfermagem, entre outros que devem trabalhar de forma compartilhada e ao mesmo tempo com bastante autonomia. Constatou-se também que esse coletivo de profissionais ainda não trabalha de forma compartilhada e que o próprio sistema de acolhimento está sendo modificado para atender melhor os usuários, mas ainda há muito a avançar.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Enfermagem. Centro de Saúde.

## **ABSTRACT**

This research was conducted using the methodology of the literature review. The objective sought to identify and assess how was the process of implementing the host in Basic Health Units (BHU), listing their strengths and weaknesses. The results reveal that the host is the gateway to the user in UBS, as well as an important tool for detection of new demands which the patient may not be aware that this host is done initially by / nurse / a. The studies also revealed that the host should have a network of professionals such as nurses, doctors, social workers, nursing technician and others who must work in a shared manner and at the same time with a lot of autonomy. It was also found that this collective of professionals not working in a shared manner, the host system itself is being modified to better serve users, but there is still much to learn.

**Keywords:** Home. Nursing. Health centers.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 A legislação brasileira e o acolhimento nas UBS.....</b>	<b>17</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda o Acolhimento como um marco importante dos serviços de saúde, relacionando-o com a inversão do modelo técnico-assistencial, e enfoca os conhecimentos já produzidos sobre o tema. O estudo tem como base abordagens que vinculam o acolhimento às relações humanas e à reestruturação do processo de trabalho em saúde.

Esta reflexão buscou ainda identificar como acontece a ampliação do acesso à assistência, o conhecimento técnico-científico dos profissionais, as intervenções e as responsabilidades clínicas pelos clientes/pacientes. Refletiu-se sobre o acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas na saúde, além da compreensão da inversão do modelo assistencial.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram o serviço, ouvindo suas queixas e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, considerar as particularidades de cada um, direcionando seu atendimento de forma que o mesmo não deixe a Unidade de Saúde, sem uma resposta para sua primeira necessidade, que seja referenciada para a rede de serviços, levando em consideração os princípios de igualdade e integralidade do SUS.

Dentro desta proposta de reorganização das práticas de atenção, a saúde espera que uma equipe de enfermagem deva estar aberta para assumir e comprometer-se a participar da implantação deste novo tipo de assistência.

Com efeito, a pesquisa em questão veio de encontro ao curso de pós-graduação, bem como à minha prática na área de enfermagem e justifica-se devido as pesquisas atuais veiculadas na internet, artigos e na própria mídia aponta as múltiplas necessidades da área de saúde, em especial das unidades básicas. Nesse sentido este estudo contribuiu para que enquanto profissional da área de saúde melhorar meu desempenho e atualizar cada vez melhor, vez que constatamos que muitas atividades para atingirem os objetivos depende da formação individual e da autonomia que essa formação nos possibilitará

## **2 OBJETIVO**

Identificar como se deu o processo de implantação do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), elencando seus pontos positivos e negativos.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo se pautou na pesquisa bibliográfica sobre o tema “acolhimento” através de base de dados indexadas como a *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) , resgatando a sua historicidade e a sua implementação, a partir dos descritores: Centro de saúde, acolhimento e enfermagem.

Fez-se, também, pesquisa em livros, teses, dissertações, além dos Manuais e Programas do Ministério da Saúde, entre outros. Foi utilizada a técnica de leitura e fichamento para ter uma visão global sobre o assunto em questão

Esta revisão de literatura justifica-se por apontar para a necessidade de se pensar o acolhimento como estratégia para o bom andamento do serviço, proporcionando ao usuário dos serviços de saúde uma resposta às suas demandas. Dessa forma, o acolhimento é a porta de entrada dos usuários nas UBS, bem como um importante instrumento de detecção de novas demandas as quais o paciente pode não estar ciente.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Pressupostos históricos e teóricos do acolhimento na saúde

No Primeiro Testamento da Bíblia Sagrada, já há citações sobre a adoção de medidas para isolar os portadores de doenças, como a “lepra” e outras doenças consideradas impuras. Essas práticas de separar as pessoas doentes estenderam-se por toda a Idade Média.

Com efeito, podemos lembrar ainda da chamada Praga de Atenas, doença desconhecida que ocorreu entre 430 a 427 a.C e dizimou aproximadamente um terço da população daquela cidade (NELSON; WILLIAMS; GRAHAM, 2001).

No final da Idade Média, as epidemias nas cidades europeias obrigaram os governos a adotar medidas de monitoramento sobre as doenças transmissíveis e a imposição de regras sobre “cemitérios e mercados, áreas consideradas de alto risco para o surgimento e a propagação das doenças contagiosas” (TACKER, 2000, p. 89).

A história da saúde pública brasileira tem suas diretrizes a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). A partir dessa conferência criam-se soluções que oportunizam o acesso à saúde de toda a população, com atendimento eficiente capaz de produzir qualidade de vida, direito constitucional do cidadão. Nesse sentido, essa Conferência encaminhou, a partir de seus debates, propostas de descentralização e democratização do sistema de saúde no Brasil, através de uma ampla Reforma Sanitária constando, entre outros, de um projeto de transição gradual das Ações Integradas de Saúde para o Sistema Unificado de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986).

A Constituição Brasileira de 1988 segue as diretrizes da 8ª CNS e permite que se estabelecessem projetos de qualidade de vida para a população. Todavia, dividiu com a sociedade a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos. Dessa forma o Art. 197, seção II, - Da Saúde – estabelece que:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante política sociais (grifo nosso) 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 sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118).

Percebe-se o caráter assistencial ou de acolhimento previsto na Carta Magna. Outros desdobramentos dessa lei seguem com a Lei Federal nº 8080 de setembro de 1990, nas Disposições Gerais § 2º, amplia os princípios gerais e determina que: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), descritos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, entre 1991 e 2000, o acesso ao saneamento básico na área urbana foi ampliado para grande parcela da população brasileira.

A prevalência percentual da população urbana sem acesso às instalações sanitárias reduziu de 4,3%, em 1991 para 2,5%, em 2000. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste que já apresentavam valores baixos em 1991 reduziram ainda mais o percentual de suas populações urbanas sem acesso às instalações sanitárias em 2000. A região Nordeste ainda apresenta 6,2% de sua população urbana sem instalações sanitárias. Os diferenciais entre as regiões aumentaram no período. Em 1991, a região Nordeste apresentou uma prevalência da população urbana sem instalação sanitária 5,9 vezes, maior do que na região Sul. Já em 2000, essa razão de prevalências foi de 10,3 (BRASIL, 2007, p. 28).

Tendo em vista a amplitude territorial do Brasil, entre outros fatores, vê-se a necessidade de descentralização dos serviços prestados a população, culminando assim em 1999 com o processo de descentralização da área de vigilância. Isso só se tornou possível após várias discussões envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Durante as reuniões foi que viabilizou-se

[...] a aprovação das responsabilidades e requisitos contidos na Portaria GM/MS n. 1399, de 15 de dezembro, que regulamentou a NOB SUS 01/96. Complementarmente, foi publicada a Portaria SE/Funasa 950, de 23 de dezembro de 1999, estabelecendo os tetos financeiros e contrapartidas para todas as Unidades da Federação (BRASIL, 2007, p.56).

O processo de descentralização atualmente já atingiu todas as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal com mais de 100.000 habitantes, com exceção de Manaus, que tem sua certificação.

Observa-se que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde vêm propondo a reformulação dos modelos tradicionais que têm se apresentados insatisfatórios diante das necessidades sociais para implantar a Atenção Integral à Saúde, assentada nos preceitos constitucionais e na legislação do SUS (BRASIL, 2007, p.56).

Nesse período, intensificam-se as críticas às lacunas deixadas pela experiência brasileira em “buscar uma nova organização de serviços de saúde e prestação de assistência: tumultuado processo de municipalização da saúde e os severos cortes orçamentários no setor social” (SILVA JUNIOR, 2004, p. 24), “os esforços mudancistas com pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços” (CAMPOS, 1992, p. 145).

Silva Junior (2004, p. 25) diz que:

Mendes (1991), Misoczky (1991), Merhy et al. (1991), Campos (1991) e Teixeira (1992), entre outros, criticaram as formas de reorganização da assistência à saúde implementadas em alguns municípios, reproduzindo as velhas estruturas do INAMPS e propuseram novas alternativas. Paim (1992) indicava a necessidade de superar os modelos de prestação de serviços de saúde, “tornando-os compatíveis com os propósitos de universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade e impacto epidemiológico”

Dessa maneira, este autor demonstra que o Brasil, embora tenha buscado a melhoria nos serviços de saúde, ainda necessita de uma adequação à nova sociedade, tendo o profissional da saúde papel fundamental. Nesse mesmo sentido, a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003 afirma que:

Será a força das instituições políticas e dos movimentos popular e sindical nas cidades que tornará viável a participação autônoma e consistente de representante dos usuários [...] clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes das relações entre Governo e grupos de interesse [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 36)

Percebe-se que o Governo brasileiro, através de seus representantes em saúde enxerga as novas tendências e orienta sobre a necessidade de uma efetiva participação de todos os representantes da sociedade envolver-se com a saúde pública.

Segundo Teixeira (2000, p. 2),

A busca de alternativas que permitam a superação dos limites dos modelos vigentes vem sendo empreendida em vários estados e municípios do País há mais de uma década, com avanços e retrocessos decorrentes de alterações no contexto político-institucional, o mais das vezes desfavorável em função das restrições de caráter financeiro a que vem sendo submetido o processo de construção do SUS, bem como

por mudanças nas opções políticas dos gestores do sistema em distintas conjunturas.

Teixeira (2000) chama a atenção para maior participação dos órgãos públicos e seus representantes políticos, atuando em ações conjuntas para superar modelos que não atendem a população.

Já Merhy (1997, p.119) diz que:

[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários.

Vê-se em Merhy (1997) um alerta para o próprio profissional da saúde, enquanto indivíduo, desenvolver sua formação e sua autonomia, além de buscar sempre trabalhar de forma coletiva.

Nesse mesmo sentido Silva Júnior (1998, p. 101) sugere que:

O processo de trabalho em saúde deve incorporar as amplas dimensões apresentadas pelos problemas de saúde, incluindo os usuários, a começar da forma como sentem suas necessidades em saúde e de serviços [...] humanização é vista como a garantia de acesso ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defesa da vida; à informação individual e coletiva e à equidade no atendimento a todos os cidadãos.

Com essa mesma ideia de um trabalho coletivo e mais abrangente, a Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o Sistema Único de Saúde em nosso país entende saúde de forma mais ampla:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens de serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Dizem respeito também [...] às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

Para atender as exigências da lei e ir de encontro às novas teorias percebe-se como alternativa a proposta de acolhimento. Dessa forma as ações do fazer saúde inserem-se num campo maior, abrangendo todos os trabalhadores de uma equipe de trabalho das unidades básicas de saúde.

Segundo Reis (1997, p.3), o acolhimento se põe,

[...] enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado às relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização desse processo [...] o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços de saúde, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolubilidade às ações desenvolvidas.

Dessa maneira, segundo alguns conceitos mais recentes, para atender a esses objetivos o Acolhimento:

[...] passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. O Acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. (COSTEIRA, 2001, p. 3).

O Acolhimento para Franco, Merhy e Bueno (1997, p. 3)

É um modelo tecnoassistencial, orientado nos princípios do SUS que propõem, principalmente, reorganizar o serviço no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado para oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

Ou como ainda afirma Campos (1997, p. 256):

Nos sistemas públicos, a noção de Acolhida poderia ser redefinida, ampliando-se seu significado tradicional conforme é empregado na prática clínica privada. Agora, a Acolhida deveria dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como de sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas da saúde de uma região (CAMPOS, 1997,).

Para esse autor, os serviços de saúde pública devem seguir modelos bem próximos dos adotados na saúde privada. E ainda enfatiza que para o trabalho em saúde ser eficaz e resolutivo,

[...] dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública [...] as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade de os serviços de saúde produzir qualidade de vida (CAMPOS, 1997 p. 230).

Dessa forma, “o usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde e usuário seja capaz de gerar Acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema” (MERHY, 1997, p. 122).

Conforme Merhy (1997, p. 126) para isto devemos procurar

[...] construir um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado.

Como concluiu a equipe da Unidade Mista / PSF do Sinhá Sabóia da cidade de Sobral, Ceará, após a aplicação de um projeto de Acolhimento:

Acreditamos que o acolhimento, além de estar colaborando para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença. Ao humanizarmos, qualificarmos e organizarmos o atendimento, estamos permitindo que as equipes do PSF possam cada vez mais planejar suas ações, destinando o tempo necessário para as atividades de vigilância e educação em saúde, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade, no intuito de trabalhar outros conceitos importantes, tais como, cidadania, qualidade de vida, democratização do saber e autocuidado com a saúde. (COSTEIRA, 2001, p.7).

Para a Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, da cidade de Betim, Minas Gerais:

O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o Acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõe à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é objetivo no futuro (FRANCO, 1997, p. 18).

Conforme o relato da equipe da Secretaria Municipal de Ipatinga, Minas Gerais, que desenvolveu uma experiência de porta aberta para saúde:

A partir da experiência da porta aberta, chegamos à conclusão de que quem é banido dos serviços pelos esquemas de repressão de demanda, ao contrário do que se fala, é cada vez mais dependente das propostas medicalizantes. Pois contrariamente, com a criação do vínculo entre trabalhador e usuário, podemos através das nossas práticas criar possibilidades de autonomização (MERHY, 1994, p. 144).

## **4.2 A legislação brasileira e o acolhimento nas UBS**

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica é desenvolvida de forma descentralizada, ocorrendo em locais mais próximos da vida das pessoas, sendo essa a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. “Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do

vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 9).

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País (BRASIL, 2012, p. 9).

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2012, (BRASIL, 2012, p.12), as

UBS mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho: em parceria com estados e municípios, o Governo Federal está investindo 3,5 bilhões de reais para modernizar e qualificar o atendimento à população. Serão construídas novas e mais amplas UBS, reformadas, ampliadas e informatizadas as já existentes. Ao todo, serão mais de 3 mil, construídas e mais de 20 mil reformadas, ampliadas e informatizadas.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.20-23).

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar Política Nacional de Atenção Básica pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com

construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família e sua Política Nacional de Atenção Básica estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais/regionais.

A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

Para seu funcionamento, esta, personificada na Unidade Básica de Saúde (UBS), deve estar cadastrada no sistema de Cadastro Nacional e ser construída segundo normas sanitárias e de infraestrutura definidas pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, devendo possuir:

Consultórios médicos e de enfermagem e, caso possuam profissionais de saúde bucal, consultório odontológico; salas de acolhimento, procedimento, vacina, inalação, coleta de material biológico, curativo, observação, administração e gerência, além de áreas de recepção, arquivos, dispensação e armazenagem de medicamentos (BRASIL, 2011, p. 13).

O Ministério da Saúde determina que cada equipe deva ser constituída por no mínimo, médico

generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem.

Embora seja composto por todos esses profissionais, Peduzzi (1998 ,p. 275) afirma que no seu dia a dia os profissionais que compõem essa equipe encontra “dificuldade de se trabalhar de forma compartilhada, ampliando a integração dos profissionais em um trabalho conjunto que busque a integralidade da Atenção à Saúde” .

Ainda segundo o Ministério da Saúde funções na Rede de Atenção à Saúde através do Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2012, p. 25).

Nesse sentido, a atenção básica, segundo o Governo Federal deve-se cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012, p.25-26).

Com efeito, o Ministério da Saúde estabelece que as funções do enfermeiro que contribuem para o acolhimento são:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e Política Nacional de Atenção Básica

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

4.3.2.2 Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (BRASIL, 2012, p.46-47).

O enfermeiro é reconhecido pelo Governo Federal como parte da equipe de Agentes Comunitários de Saúde e tem além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer profissional de enfermagem descritas na Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012<sup>1</sup>, absorve a atribuição de:

Planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros (BRASIL, 2012, p. 62-63).

Para que o enfermeiro tenha melhor êxito em suas funções deve-se buscar uma educação permanente embasada

---

<sup>1</sup> Esta Portaria define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

[...] num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012, p.39).

No Art. 197, seção II, - Da Saúde – encontra-se o seguinte: “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 sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 118).

Percebe-se, segundo Merhy (1997), que a saúde brasileira, tanto no terreno da saúde pública quanto privada, demonstra fragilidade no modelo de atenção vigente e a constante insegurança dos cidadãos quando necessitam resolver seus problemas. Tal situação acontece, conforme Merhy (1997, p.118), porque o modelo vigente está centrado no médico e no tratamento que, na maioria das vezes, se dá “de uma maneira impessoal, objetivisante e descompromissada.”

Para ele seria necessário:

Reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários. (MERHY, 1997, p. 119).

Complementando esse pensamento, Silva Júnior (2003, p. 101) afirma que

O processo de trabalho em saúde deve incorporar as amplas dimensões apresentadas pelos problemas de saúde, incluindo os usuários, a começar da forma como sentem suas necessidades em saúde e de serviços [...] humanização é vista como a garantia de acesso ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defesa da vida; à informação individual e coletiva e à equidade no atendimento a todos os cidadãos.

Assim, propõe a “incorporação de elementos da psicanálise e da análise institucional”

(BAREMBLIT, 1998 *apud* SILVA JÚNIOR, 2003 p. 103), na atuação da equipe de saúde para ampliar a capacidade de perceber a demanda e oferecer serviços mais adequados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão bibliográfica sobre o acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde com ênfase nas funções do/da enfermeiro/a pudemos perceber que há uma grande preocupação tanto por parte dos governos quanto dos profissionais da saúde que atuam diretamente com o usuário/cliente.

O acolhimento, segundo este estudo, é uma estratégia de saúde que foi implantada para humanizar a assistência e propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função de acolher, escutar, e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Os resultados deste estudo mostram que é necessário repensar o “acolhimento”, nos seus aspectos teóricos e práticos, para que este possa efetivamente se constituir em uma prática capaz de instaurar um modelo de saúde de “porta aberta” consoante com as diretrizes do SUS.

Os autores demonstram que a saúde necessita investir continuamente na formação de seus profissionais para suprir as novas exigências dos usuários das UBSs. Dessa forma, orientam para uma nova metodologia de triagem e Acolhimento que levem em consideração toda a estrutura social do cliente.

Nesse mesmo sentido a legislação brasileira está atenta as novas tendências e necessidades de sua população e cria leis para a saúde que determinam uma equipe multidisciplinar para compor uma equipe que seja eficiente e eficaz no atendimento dos usuários das unidades básicas de saúde, determinando como primeiro acolhedor o/a enfermeiro/a.

Com efeito, tanto os governos quanto os teóricos entendem que a principal porta de entrada para esse acolhimento é a triagem realizada pelo enfermeiro nas entradas das UBSs, sendo assim a necessidade desse atendimento ser realizado por uma pessoa profissionalmente competente.

Outra questão percebida também foi sobre a autonomia dos profissionais e ao trabalho

coletivo. Segundo este estudo é de fundamental relevância que os profissionais da saúde tenha bastante autonomia e compartilhe com os demais envolvidos nesse processo todas as informações possíveis, inclusive com atores da própria sociedade local.

Esta pesquisa indicou ainda que existe um grande caminho a seguir e que em sua maioria as UBSs ainda não conseguiram concretizar o Acolhimento de forma realmente eficaz. Isto é, ainda não se consegue realizar esses serviços de forma a atender com qualidade e a tempo todos os seus usuários.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M.S; Silva, L.G. **O acolhimento como ferramenta de praticas inclusivas de saúde.** Disponível [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso: Out. 2009, COSTA, M.B.S; Silva, M.I.T: Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. Revista de enfermagem UERJ v.12N3 Rio de Janeiro Set./ Dez 2004.

BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional. In: SILVA JÚNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Roquayrol, M. z.; ALMEIDA F. A. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e científica Ltda, 2003, v., p.289-312.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras na implementação do SUS.** Datasus. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/MUNICIPAIS.htm>>. Acesso em: 24 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em saúde.** Brasília: CONASS, 2007. - (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, I).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. – (Série E. Legislação em Saúde).

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: HuCITEC, 1992.

CAMPOS, G. W. S.. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. ; NOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 2000. **Discurso de Roberto Figueira Santos, Min. Estado da Saúde.** Disponível em: M.S.FIOCRUZ <<http://www.fiocruz.br/histconferencias/oitava.html>>. Acesso em: 08 jan./2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª. **Relatório Final.** Brasília, 2 a 6

set. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acessado em: jan.2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11<sup>a</sup>. **Relatório final**. 2000. *Apud* CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas et al. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários.

COSTEIRA, A. A. M. et al. A organização do serviço da saúde a partir do acolhimento dos usuários: a experiência da unidade mista /PSF do Sinhá Sabóia – Sobral – CE. **Saúde da família**. Sobral, out., 2001. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.hpg.ig.com.br/psf/acolhiment%20htm>>. Acesso em: 24 out. 2013.

FRANCO, T.B, et al: **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil**. Caderno de saúde publica Rio de Janeiro, 1997. Abr-Jun.

FRANCO, T.; MERHY, E. E.; BUENO, W. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

NELSON, K. E.; WILLIAMS, C. M.; GRAHAM, N. M. H., 2001. **Infectious disease epidemiology: Theory and Practice**. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication.

PEDUZZI, M. Trabalho e equipe. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, São Paulo: 1998. p.271-276.

REIS, A. T. Acolhimento: um novo trabalho em equipe. Brasília, 1997. In: SANTOS, Denise Loureiro Chaves dos; SUPERTI, Lourdes; MACEDO, Maria Salete. **Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública**. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2\\_05acolhimento.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_05acolhimento.pdf). Acesso em 18 de ago. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **SUS é legal: Legislação federal e estadual**. Porto Alegre, 2000.

SILVA JÚNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Roquayrol, M. z.; ALMEIDA F. A. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e científica Ltda, 1998, v., p.289-312.

SILVA JÚNIOR, J.B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde**. Campinas, SP. Doutorado [Dissertação em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

SILVA JÚNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROQUAYROL, M. z.; ALMEIDA F. A. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e científica Ltda, 2003, v., p.289-312.

TACHKER, S.B. Historical development. In: TEUTSCH, S. M.; CHURCHILL, R. E. (ed.) **Principles and practice of public health surveillance**. Oxford University Press, 2000.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde**. Texto elaborado como contribuição aos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, dez. 2000.