

## Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: concepções de um grupo de trabalhadores

### *User embracement on the family health strategy: conceptions of a group of workers*

*Alzira Maria Tavares Monteiro<sup>1</sup>, Eliany Nazaré Oliveira<sup>2</sup>, Kelly Linhares Vasconcelos<sup>3</sup>, Amanda Mabel Ferreira Linhares<sup>4</sup>, Manuelle Maria Marques Matias<sup>5</sup>, Ângelo Brito Rodrigues<sup>6</sup>*

#### Resumo

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. É um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. Neste contexto, o estudo teve como objetivo conhecer as concepções dos trabalhadores sobre acolhimento. Com abordagem qualitativa, desenvolvida com profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará; participaram 46 profissionais de nível superior, sendo 20 enfermeiros, 15 dentistas e 11 médicos. As informações foram coletadas com uma entrevista estruturada e organizadas com apoio do Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram sete categorias analíticas sobre o acolhimento: escuta

qualificada; humanização do cuidado; importante e imprescindível; ainda não fazemos; como fazemos; dificuldades no fazer; as vantagens. Os discursos evidenciam o reconhecimento deste modelo de organização na atenção primária em saúde, mas relevam as dificuldades em seu processo de implementação e qualificação. Os sujeitos entendem o Acolhimento enquanto sendo uma escuta qualificada, humanizador, imprescindível na Unidade de Saúde, prática integrada ao cotidiano da equipe, resolutivo e produtor de saúde e o reconhecem enquanto desafiador, com necessidade de reformulações para sua efetiva implantação e consolidação. Neste cenário, acolhimento é um instrumento importante, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

1 Pedagoga. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Apoiadora Regional do Projeto de Qualificação de Gestores do SUS do Ceará pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP.

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

3 Enfermeira. Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Ceará.

4 Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

6 Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

**Palavras-Chave:** Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde.

#### Abstract

The user embracement provides the standardization of the access through

the offering of actions and services more appropriate, contributing to user satisfaction. It is a technological arrangement which seeks to ensure access to users in order to listen to all patients, solve their simplest problems and/or refer them to an specific medical specialty, if necessary. In this context, the study aimed to: identify the concepts of workers on hosting. Using a qualitative approach, developed with professionals of the Family Health strategy in Fortaleza, Ceará; participated 46 professionals of higher education, 20 nurses, 15 dentists and 11 physicians. Data was collected using a structured interview and organized with the support of the Discourse of the Collective Subject. Seven analytical categories emerged about the User Embrace: qualified listening; humanization of care; important and essential, yet to be done, how we do it; difficulties in doing; advantages. The speeches show recognition of this organizational model in primary health care, but show difficulties in its implementation process and qualification. The subjects understand Hospitality as being a qualified hearing, humanizing, essential in the Health Unit, the daily integrated practice team, and resolving health and the producer recognize as challenging, requiring reformulations for their effective implementation and consolidation. In this scenario, the user embracement is an important tool, because it must be appropriate for all health workers in all sectors of care. So, is not limited to the act of receiving, but a sequence of actions and modes that make the process of health care.

**Keywords:** User Embracement. Primary Health Care. Health Services.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS, ao longo de sua construção, tem afirmado a

universalidade, a integralidade e a equidade da atenção, além de apontar para uma concepção de saúde que não se reduza à ausência de doença, mas se estenda à vida com qualidade. Neste sentido, inclui várias dimensões: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Para chegar a tais conceitos, muitas mudanças ocorreram no arcabouço jurídico-institucional da saúde brasileira e diversos movimentos e discussões foram travados em busca de melhoria da qualidade de vida da população.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor saúde que foram apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte de 1987, a aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizada de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, buscando programar seus princípios, o SUS fomentou uma reorganização de saúde em 1994, fundamentada nos princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988, implantando a Estratégia Saúde da Família – ESF, que tem sido, até os dias atuais, a grande estrutura na viabilização da construção do novo modelo de saúde<sup>2</sup>.

Como forma de viabilizar processos e atitudes referenciados na ética do cuidado, foi pactuada a Política Nacional de Humanização – PNH, em 2003, sendo fruto de um debate entre técnicos, gestores e profissionais de saúde interessados em alcançar os princípios do SUS de acesso

universal, integralidade da atenção e equidade na gestão.

A PNH foi construída a partir da compreensão de que o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de uma política de saúde que engloba iniciativas já existentes no âmbito do Ministério da Saúde; que as rearticula de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-as e expandindo o conceito de humanização para o conjunto das práticas do SUS. Essa foi uma das prioridades do governo federal, a partir de 2003<sup>3</sup>.

Tendo em vista a preocupação diante das políticas voltadas para a humanização dos serviços de saúde e visando um atendimento mais qualificado e direcionado às necessidades da clientela, foi introduzido o “acolhimento”, com o intuito de aproximar usuários dos serviços de saúde e os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

O “acolhimento” propicia a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolvendo efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária<sup>4</sup>. A discussão sobre acolhimento nas unidades levanta questões relativas à qualidade do acesso e da recepção dos usuários

e determina uma mudança dentro dos serviços, estabelecendo a relação médico-paciente como o caso mais emblemático.

Nesta dimensão do acolhimento como postura, também se situam as relações dentro da própria equipe de saúde e entre níveis de hierarquia na gestão. Como organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção e de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. “Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde”. Em relação à dimensão relativa ao acesso, autores a definem como “a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde”<sup>5</sup>.

Assim, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada: pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilização do potencial dos demais profissionais.

Diante desse contexto, fica clara a necessidade de estudos que investiguem temas relacionados ao processo de trabalho desses profissionais. No nosso caso, delimitamos o objeto de investigação ao tema: “Concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Acolhimento”.

O presente trabalho teve como objetivo conhecer as concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza - Ceará sobre acolhimento, e identificar a partir dos discursos desses profissionais, suas atitudes frente ao acolhimento.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória-descritiva foi fundamental na construção adequada das informações, uma vez que desenvolve, esclarece e modifica conceitos e ideias, formulando problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Proporciona uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato<sup>6</sup>. Vale ressaltar que este artigo é um recorte do estudo intitulado: Concepções de Acolhimento dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza – Ceará.

Participaram da pesquisa profissionais de saúde aprovados no I Concurso Público de Provedimento de Cargos de Nível Superior na cidade de Fortaleza-CE, realizado no ano de 2006, que assumiram o mesmo, atuando regularmente na Estratégia Saúde da Família e que concordaram em participar do estudo voluntariamente. Os sujeitos totalizaram 46 participantes, sendo 20 enfermeiros, 15 dentistas e 11 médicos.

As informações foram coletadas entre os meses de agosto a dezembro de 2008, por meio de entrevista semi-estruturada no qual foram perguntados aos sujeitos quais as concepções que tinham acerca do Acolhimento na Estratégia Saúde da Família. Os sujeitos foram abordados em seus respectivos serviços de saúde após suas reuniões semanais. Para tanto, houve o agendamento por telefone e local de trabalho. Cada entrevista teve duração média de trinta minutos, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido no mesmo local. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, passando-se a uma leitura exaustiva das mesmas a fim de buscar as ideias centrais e suas expressões chaves. Após a leitura, as respostas obtidas foram analisadas e organizadas com apoio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O Discurso do Sujeito Coletivo é a forma não matemática e não metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos sintetizados que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante. É um procedimento de ordenação de dados, que tem como forma de análise a extração das Ideias Centrais (IC) e respectivas Expressões Chaves (ECH) de cada depoimento para, com essas duas, compor um ou vários discursos-síntese, denominado Discurso do Sujeito (DSC)<sup>7</sup>.

Foram seguidas as determinações da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que implica em: consentimento livre e esclarecido dos sujeitos do estudo e a proteção a grupos legalmente incapazes

(*autonomia*); ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (*beneficência*); garantia de que danos previsíveis serão evitados (*não maleficência*); relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, como garantia de igual consideração dos interesses envolvidos (*justiça*)<sup>8</sup>. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Ceará – Protocolo CEP/ESP-CE n° 71/2007.

## Resultados

A análise das entrevistas seguiu três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos. Durante a exploração do material, as ideias centrais selecionadas foram: Escuta qualificada, Humanização do cuidado, As vantagens, Dificuldades no fazer, Ainda não fazemos, Importante e Imprescindível e Como fazemos. A partir destas ideias centrais ou núcleos de sentido elaborou-se a figura que segue, levando-se em consideração os pontos convergentes e divergentes presentes nos depoimentos dos entrevistados:



Figura 1. Concepção sobre acolhimento que emergiram dos discursos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família – Fortaleza, Ceará, 2008.

Com base nas ideias centrais, foram construídas categorias de análise em que esteve organizado o conteúdo expresso nas falas. Posteriormente foi feita a análise das falas, que foram confrontadas com a literatura pertinente.

## Escuta qualificada: fundamental para o acolhimento

Uma das concepções referentes ao acolhimento que surgiu a partir das falas foi em relação à escuta qualificada.

Para o Ministério da Saúde, a escuta qualificada permeia quatro dimensões: Do afeto: como escutamos e percebemos a pessoa que se constitui ao dizer o que diz, abrindo possibilidade ou não de formação de compromisso e vínculo (tecnologia prática). Das inquietudes: onde nos responsabilizamos ou não, em que se confere sentido à ação ou à omissão. Do possível: onde o falar/escutar o sentir, *re-articula* espaço de possibilidades de atuação. Da ação: atos locucionários (o que se disse), ilocucionários (ação realizada) e perlocucionários (o efeito da ação)<sup>9</sup>.

*É uma escuta qualificada, que procura receptionar e escutar as queixas e anseios do paciente, procurando dar-lhe uma resposta para suas ansiedades e necessidades, identificando o motivo pelo qual procurou a Unidade de Saúde. É um ato de receber as pessoas na UBASF, diminuindo ansiedades, angústias e, se possível, auxiliando a resolver seus problemas. Ouvir e dar resolutividade às necessidades. (DSC 1).*

Infere-se a partir do que foi dito que acolhimento na percepção dos sujeitos é dar respostas às necessidades e ansiedades dos clientes, receber bem é

ter em vista o cuidado, utilizando a alegria, atenção e dedicação. O objetivo final é a ação, ou seja, dar solução ao problema trazido pelo cliente. Para os sujeitos, cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro<sup>10</sup>.

### **Acolhimento como Humanização do cuidado**

A partir do que foi evidenciado nas falas, o acolhimento é concebido como uma nova estratégia de acesso do usuário aos serviços de saúde. Estratégia de receber as pessoas que buscam os serviços da unidade. Ou seja, a forma de organização do serviço que busca acolher a quem procura, priorizando os atendimentos. Estratégia para elaborar um atendimento mais dinâmico, qualificado e eficaz. É uma etapa de um processo, em que o maior objetivo é o usuário. É uma forma diferenciada de ofertar acesso ao serviço de saúde, levando em consideração os princípios do SUS, além de ser uma estratégia do PNH/ Plano Nacional de Humanização baseado na classificação de risco.

*Visa atingir a humanização na assistência à saúde, onde usuário será reconhecido como indivíduo, cidadão e sujeito atuante. É a forma mais humana de receber alguém em qualquer lugar. Ação para escuta qualificada, humanizada e individual. O usuário é recepcionado e encaminhado dentro do serviço público, de forma a humanizar seu atendimento, e assim que chega à unidade. É compreender suas atitudes, tentando otimizar a relação usuário – profissional.*

*É uma das estratégias que visam receber, orientar, tratar bem e prestar atendimento de qualidade ao usuário de acordo com princípios e diretrizes do SUS. Uma estratégia utilizada para atender as necessidades dos usuários. (DSC 2)*

Atribui-se ao acolhimento a missão de receber todos os usuários da unidade de saúde. Estratégia de receber o usuário com orientações, escuta e resolutividade do problema, ou seja, a porta de entrada para o paciente na unidade, que visa o atendimento do usuário desde sua entrada na unidade, até sua saída. É usada para que o cliente não volte da unidade sem resposta. Dessa forma, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram o serviço. Relaciona-se com toda a estrutura de atendimento do paciente, incluindo ambiente, lugar de espera, filas, além dos profissionais que atendem esse paciente<sup>11</sup>.

O discurso construído evidencia que o acolhimento é percebido como uma estratégia para organização do serviço. O termo estratégia como método de organização mostra-se preponderante na concepção do significado de acolhimento para os entrevistados. Nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são reconhecidos como práticas integrais<sup>11</sup>.

### **Acolhimento: Importante e Imprescindível**

Os discursos revelam a melhoria na satisfação dos usuários e a resolutividade dos problemas dos mesmos. Uma ferramenta para o atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família. É uma ideia

oportuna, tem grandes vantagens para os usuários, pois garante uma escuta qualificada e organiza a demanda. O discurso predominante sobre o acolhimento entre os profissionais enfatiza algumas características que qualificam tal prática: melhor estratégia; satisfação coletiva; melhor caminho para mudança; resgata a humanização da assistência; melhor organização do serviço; acessibilidade e resolutividade.

*Foi uma das melhores estratégias implantadas no PSF de Fortaleza, importante para a melhor satisfação do usuário e profissionais. É uma quebra de paradigmas. Muito boa para o paciente. E é fundamental uma inovação, já que é imprescindível na Estratégia Saúde da Família. É um ótimo caminho, de muita valia. Benéfica e eficaz, aumenta o elo entre os pacientes, profissionais e a unidade de saúde. É a melhor maneira de receber o cliente na Unidade de Saúde. (DSC 3)*

Na visão de alguns autores até 2015 cada país terá tido significativo progresso no alcance de suas metas de saúde assentada no desenvolvimento da sua força de trabalho, que constitui a base do sistema de saúde<sup>12</sup>. Essa informação nos permite precisar um bom prognóstico para a implantação efetiva do Acolhimento nas Unidades de Saúde, a exemplo do que ocorreu em Fortaleza, uma vez que terá terreno adequado para sua implantação e consolidação.

## **Ainda não fazemos o Acolhimento**

É consenso entre os autores que o acolhimento pode significar não só a resolução dos problemas que o usuário apresenta, mas a atenção dispensada

através da escuta, a valorização das queixas e a identificação das necessidades, transformadas em objeto de ação de saúde<sup>13</sup>. Entretanto, no discurso dos sujeitos são expressos os desafios para que de fato seja implantado o acolhimento nas várias realidades de saúde.

*Necessita de algumas reformulações, pois é difícil de pôr em prática. Há muitas falhas, falta sensibilização e comprometimento de todos os profissionais; necessita de grandes adequações; estamos muito longe de conseguir esse acolhimento. Em “gestão” ainda com muitos pontos críticos a serem discutidos; o modelo antigo ainda não foi quebrado; a “demanda” é espontânea. No entanto, vejo que apenas os profissionais de nível superior estão engajados no intuito de acolher. Seria bom que todos os profissionais fossem mais capacitados e humanizados. (DSC 4)*

Nota-se ainda que para que essa estratégia se efetive é de mister importância o engajamento dos profissionais no sentido de fazer acontecer na prática aquilo que é proposto sobre Acolhimento na teoria. Autores afirmam que o comprometimento de cada membro da equipe, é o recurso que visa, através da assistência multiprofissional, o cuidado capaz de honrar com os preceitos do Sistema Único de Saúde, reconhecendo os direitos do ser humano profissional e usuário<sup>14</sup>.

## **Como fazemos o Acolhimento**

Para os autores, o contato integral da equipe de saúde da Unidade Básica com os usuários favorece o vínculo com a comunidade, bem como a sua caracterização e o conhecimento de

suas necessidades. Desta forma, os autores reiteram que o acolhimento não pode se restringir apenas a recepção do usuário. Precisa ser expandido a todos os profissionais em todos os momentos. Deve ser uma prática integrada ao cotidiano da equipe, vivida por cada profissional no “processo de construção da saúde”<sup>15</sup>.

*O acolhimento, na verdade, não deve ser resumido a apenas um horário. Mas sim, tornar-se uma atitude. Escuta de acordo com levantamento de necessidades; quebrando rotinas, se necessário; em busca da satisfação das necessidades desses usuários. Reservamos uma sala, onde o profissional (enfermeiro ou dentista, na maioria das vezes), atende e ouve cada cliente individualmente e encaminha para onde ele possa resolver melhor seu problema. Procurando receber o usuário com empatia e respeito, tentando promover resolutividade, chegando aos horários e informando os usuários sempre que possível. Antes de iniciar as atividades do dia (consultas/grupos/visitas), o médico e o enfermeiro da equipe ouvem todos os pacientes que procuram a unidade (cada equipe faz seu acolhimento diário). (DSC 5)*

## Dificuldades no Fazer

Para os sujeitos, o processo de construção e implantação do modelo assistencial proposto no acolhimento, por vezes, apresenta dificuldades. As barreiras encontradas ultrapassam a disponibilidade de profissionais e a quantidade de vagas para atendimento, compreendem também a distribuição populacional assistida pela equipe, a situação socioeconômica das pessoas, a inadequação da estrutura

física, a distância que dificulta o acesso dos usuários e aos usuários<sup>14</sup>.

*Há dificuldades em utilizar o acolhimento, pois nós normalmente trabalhamos em unidades de saúde localizadas em locais de baixa renda, com uma população carente e muito difícil. A grande maioria chega querendo apenas uma “ficha” para o médico, que normalmente já está lotado. Definitivamente, não é fácil fazer acolhimento. Há algumas barreiras que vêm nos impedindo a implantação adequada do acolhimento na unidade de saúde. São elas: Equipe de PSF incompletas, estrutura física inadequada e, principalmente, a aceitação do modelo de atendimento por parte dos profissionais de todos os níveis, inclusive coordenadores, que ainda possuem uma mente fechada e não aceitam completamente a estratégia do acolhimento. (DSC 6)*

É importante salientar que, a ruptura completa com o modo tradicional somente ocorrerá quando a equipe de saúde se dispuser a transformar a proposta de humanização e qualidade assistencial do acolhimento em prática, diminuindo o desgaste, o trabalho e o estresse de todos com a participação multiprofissional<sup>14</sup>.

## As Vantagens do Acolhimento

Segundo autores, o acolhimento proporciona reflexão e mudanças na assistência, permitindo questionar os modelos de gestão e atenção, bem como as relações clínicas e de acesso ao serviço. Torna possível “atender, escutar e pactuar respostas mais adequadas ao usuário”, com responsabilidade e resolutividade, por se constituir de um espaço e integração entre usuário e profissional<sup>16,17</sup>.



*Maior resolubilidade do serviço; maior satisfação do paciente, satisfação da clientela; qualidade no serviço público; redução de agravos; parceria com a comunidade; redução de reclamações do serviço. Reduzir o clientelismo. Paciente satisfeito; comunidade satisfeita. Dar respostas ao usuário; organizar os serviços. Maior rapidez, educação da comunidade. Atendimento torna-se mais humanizado, o cliente é ouvido com qualidade. Humanização do atendimento; ampliação dos atendimentos; qualificação dos atendimentos dentro dos programas. Facilita e simplifica o contato dos usuários com os profissionais e os serviços de saúde. (DSC 7)*

## Discussão

Diante dos discursos expostos, é possível destacar que os profissionais entendem o acolhimento não apenas como a prática do ouvir, mas também do receber bem, da atenção e da responsabilização no intuito de solucionar os problemas do usuário que se direciona ao serviço. Ressaltam a escuta qualificada que visa a efetivação do cuidado de forma a proporcionar a satisfação mútua.

É de fundamental importância que o profissional entenda o acolhimento não apenas como uma etapa inicial do atendimento, como triagem, esvanecendo o cuidado integral proposto no atual modelo<sup>18</sup>. O acolhimento abre as portas, dentro do serviço público, em todos os níveis de assistência<sup>19</sup>. Concebê-lo como prática distinta dos princípios do modelo tradicional, é essencialmente o primeiro passo para que se possa alcançar uma assistência diferenciada que contemple o ser humano em sua totalidade.

O acolhimento é a essência da assistência humanizada, individualizada e de qualidade. Um processo que é construído dia após dia, com compromisso, respeito e dedicação da equipe multiprofissional. É um grande avanço na humanização da atenção à saúde<sup>18</sup>.

O reconhecimento do usuário como um cidadão, do profissional como servidor capacitado e do serviço como estratégia organizada e humanizada, tornou-se uma ferramenta importante e imprescindível na prática assistencial.

A partir do que foi dito pelos sujeitos do estudo, há o entendimento de que o processo ainda não acontece continuamente e diversos foram os pontos destacados como a falta de sensibilização e comprometimento dos profissionais do serviço, a falta de estrutura das Unidades e a demanda excessiva. É unânime o sentimento de necessidade da participação multiprofissional no processo, onde todos têm responsabilidades pactuadas.

Por muito tempo, o modelo de atenção à saúde priorizou a doença, valorizando a medicalização, o que dificultava o acesso ao usuário. Porém, a seleção de quem deveria receber ou não atendimento, e da consulta restringir-se apenas a programas, protocolos e procedimentos padrões, particular do modelo de assistência tradicional, permanece como um problema ainda existente, como reflexo das práticas anteriormente estabelecidas<sup>20</sup>.

Escolher os casos que podem ser solucionados pela Unidade e encaminhar os demais pacientes sem esperança de resolutividade dos seus problemas, são atitudes que sofreram grandes mudanças, segundo o relato do grupo pesquisado. Embora ainda presentes hoje em dia,

percebe-se o avanço vivenciado através dos discursos que emergem dos profissionais deste estudo, fato também evidenciado por outros autores<sup>18</sup>. Sendo ainda necessário o aperfeiçoamento da assistência baseada também nos problemas reais dos usuários, de forma personalizada<sup>20</sup>.

Autores afirmam que a proposta do acolhimento ainda não conseguiu se organizar em todas as Unidades de Saúde<sup>18</sup>. As dificuldades são evidenciadas em diferentes realidades com distintos problemas, e o discurso dos profissionais pesquisados no presente estudo não foge a essa observação.

Há de se enfatizar que os problemas mais comuns relatados no Discurso do Sujeito Coletivo estão relacionados à grande demanda, à falta de estrutura e técnica assistencial, situações estas que geram momentos de estresse. O que deve ser entendido é que a proposta deve atuar não como silenciador dos profissionais insatisfeitos e sobrecarregados, e sim como estratégia de diálogo transformador capaz de buscar caminhos que visem modificar a realidade<sup>18</sup>.

No entanto, é válido afirmar que o acolhimento não é simplesmente maior acesso da população à consulta médica, mas sim o desenvolvimento de um elo entre as reais necessidades do usuário e as possibilidades de cuidado da Unidade, inovando o entendimento de universalidade<sup>20</sup>.

É importante destacar que o acolhimento inicia-se com a inquietação, que hoje está mais presente no cotidiano do trabalho em saúde, notadamente na Estratégia Saúde da Família. O momento de reflexão e entendimento de que o modelo seguido há anos não funciona

com eficácia, já aconteceu para maioria dos profissionais. O segundo passo é a atitude de mudança que pode ser percebida nos discursos dos sujeitos, apesar do reconhecimento dos desafios a serem superados.

É inegável que todo processo de mudança requer a ultrapassagem de barreiras e desafios que são impostos. Porém compartilha-se do entendimento que se configura mais como quebras de paradigma, para que o acolhimento se torne uma realidade constante na atenção básica. Uma separação definitiva, uma quebra com o modelo tradicional de assistência na medida em que se opõe à prática hegemônica atual e propõe uma nova práxis na assistência em saúde.

O acolhimento é uma estratégia desafiadora que favorece o aperfeiçoamento do sistema e da prática dos profissionais de saúde<sup>17</sup>. O conhecimento das vantagens que a nova proposta assistencial apresenta, estimula, incita modificações<sup>18,19</sup> principalmente por parte de profissionais e gestores no sentido de qualificar a assistência prestada.

Há de se absorver uma postura ética de interesse por parte de todos os profissionais que vivenciam a Estratégia Saúde da Família, tornando concretos os objetivos de efetiva implantação do Acolhimento no cotidiano do trabalho em saúde.

## Considerações Finais

A pesquisa permitiu identificar duas vertentes de pensamentos e atitudes relacionadas ao acolhimento: 1) Os profissionais acreditam que o acolhimento é uma prática viável, e sua implementação é o melhor caminho para humanização da assistência no Sistema Único de Saúde; 2)

Os profissionais expressam a inviabilidade da implantação do acolhimento, por compreenderem ser algo complexo, de difícil aplicação na Estratégia Saúde da Família. Estamos diante de dois posicionamentos completamente distintos: o dos que fazem e acreditam e dos que não fazem e não acreditam no acolhimento. Isso nos instiga para uma reflexão mais profunda acerca da necessidade de discussão do Acolhimento enquanto estratégia de produção de saúde das populações. Ademais da necessidade de sua implantação e efetivação na Estratégia Saúde da Família.

Essa dualidade de concepções e atitudes pode ser entendida como natural no universo de vários profissionais, em que cada um é movido por suas próprias ideologias e bandeiras de luta. Alguns acreditam no fortalecimento do SUS e estão verdadeiramente trabalhando para sua consolidação. Outros são resistentes às mudanças e fazem das dificuldades sua bandeira no cotidiano da assistência.

O discurso construído pelos sujeitos evidencia os quatro pontos definidos pelo Programa de Humanização do SUS, ao destacarem que acolhimento é dar respostas às necessidades e ansiedades dos clientes, receber bem e com cuidado, utilizando a alegria, atenção e dedicação.

Reconhecemos que muitos são os desafios na implantação do Acolhimento, entretanto a fim de que mudanças possam ocorrer efetivamente não se deve esquecer de que a participação de todos é essencial nesse processo.

## Referências

1. Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. Hucitec: São Paulo; 2001.
2. Garcia M, Hortale VA, organizadores. Políticas e gestão em saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004. 128 p. (Coleção Escola de Governo - Série Trabalhos de Alunos. Políticas e Gestão em Saúde)
3. Ministério da Saúde (BR). Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, DF; 2004.
4. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento: uma configuração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. São Paulo: Xamã; 1998.
5. Silva JAG, Mascarenhas MTM, organizadores. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. São Paulo: Ícone; 2004, p. 241-57.
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). 2ª. ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
8. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 1996.
9. Ministério da Saúde (BR). A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília, DF; 2002.
10. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Vozes. Petrópolis; 1999.
11. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Ministério da Saúde (BR). Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências. Brasília, DF; 2002.
12. Mendes IAC, Marziale MHP. Sistemas de saúde em busca de excelência: os recursos humanos em foco. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(3):303-4. Disponível em: [www.eerp.usp.br](http://www.eerp.usp.br). Acesso em: 12 dez. 2007.
13. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de

- conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro, 2003.
14. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Ciênc Saúde* 2011; 36(1): [aproximadamente 6p]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2011.
15. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana* 2009; 33(3):440-452. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2011
16. Mendes RNS. Humanização & acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde. [monografia na Internet] Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010mendes-rns.pdf>.
17. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RBG, Bezerra L. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):315-328. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141432832009000400007&lng=pt>. Acesso em: 13 jan. 2011
18. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface- Comunic Saúde Educação* 2011;15(36):187-98.
19. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(3):451-7.
20. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15 (Supl. 3):3615-3624.
- 
- Endereço para correspondência:**  
Alzira Maria Tavares Monteiro  
Rua Barão de Aracati, 2820 - apto. 102  
Joaquim Távora – CEP: 60.115-082  
Fortaleza - Ceará  
E-mail: [alzirat@hotmail.com](mailto:alzirat@hotmail.com)  
Eliany Nazaré Oliveira  
Rua: Das Acácias, 250.  
Renato Parente – CEP: 62.033-180  
Sobral – Ceará  
E-mail: [elianyy@hotmail.com](mailto:elianyy@hotmail.com)