

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
POLO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL UAB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**ACOLHIMENTO COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A
MELHORIA DA QUALIDADE DOS ATENDIMENTOS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

ARTIGO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ANDERSON RODRIGUES DOS SANTOS

Cachoeira do Sul, RS, Brasil

2014

ACOLHIMENTO COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS ATENDIMENTOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Anderson Rodrigues dos Santos

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Giovana Cristina Ceni

**Cachoeira do Sul, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria
Pólo da Universidade Aberta do Brasil UAB
Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão De
Organização Pública em Saúde**

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Pós-Graduação

**ACOLHIMENTO COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA
QUALIDADE DOS ATENDIMENTOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

elaborada por
Anderson Rodrigues dos Santos

como requisito parcial para obtenção do grau de
Pós-Graduado em Gestão de Saúde Pública

COMISSÃO EXAMINADORA:

Orientadora: Dr^a. Giovana Cristina Ceni

Primeiro Examinador: Dr^a. Loiva Beatriz Dellepiane

Segundo Examinador: Msc. Caroline Curry Martins

Suplente: Dr^a. Ethel Bastos da Silva

Cachoeira do Sul, 12 de julho de 2014

RESUMO

Artigo de Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Maria

ACOLHIMENTO COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS ATENDIMENTOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Autor: Anderson Rodrigues dos Santos

Orientador: Giovana Cristina Ceni

Data e local da defesa: Cachoeira do Sul 12 de julho de 2014.

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre a real necessidade de se efetivar a proposta do acolhimento como uma medida de ação a ser implantada nas unidades básicas de saúde para base de organização do processo em trabalho e, especialmente, da grande demanda espontânea que chega no dia a dia nas unidades básicas de saúde. As buscas foram realizadas a partir de pesquisas na literatura nacional, da produção científica em temas que abordassem o acolhimento como planejamento e estratégia de ação para uma melhor qualidade na organização do processo de trabalho em saúde pública. Os achados demonstraram que a prática do acolhimento se inicia ainda nos processos de saúde, por meio de escuta qualificada e nas oportunidades de respostas dos usuários as suas necessidades frente aos serviços de promoção de saúde. Expressivamente notou-se que embora seja prescrito que todos os profissionais devam participar do acolhimento, a inserção dos médicos ainda é um fato incipiente nesse processo de ação.

Palavras-chave: Acolhimento; Serviços de Saúde; Atenção Primária em Saúde; Humanização; Saúde da Família.

ABSTRACT

Article Graduate
Graduate Program in Public Health
Federal University of Santa Maria

RECEPTION AS A STRATEGY FOR IMPROVING THE QUALITY OF CALLS IN BASIC HEALTH UNITS

Author: Anderson Rodrigues dos Santos

Adviser: Giovana Cristina Ceni

Date and place of defense: Cachoeira do Sul July 12, 2014.

This paper presents a reflection on the real need to carry out the proposal of the host as a measure of action to be implemented in basic health units as a basis of organization of work in process and especially the large spontaneous demand that arrives on the day in basic health units. Searches were conducted from the national research literature, scientific literature on topics that addressed the host as planning and action strategy for better quality in the organization of the work process in public health. The findings showed that the practice is still the reception initiates the processes of healthcare through qualified listening and opportunities for user responses to their needs ahead of production of health services. Significantly it was noted that although it is prescribed that all professionals should participate in the host, the insertion of doctors is still a fledgling fact that the action process.

Keywords: Home; Health Services; Primary Health Care; humanization; Family Health.

ACOLHIMENTO COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS ATENDIMENTOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Anderson Rodrigues dos Santos
Giovana Cristina Ceni

Resumo: Este trabalho apresenta uma reflexão sobre a real necessidade de se efetivar a proposta do acolhimento como uma medida de ação a ser implantada nas unidades básicas de saúde como base de organização do processo em trabalho e especialmente, da grande demanda espontânea que chega no dia a dia nas unidades básicas de saúde. As buscas foram realizadas a partir de pesquisas na literatura nacional, da produção científica em temas que abordassem o acolhimento como planejamento e estratégia de ação para uma melhor qualidade na organização do processo de trabalho em saúde pública. Os achados demonstraram que a prática do acolhimento se inicia ainda nos processos de saúde, por meio de escuta qualificada e nas oportunidades de respostas dos usuários as suas necessidades frente aos serviços de promoção à saúde. Expressivamente notou-se que embora seja prescrito que todos os profissionais devam participar do acolhimento, a inserção dos médicos ainda é um fato incipiente nesse processo de ação.

Palavras-chave: Acolhimento; Serviços de Saúde; Atenção Primária em Saúde; Humanização; Saúde da Família.

Abstract: This paper presents a reflection on the real need to carry out the proposal of the host as a measure of action to be implemented in basic health units as a basis of organization of work in process and especially the large spontaneous demand that arrives on the day in basic health units. Searches were conducted from the national research literature, scientific literature on topics that addressed the host as planning and action strategy for better quality in the organization of the work process in public health. The findings showed that the practice is still the host initiates the processes of healthcare through qualified listening and opportunities for user responses to their needs ahead of production of health services. Significantly it was noted that although it is prescribed that all professionals should participate in the host, the insertion of doctors is still a fledgling fact that the action process.

Keywords: Home; Health Services; Primary Health Care; humanization; Family Health.

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. 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.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), segurado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, constituiu grande avanço na reforma brasileira².

A atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, entretanto ainda enfrenta o desafio de implementar um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde¹⁸. Vasconcelos; Grillo; soares; 2009, p. 12 destacam que “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 entre os sujeitos sociais”.

No ano de 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com a finalidade de reordenar o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe de saúde como deveria ser¹⁰ (GOMES et. al., 2009).

Hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) com maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, o ESF originou-se na reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação à Atenção Primária, com vistas a tornar efetivo o SUS (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANNA, 2008)¹⁴.

Conhecer e identificar os problemas de saúde e situações de risco deve ser parte obrigatória das equipes multiprofissionais de saúde. Exercer planejamento local com

base e imerso na realidade que planeja, para um enfoque em ações educativas e intersetoriais, é essencial para fazer valer o princípio da integralidade na atenção, em continuidade com os demais níveis de assistência, buscando criar vínculos entre os profissionais e usuários por intermédio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Ainda que os benefícios alcançados na implantação da estratégia tenham evoluído nos últimos anos, observa-se que com aumento da demanda espontânea da população e a sobrecarga dos profissionais que atuam nos PSF, o trabalho das equipes de saúde ainda é dificultoso. Machado (2005) aponta fragilidades quanto ao recurso humano no SUS durante seu processo de implementação. Em relação à Saúde da Família, trabalho em equipe significa interação entre os diversos profissionais, um dos pilares deste modelo de atenção, orientado à integralidade nos cuidados de saúde pautada na relação entre a complementaridade de trabalhos e a interação dos profissionais.

Tendo em vista o contexto apresentado aqui, cabe a análise e a reflexão sobre as limitações de se oferecer um atendimento qualificado, capaz de compreender o papel dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população. A formação fragmentada dos profissionais de saúde também pode comprometer o desempenho da Estratégia como proposta. A finalidade deste estudo tem por objetivo debater as diferenças entre a capacidade de resposta dos profissionais associados à quantidade de usuários que procuram as unidades básicas de saúde.

O acolhimento de informações deve ser analisado e explorado para assim servir como ferramenta de ação para a real necessidade de implantar estratégias que tornem os atendimentos mais qualificados partindo-se do pensamento complexo e na perspectiva dos princípios sugeridos para a prática neste modelo de atenção em equipe multiprofissional. 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 de saúde¹².

2. REFLEXÃO TEÓRICA

Algumas décadas atrás existiam conceitos de que a saúde estava relacionada apenas à ausência de doenças. Com o passar dos tempos descobriu-se que saúde vai muito além disso³. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença. Modificou-se assim o conceito de saúde, que passou a ser compreendida como resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e outras tantas condições que podem gerar profundas desigualdades nos níveis de saúde. Esses temas foram bastante debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o que contribuiu para a formulação de princípios e diretrizes norteadores do referido sistema² (BRASIL, 1986).

Tanto no Brasil como em outras partes do mundo, a conquista dos direitos são resultados de longos processos de construção. Atores sociais colocam na arena política seus interesses e suas necessidades, diferentes e frequentemente conflitantes em busca do reconhecimento social dos mesmos, expresso em constituições ou leis. Mudanças significativas ocorreram após a 8ª CNS, pois através da participação social na área da saúde, evidenciou-se o longo processo de acumulação de forças dos atores que resultou no desenho institucional do sistema público de saúde como hoje o conhecemos e que tornou o SUS modelo para o desenho de outras políticas públicas do país².

A saúde, enquanto um dever do Estado e direito do cidadão, é princípio estruturante no regime jurídico do Brasil desde 1988. A regulamentação da saúde como um direito universal e gratuito foi consolidado na criação do SUS com a Lei nº 8.080 de 1990³. Todavia, ainda são muitas as dificuldades para a qualificação do atendimento e da assistência aos usuários do SUS, pois o sistema possui limitações importantes para satisfazer os preceitos constitucionais do direito à saúde, nomeadamente por escassa oferta de serviços médicos especializados e por não ter unidades hospitalares suficientes, aliados a desorganização no funcionamento de algumas instituições de saúde.

Antes da implantação do SUS, a falta de um modelo sanitário para o país, deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias. Em 1923 foram criadas as Caixas de

Aposentadoria e Pensão, mas somente quem tinha emprego registrado na carteira profissional tinha direito à assistência médica para si ou para seus dependentes. Quem não se enquadrasse nessas condições, ou que não possuísse dinheiro para contratar médicos particulares, ficava na dependência dos postos de Saúde ou das Santas Casas de Misericórdias (BRASIL, 2010). No Brasil, no final da década de 70, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária, que defendia a saúde como direito do cidadão, um dever do Estado e que fosse universal com acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem. Deste pensamento resultaram duas das principais diretrizes do SUS, que são a universalidade do acesso e a integralidade das ações³.

A Nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incorporou grande parte destas ideias e garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988; Capítulo II; PEREIRA et al., 2003)².

O SUS foi criado para promover acesso universal e igualitário, onde suas ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituídos de um sistema único, organizado de acordo com diretrizes de descentralização, integralidade e participação social por meio dos conselhos de saúde³.

Após a criação do SUS, inicia o processo de municipalização da saúde, no sentido de realizar a descentralização para estados e municípios de forma gradual, a partir do preenchimento de critérios de viabilidade em cada situação, até que cada município pudesse ficar autônomo na condução e gestão do SUS no seu âmbito. Os recursos vindos do governo federal são destinados a financiamento das ações de saúde, sendo estes repassados diretamente aos municípios que então alocavam os recursos de acordo com suas realidades e necessidades⁵. Dentre os diferentes e múltiplos problemas com que as jovens estruturas municipais de gestão da saúde passaram a se defrontar, talvez um dos mais graves, tenha sido a falta de recursos humanos qualificados para responder adequadamente aos novos desafios que agora estavam entregues à responsabilidade do município e de suas comunidades. A atenção primária a saúde (APS) incorpora os princípios da Reforma Sanitária,

sendo um marco referencial para a organização dos serviços, onde tem como proposta ser uma das principais alternativas de mudanças no modelo assistencial, devendo servir de base para nortear, organizar e colocar em prática nos municípios⁵.

A APS apresenta-se como um conjunto de ações à saúde, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Através de práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas, desenvolve-se em equipes sob forma de trabalho, 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 meio de acesso preferencial dos usuários ao sistema de saúde. Tem o PSF como estratégia prioritária, meio principal para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, de forma integral e contínua priorizando as ações de 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)⁵.

A estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, através das Equipes de Saúde da Família que são compostas por equipes multiprofissionais que possuem, 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 e agentes comunitários de saúde⁴ (ACS). Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, sendo a média recomendada 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, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2006)⁵.

A implantação da ESF foi fundamental para a comunidade, pois a partir dela, tornou-se possível identificar, primeiramente, as fragilidades que acometem os moradores de uma dada região, priorizando assim os problemas de saúde mais frequentes,

buscando atuar sempre sobre os determinantes das doenças, através das ações de prevenção e promoção da saúde⁴.

Contudo, mesmo com os ganhos provenientes decorridos com a implantação das ESF, com ênfase para a ampliação do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde (UBS), existem inúmeras dificuldades a serem vencidas para se alcançar a resolutividade da atenção. Uma dessas, evidentemente é devido à alta demanda que sobrecarrega às UBS. Este e tantos outros problemas como limitação de consultas médicas, restrição nas agendas das equipes, tem afetado negativamente a qualidade do serviço, dificultando o acesso da população (BRASIL, 2010).

No exercício profissional cotidiano e em contato direto com serviços básicos de saúde, é possível observar a desarticulação existente nas ações de atenção aos usuários. Em muitas UBS não há estrutura física e nem profissionais suficientes para acolher toda essa demanda e realizar as ações de saúde. Alinha-se a tudo isso, a demora nos atendimentos e na grande maioria das vezes, o não sucesso na obtenção do atendimento no dia da procura pelo serviço. Há, ainda, os que esperam por uma agenda médica há vários meses, o que faz retornar diariamente ou recorrer a outros serviços na tentativa do atendimento. Em alguns serviços básicos de saúde, existem ainda outras questões não atendidas, como a prática da visita domiciliar, abandonada por algumas UBS ao longo dos anos e priorizada hoje pela ESF.

Diante desse quadro, tornou-se importante aprofundar a análise de questões referentes ao serviço prestado através de algumas premissas básicas, entre as quais, a resolutividade das ações desenvolvidas para o atendimento de saúde dos usuários. Somam-se a isso, ainda, agravos emergentes, como: a violência e a criminalidade, os acidentes, a solidão, a angústia, a depressão e o stress, as drogas, o sedentarismo, a má alimentação e comportamentos de risco (BECKER, 2002).

No Rio Grande do Sul, especificamente no município de Cachoeira do Sul, a implementação da APS segue as diretrizes nacionais e tem, por premissa, o aperfeiçoamento de seus aspectos de funcionamento, de gestão e de articulação dos diferentes serviços e territórios, buscando uma melhor qualificação dos cuidados de saúde e promovendo melhorias nas condições de saúde da população. Antes da implantação das ESF, as unidades enfrentavam problemas com a imensa demanda espontânea e que geravam filas enormes e consultas limitadas^{4,5} (BRASIL, 2006).

Nos dias atuais, é imprescindível a necessidade de mudanças nos órgãos gestores, onde se tornou necessário repensar a forma de organizar a APS e o processo de trabalho das equipes, incorporando assim as ESF na busca para superar as ineficiências da assistência à saúde prestada à população.

A ESF deve ser a principal porta de acesso da população, isto porque esta modalidade é capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde da população, evitando a busca pelas emergências dos hospitais⁵.

Uma das estratégias de saúde atuais é a inclusão da atenção domiciliar entre as modalidades de atendimento. Esta atenção se caracteriza pela visita da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de avaliar as suas necessidades e as de sua família, considerando a disponibilidade do serviço e constando de plano assistencial e orientações (MARQUES, 2009).

O Ministério da Saúde destaca que a humanização deve preconizar o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, estabelecendo vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão, identificando as necessidades de mudanças nos modelos de atenção e no processo de gestão, tendo como foco melhorias das condições de trabalho e de atendimento de saúde dos cidadãos⁴ (BRASIL, 2004).

O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde⁴. Permite também avaliar e encaminhar as necessidades imediatas da população atendida, preservando a equidade do atendimento e organização da demanda na assistência aos usuários. É uma estratégia para ampliação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade a partir de uma escuta qualificada¹⁵ (RAMOS, 2010).

No entanto, o acolhimento não pode funcionar apenas como uma saída para organizar a demanda espontânea, pois sua meta é fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento¹⁶ (SILVA, 2010).

A implantação do acolhimento só ocorreu no ano de 1995, antes disso, a única forma de se conseguir atendimento nas UBS era através da fila que começava a ser formada de madrugada. Esta era a única forma de administrar o serviço oferecido frente à demanda da população. Os que procuravam consulta e não conseguiam ficha, sequer entravam na Unidade de Saúde, “era do portão pra casa” ou para a peregrinação em outros serviços. Tudo isso resultava em profundo incômodo, não apenas para os usuários, mas para os trabalhadores de saúde em geral, que não viam alternativa no modelo tecno-assistencial, implementado até então, que possibilitasse atender a todos os usuários. Somente após a implantação do dispositivo de acolhimento, a UBS buscou humanizar a atenção à saúde, revendo suas formas de receber os usuários na porta de entrada dos serviços.

O acolhimento é uma estratégia para reorganização dos serviços de saúde, que deve ser realizado por todos os membros da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas as suas necessidades, indo ao encontro das propostas da ESF. Nesse contexto, a implantação do acolhimento constitui-se em um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde, preservando o acesso universal e a organização da demanda na assistência aos usuários.

Sendo assim, o acolhimento deve acontecer não apenas na porta de entrada da UBS, distinguindo casos de urgência/emergência dos demais casos priorizando atendimento segundo a quantidade de vagas de consulta médica disponíveis, como acontece na triagem. Deve apoiar-se em uma escuta inteligente dos usuários, com garantia do cuidado, independente qual seja sua queixa ou dificuldade. O profissional deve estar atento ao grau de sofrimento do usuário, não apenas o sofrimento físico, mas também psíquico⁹ (FERREIRA, 2009). Percebe-se que a prática do acolhimento, como diretriz operacional para reorganização do processo de trabalho e humanização da assistência prestada nos serviços de saúde, ainda apresenta-se em construção. Então pelo lugar estratégico ocupado por esta proposta, justifica-se o presente estudo para melhor compreensão do acolhimento, oferecendo-se assim, subsídios para sua consolidação nas UBS, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho e reorganização do processo de trabalho em saúde.

3. OBJETIVO

O presente estudo teve por objetivo identificar na literatura informações sobre o acolhimento como estratégia para organização da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde.

4. METODOLOGIA

Para desenvolver o estudo, foi realizada uma revisão reflexiva na literatura científica e também em informações técnicas presentes no Portal da saúde, do Ministério da Saúde, através da busca de artigos científicos publicados que embasassem o tema acolhimento nas equipes de saúde da família. Para isso utilizou-se a base de dados de sites como SCIELO, MEDLINE, LILACS e cadernos pedagógicos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

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

Como critérios de inclusão, foram pesquisados apenas artigos da língua portuguesa dos últimos 11 anos, selecionados e analisados e que traziam em seu propósito a descrição do acolhimento na Atenção Primária à Saúde, com vista a buscar respostas para os objetivos que guiaram este estudo. Foram excluídos os artigos que não apresentavam relevância e/ou não se relacionavam ao objetivo deste estudo.

Foram encontrados vinte e três documentos sobre o tema, dentre artigos e trabalhos de conclusão de curso, dos quais foram selecionados dezoito. A seleção ocorreu a partir da leitura de todos os periódicos.

A variável definida para o estudo foi o acolhimento como forma de organizar o processo de trabalho e qualificar a assistência prestada com maior resolutividade às ações humanizadas que contemplem o estabelecimento de vínculo entre profissionais/usuários através do comprometimento da equipe na resolução dos problemas de saúde, fazendo com que o acolhimento, enquanto estratégia se faça presente na sistematização do cuidar.

5. DISCUSSÃO

O acolhimento além de compreender uma postura profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde podendo melhorar o sistema como um todo.

Franco, Bueno e Merhy (2003) também reforçam a ideia de que o acolhimento propõe principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado⁸.

Embora sejam inegáveis os esforços existentes, impõe-se ainda muito a construir para melhorar a qualidade das ações já implementadas, introduzindo outras ações ainda não efetivadas e continuar aperfeiçoando os fluxos e os mecanismos de controle social.

O acolhimento tem como uma de suas propostas centrais, a inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo como base os seguintes princípios:

- a) Garantir atendimento a todas as pessoas que buscam o serviço de saúde, assegurando 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 médico;
- c) Mediante qualificação da relação entre trabalhador-usuário, tendo por base a solidariedade e a cidadania a partir de uma escuta qualificada (RAMOS, 2010).

Exerce planejamento local com base e imerso na realidade que planeja, para um enfoque em ações educativas e intersetoriais, fazendo valer o princípio da integralidade na atenção, em um continuum com os demais níveis de assistência, buscando criar vínculos entre os profissionais e usuários por intermédio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Mângia et al. (2002), a equipe de saúde que assume a estratégia do acolhimento, coloca-se disponível e responsabiliza-se pelas necessidades

apresentadas pelos usuários¹³. As equipes de um modo geral se deparam com variadas e desconhecidas situações, muitas vezes sendo desafiadas a oferecer respostas ágeis e flexíveis, capazes de se adaptarem a dinamicidade das subjetividades, mediante histórias de vida e de todas as questões que envolvem a doença e o adoecer.

É de extrema necessidade o reconhecimento de que o conceito de acolhimento materializa-se 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 maneira, é feito o acolhimento nas unidades básicas por todos os profissionais de saúde.

Ressalta-se que o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários é favorecido pelo processo de escuta juntamente com a participação ativa direta do usuário no processo de produção de saúde. Assim torna-se indispensável um maior tempo para a realização dos atendimentos aos usuários.

Contudo, o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários acaba sendo comprometido devido à alta demanda de pessoas que procuram os serviços de saúde para atendimento, em especial entre os profissionais médicos e os usuários.

Cotta et al. (2005) em um estudo, pesquisaram a satisfação dos usuários em relação às características do atendimento médico, grande parte dos entrevistados mencionou que as consultas tinham duração de 15 a 30 minutos⁷. Porém, segundo o mesmo autor em sua pesquisa bibliográfica, menciona que a maioria dos usuários apontaram que o tempo dedicado à consulta era ainda menor, ficando entre os 5 e 15 minutos, o que gerou insatisfação na população comprometendo a qualidade do atendimento prestado.

Franco, Bueno e Merhy (2003) apontam que no caso específico dos médicos, em relação ao processo de trabalho, não houve nenhuma modificação a ponto de causar impacto na assistência⁸. O que se vê, na maioria das vezes, é o médico realizar o atendimento dos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento. Observou-se que houve uma grande redução nos agendamentos de consultas

médicas após a implantação do acolhimento. Porém, salienta-se que os profissionais médicos não se inseriram efetivamente no processo de trabalho.

Para se oferecer uma maior agilidade no atendimento, vem sendo utilizada uma tecnologia no acolhimento onde através da avaliação com classificação de risco, analisa-se o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta forma, é possível analisar e classificar as condições de todos para se desenvolver um atendimento mais qualificado e humanizado.

Algumas vantagens com a aplicação do acolhimento com a 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 recoloca 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 de 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.

Acolhimento e limites a serem vencidos

As ações diárias nos serviços das UBS enfrentam alguns limites, dificultando a implementação do acolhimento segundo sua orientação conceitual e técnica. Estes são classificados, principalmente, como limites de ordem estrutural e organizacional, porém são consideravelmente expressivas as limitações de ordem ideológica. Ao mesmo tempo em que o acolhimento organiza, cria vínculo e intensifica o serviço,

por outro lado o conflito gerado pela relação permanente com a demanda se evidencia, sobretudo, nos momentos em que a existência de vagas para inclusão das pessoas nas práticas assistenciais aparece como uma questão sem solução (MÂNGIA, 2002)¹³. As equipes de saúde constantemente optam pelo “fechamento das portas” das unidades, não proporcionando à população abertura para novos casos para esses espaços de escuta e reflexão.

Carvalho et. al., (2008) verificou em seus estudos que: O acolhimento pode ser entendido como um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, porém, afirma que existem ainda enormes barreiras e desafios para que o acolhimento possa ser implantado de forma definitiva, garantindo o acesso universal e a atenção qualificada como um modo de resposta às necessidades das pessoas⁶.

Souza (2010) relata que com o aumento da demanda é fundamental e necessária a ampliação da oferta de serviços das unidades de saúde, os quais continuam centralizados na consulta médica apesar das mudanças advindas da implantação do acolhimento¹⁷. Porém, observa-se que ainda é um problema quando se trata de valores quantitativos, como o alto número de atendimentos e rendimento profissional. O acesso à saúde não pode se restringir ao quantitativo das unidades de saúde e vagas diárias para atendimento médico. Qualidade e resolutividade da atenção prestada devem ser consideradas como fatores principais.

Outro obstáculo a ser superado para a legitimidade e efetivação das ações de saúde é o da inserção efetiva do profissional médico no acolhimento. Segundo, Franco; Bueno e Merhy (2003) os profissionais médicos na sua grande maioria ficam à parte do processo de acolhimento, sendo essa uma importante barreira a ser superada no sentido de otimizar a estratégia do atendimento humanizado nos serviços de saúde⁸.

Almeida (2010) ressalta que mesmo que o profissional não participe de forma direta no processo de acolher, seria importante uma interação maior com os demais membros da equipe¹. Em contra partida, Hammad (2010) afirma também fazer-se necessário, à humanização as condições de trabalho destes profissionais, que, mais respeitados pela instituição, prestam atendimento mais eficiente¹¹.

O estudo demonstrou também a falta de capacidade dos próprios serviços de saúde em organizar-se para atender a alta demanda crescente dos usuários limitando a disponibilidade dos profissionais para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde. Entretanto de forma incipiente e assistemática, notou-se também que algumas equipes conseguiram se organizar e retomar essas atividades.

Brasil (2010) ressalta que devido ao excesso da demanda e da difícil negociação com a população para priorização de ações programáticas ou de prevenção e promoção, as equipes encontram dificuldades na organização de seu trabalho, e percebem que a população fica na expectativa imediata de atendimento médico.

Silva (2010) destaca que o acolhimento propõe a organização da demanda de atendimento do sistema de saúde¹⁶. Reitera também não poder restringir-se apenas a isso, funcionando como “uma saída” para organizar a demanda espontânea, que continuará acontecendo¹⁶. A humanização nos serviços de saúde constitui elemento primordial para a melhoria de qualidade dos serviços prestados.

Contudo que se apresentou até aqui, percebe-se que a prática do acolhimento, como diretriz operacional para reorganização processo de trabalho e humanização da assistência prestada nos serviços de saúde, apresenta-se ainda em processo de construção. Mesmo com o acolhimento sendo desenvolvido em grande parte das unidades de saúde, ele ocorre ainda de forma pontual, na maioria das vezes com o profissional e local determinado e centrado apenas na marcação de consultas médicas assemelhando-se muito a pratica de triagem.

Para que o acolhimento seja efetivado de forma positiva como uma ferramenta para reorganização do processo de trabalho em saúde, são necessárias mudanças, principalmente no que diz respeito à postura dos profissionais frente aos usuários, que ocorre de forma assistemática sem prévia capacitação dos profissionais envolvidos, pouco ou nenhum apoio institucional e sem a participação popular, acarretando sobre carga dos profissionais, insatisfação de profissionais de saúde e usuários e pouca resolutividade dos serviços.

Dessa forma, para que no município de Cachoeira do Sul essas medidas realmente tornem-se eficazes e consigam oferecer aos usuários um atendimento de qualidade, integral e humanizado será necessária uma maior integração entre os gestores,

serviços de saúde, profissionais e população desenvolvendo atividades de educação permanente, apoio institucional, cumplicidades entre os diferentes níveis de atenção a saúde e apoio dos próprios usuários além da priorização dos atendimentos de acordo como risco/vulnerabilidade dos pacientes.

Enfim, o acolhimento torna-se um instrumento primordial e indispensável para a organização das unidades de saúde desde que implantados de forma sistematizada e com apoio institucional de equipes compostas por número de profissionais adequado e capacitados não apenas para desenvolver os protocolos, mas sim conciliar o atendimento da demanda espontânea com as demais atividades programadas a fim de prestar um atendimento mais qualificado e humanizado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Cachoeira do Sul já foram feitos vários esforços visando fortalecer estas perspectivas, buscando criar os pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades dos usuários, tentando ampliar a resolutividade do sistema municipal de saúde, práticas de acolhimento em alguns postos de atenção, grande ampliação da capacidade pública instalada, organização de ações de regulação, controle e avaliação, um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços.

Após pesquisa realizada na literatura científica, foi possível concluir que o acolhimento é um instrumento essencial que envolve todos os membros da equipe multiprofissional para a organização dos serviços da atenção básica, e especialmente, no que se refere à demanda espontânea que ainda é um grande desafio para as unidades básicas dos serviços de saúde.

Notou-se também que diversos outros estudos, apontaram a implantação do acolhimento como uma grande conquista para a saúde pública, um meio para modificar o processo de trabalho das equipes, e em especial, para os usuários do SUS. Porém, a questão passa fundamentalmente pela educação e treinamento das partes envolvidas na temática e na educação continuada, para que assim possa ser garantido um atendimento verdadeiramente humanizado.

Mediante treinamento desses profissionais envolvidos, espera-se que o processo resulte em qualidade, solidariedade e espírito público, o que vai também produzir um profissional mais consciente que desenvolverá indispensável sentimento prático sem prejuízo do respeito e da tolerância com o usuário.

No entanto, em um contexto geral, observa-se ainda a pouca efetividade e inserção das equipes de saúde nesse processo de trabalho, pois continua apenas a preocupação em resolver os problemas imediatos das pessoas do que acolhê-las e entender suas reais necessidades. Nesse sentido, propõe-se, especialmente no contexto preconizado pelo SUS, requerer um maior vínculo entre equipes, serviços e usuários, produzindo assim a humanização no atendimento.

Portanto, para que o acolhimento também de fato seja efetivo é primordial e necessário que as equipes sejam treinadas, capacitadas, valorizadas, e que recebam salários dignos, com divisão de trabalhos, organização, vínculo, comprometimento com a comunidade dentro da ética e acima de tudo respeito pelo próximo.

Finalizando, o acolhimento deve ser visto como uma ferramenta importante para solucionar a necessidade do usuário, família ou comunidade assistida por um sistema único de saúde dotado de uma atenção primária planejada, mas acima de tudo, com ações efetivas que visem o bem estar do paciente e satisfação dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O acolhimento no centro de saúde Granja de Freitas: uma percepção da equipe de enfermagem. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010, 32f.

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

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de 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 de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma visão sistemática do atendimento no Sistema único de Saúde. **Arq Ciência Saúde**, v. 15, n. 2, p. 39-95, abr/jun 2008.

COTTA, L. M. 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.

FERREIRA, G. M. Acolhimento: um processo em construção. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2009. 39f.

GOMES et. al. 2009. **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa de saúde da família: reflexões estratégicas.**

HAMMAD, V. M. A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2010. 26f.

LITWINSKI, G. I. S. O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Belo Horizonte, 2011. 25f.

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

MENDONÇA, M.H.M.; VASCONCELLOS, M.M.; VIANNA, A.L.A. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Cad. Saúde, n. 24, sup1, p.S4- S5, 2008.

RAMOS, L. A. Acolhimento: uma forma de organização do trabalho em saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)**. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Várzea da Palma, 2010. 27f.

SILVA, F. T. A prática do acolhimento na organização do processo de trabalho. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Bocaiúva, 2010. 24f.

SOUZA, J. H. L. A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde da família de Angicos de Minas em Brasília de Minas: um estudo de caso. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2010. 38f.

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 UFGM; NESCON, 2009.