

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

JOLENICE DE JESUS MIRANDA

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

VITÓRIA
2015

JOLENICE DE JESUS MIRANDA

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Kallen Dettmann Wandekoken

VITÓRIA
2015

JOLENICE DE JESUS MIRANDA

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Kallen Dettmann Wandekoken- Orientadora

RESUMO

O presente trabalho aborda sobre a temática do acolhimento na atenção primária, sobretudo na Estratégia Saúde da Família. O objetivo deste estudo foi discorrer sobre a prática do acolhimento a partir de produções literárias relacionadas ao tema, tendo por metodologia uma revisão sistemática da literatura. O acolhimento tem se articulado de maneira ampla, visto que se trata de uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização, assumindo parte no processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde. Diversos estudos tem se realizado com relação a este tema, visto que a sua prática adquire uma importância fundamental mediante as necessidades em atendimento nos serviços de saúde, e no caso deste estudo, mais especificamente nas unidades básicas de saúde. Diante desse fato, torna-se necessária a discussão e análise do tema escolhido, uma vez que os serviços de saúde carecem de uma reorganização em seu modelo assistencial, e o acolhimento é considerado como um dos atores nessa reforma nas práticas de saúde. Após a análise do tema, constata-se que a adesão das práticas de acolhimento traz benefícios para os usuários e para o processo de trabalho de toda Estratégia Saúde da Família, pois possibilita um tratamento digno à população, valorização da mesma, bem como dos próprios profissionais e dos serviços prestados, e assim podem-se ofertar serviços de qualidade aos usuários, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e conforme a Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária. Humanização. Saúde da Família. Vínculo.

ABSTRACT

This paper reports on the subject of Embracement in primary care, especially in the Family Health Strategy. The objective of this study was to discuss the practice of Embracement from literary productions related to the theme, with a systematic review of the literature as methodology. The Embracement has articulated itself in a broad way, since it is an operational guideline for the National Humanization Policy, taking part in the constitutive process of the production and health promotion practices. Several studies have been conducted concerning this theme, since its practice is of fundamental importance by the needs in care in health services, and in the case of this study, specifically in the basic health units. Given this fact, it becomes necessary discussion and analysis of the chosen topic, since health services lack a reorganization in its care model, and the Embracement is regarded as one of the actors in this reform in health practices. Following the theme analysis, it appears that the adhesion of Embracement brings practical benefits for users and work process of all the Family Health Strategy, as it allows the population a decent treatment, appreciation of the same, as well as for the professionals and given services, and so one can offer quality services to users, following the principles of the Unified Health System and according to the National Humanization Policy.

Keywords: Welcoming. Primary Attention. Humanization. Family Care. Link.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	9
2.2 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2.2.1 Universalidade	12
2.2.2 Integralidade	12
2.2.3 Equidade	13
2.3 DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.3.1 Regionalização e Hierarquização	13
2.3.2 Descentralização	14
2.3.3 Participação e Controle Social	15
2.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2.5 O ACOLHIMENTO	17
2.6 O ACOLHIMENTO NA DEMANDA ESPONTÂNEA	22
2.7 ASPECTOS DO ACOLHIMENTO	23
2.7.1 O acolhimento como instrumento de acesso: a acessibilidade	23
2.7.2 O acolhimento como tecnologia de cuidado	23
2.7.3 O acolhimento como organizador do processo de trabalho	23
2.8 MODELAGENS DE ACOLHIMENTO	24
2.9 DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	27
2.10 ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO	29
2.11 ACOLHIMENTO EM GRUPOS ESPECÍFICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	34
2.11.1 Acolhimento ao portador de Diabetes Mellitus	34

2.11.2 Acolhimento ao portador de Hipertensão Arterial	37
2.11.3 Acolhimento à gestante	40
2.11.4 Acolhimento ao homem.....	43
2.11.5 Acolhimento à criança.....	46
2.11.6 Acolhimento ao idoso	49
2.12 CONTRIBUIÇÕES DO ACOLHIMENTO PARA ATENÇÃO DOS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	52
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

A saúde de todos, representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constitui uma verdadeira reforma do Estado, agrupando novos projetos e participantes sociais no cenário da saúde. Um desses projetos diz respeito à Estratégia de Saúde da Família (ESF), instituída no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde com o propósito de pôr em ordem a Atenção Primária e garantir as diretrizes e princípios criados no SUS (TRINDADE, 2010).

Os serviços de saúde estão em constante desenvolvimento, e a partir do momento que o Ministério da Saúde introduz a ESF no campo da Atenção Primária, tem-se um novo instrumento para contribuir no processo de trabalho em saúde: o acolhimento (LUZ et. al., 2013).

Diversos estudos tem se realizado com relação à temática do acolhimento, visto que a sua prática adquire uma importância fundamental mediante as necessidades em atendimento nos serviços de saúde, e no caso deste estudo, mais especificamente na ESF (SILVEIRA et. al., 2004).

Luz e outros autores (2013) afirmam que o acolhimento organiza o processo de trabalho e é o principal meio para atender o usuário de forma a ter uma escuta qualificada, em que o profissional busca responder as suas necessidades. Seguindo este mesmo princípio, Trindade (2010) também diz que no ato acolher escuta-se angústias dos usuários, e acrescenta também que o profissional responsabiliza-se por se envolver com a comunidade, buscando resolubilidade em suas questões que o levaram a procurar os serviços de saúde.

A temática do acolhimento vem sendo discutida de maneira ampla, visto que se trata de uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH), assumindo parte no processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde. A PNH foi criada em 2003 com o propósito de fortalecer os princípios do SUS, reorganizando os serviços de saúde, nos variados níveis de atenção (LUZ et. al., 2013).

Diante desse fato, torna-se necessária a discussão e análise do tema escolhido, uma vez que os serviços de saúde carecem de uma reorganização em seu modelo assistencial. Nesse contexto, o acolhimento entra como um dos atores nessa reforma assistencial,

atendendo à proposta da PNH. Com isso, é oferecida aos usuários dos serviços de saúde uma prática diferenciada no que diz respeito ao atendimento, considerando-se a subjetividade do indivíduo e o entendendo em suas demandas e necessidades, garantindo uma assistência feita de modo eficaz e resolutivo.

Face ao exposto, este trabalho tem como objetivos: a) Geral: discutir sobre a prática do acolhimento na ESF; b) Específicos: conhecer as diretrizes do SUS e os principais aspectos da ESF; analisar os diversos conceitos de acolhimento; identificar as principais estratégias de acolhimento no âmbito da ESF; descrever as principais contribuições do acolhimento para a atenção dos usuários da ESF.

Assim, esta pesquisa torna-se relevante, pois contribuirá para um entendimento sobre o acolhimento na ESF, bem como a assimilação do mesmo perante todo o contexto no qual é inserido, possibilitando a todos os profissionais lotados numa Unidade Básica de Saúde (UBS) que fazem parte da ESF entenderem a respeito do tema proposto, e, dessa maneira, aperfeiçoarem o modo como trabalham, a forma como lidam com a população e até mesmo entre a própria equipe.

O presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática da literatura realizada no período de fevereiro a maio de 2015, em que utilizou-se a biblioteca virtual em saúde (BVS) por meio das bases LILACS e SCIELO. Para a busca dos estudos foram utilizados descritores cadastrados nos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECS) da Bireme. Os descritores considerados em língua portuguesa foram: acolhimento, humanização, vínculo, satisfação, saúde da família, atenção primária.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos completos, monografias, dissertações, teses, manuais do Ministério da Saúde e protocolos institucionais que abordem a temática da pesquisa (do SUS à estratégia do acolhimento), publicados a partir do ano de 1986, na língua portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão: artigos literários que não atendem os critérios de inclusão propostos; publicados em língua estrangeira.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde é um direito de todos e também é um dever do Estado, e este é responsável por garanti-la, através de políticas sociais e econômicas, propondo a diminuição de risco de doenças e agravos, bem como permitindo uma acessibilidade da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse relato está inserido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 (BRASIL, 1990).

O SUS é uma conquista obtida através das lutas do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 70/80, derivando então a Lei 8.080 de 1990, que regulamenta todas as ações e serviços voltados à saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

Estas regulamentações dizem respeito às atividades de saúde sejam elas realizadas isoladamente ou em conjunto, de natureza permanente ou eventual. Também trata de ações efetivadas por pessoas naturais ou jurídicas, pertencentes ao direito Público ou privado (BRASIL, 1990).

Segundo Maio e Lima (2009), a criação do Sistema Único pode ser considerada uma conquista como experimento em matéria de política social no novo regime democrático. Seu nascimento mistura-se com a emergência de um movimento eficaz no plano da saúde pública, no cenário entre a luta social e a política contra a ditadura militar. O assunto da saúde retratou um dos aspectos mais importantes da resistência social, bem como da política durante os anos entre 1970 e 1980.

Mediante as pressões populares, ao avanço na situação econômica do país, à administração mais qualitativa, houve uma dedicação e conseqüentemente uma atenção para o serviço de saúde pública. Ao implantar o SUS, o país conquistou um avanço nos serviços públicos de saúde, fazendo com que a assistência prestada pudesse ter uma melhoria em sua qualidade. É importante lembrar que esses serviços estão em constante desenvolvimento, visto que ainda existem alguns impasses que impedem a concretização de todas as propostas de atendimento requisitadas pela legislação da qual o SUS é regida (TRINDADE, 2010).

A lei 8.080 diz que o SUS é um conjunto de ações e serviços, apresentados pelos órgãos e instituições públicas, que podem ser disponibilizados por qualquer uma das três esferas do governo. A administração é feita de modo direto e indireto e as fundações são mantidas pelo Poder Público, visando a união de todas as instituições e serviços de saúde em um só sistema. O SUS tem como propósito conceder uma integralização na atenção à saúde, tanto pelo modo preventivo quanto curativo (BRASIL, 1990).

O SUS é regido por alguns princípios, tais como: universalidade, igualdade, participação da comunidade, resolutividade e gratuidade. Baseia-se em diretrizes, como: descentralização, atendimento integral e participação popular. A criação do SUS representou um avanço no que diz respeito à garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Também possibilitou a participação dos cidadãos no processo de formulação de políticas de saúde, do mesmo modo o controle da execução das mesmas. O SUS ainda está em um processo de construção, e traz consigo princípios e diretrizes do que poderia ser a grande política de humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Maio e Lima (2009), após o decreto da Constituição Federal de 1988, certificou-se a necessidade de estabelecer a saúde como direito essencial de cidadania, e ao Estado a competência de assegurá-la a todos os cidadãos. Sob a ordem de “saúde direito de todos e dever do Estado”, o governo favorece uma assistência médica-sanitária de maneira integral, de modo universal, permitindo o acesso a todos os usuários dos serviços de saúde pública, tendo estes uma hierarquização, sob uma gestão descentralizada.

Baseados em seus princípios, o SUS vem tentando proporcionar uma maior ligação entre os serviços e a comunidade, a fim de obter um atendimento que forneça a promoção da saúde, a prevenção e a recuperação dos agravos. Com isso, tem-se a necessidade de mudar o modo de atendimento, construindo uma nova forma de entender, de trabalho e avaliação dos serviços de assistência à saúde, visto que as ações precisam ser integrais para que haja respostas rápidas às necessidades de saúde da população (COSTA; MIRANDA, 2008).

A assistência à saúde é baseada em ações preventivas e curativas, e os estabelecimentos precisam ser estruturados para que as ações de saúde sejam realizadas de forma regionalizada e hierarquizada, atendendo, dessa maneira, as diretrizes do SUS (BRASIL, 2000).

Os serviços do SUS possuem uma cobertura a nível nacional, e em cada estado e município existe subsistemas. Esses subsistemas municipais são os que tem maior ênfase; através deles, as ações e os serviços de saúde do SUS são elaborados e desenvolvidos de uma maneira organizada, seguindo os princípios da regionalização e hierarquização, agregados então nas abrangências estadual e nacional do SUS (BRASIL, 2000).

As instituições e estabelecimentos em que são realizadas as ações e serviços de saúde do SUS, de acordo com os subsistemas municipais, podem localizar-se tanto no próprio município quanto em outro território, e não necessariamente precisa ser um de propriedade estatal, mas podem também ser privadas. Quando acontece de ter a localização centrada em outro território, o município tem a responsabilidade de garantir o acesso aos usuários nos serviços prestados, de modo integral (BRASIL, 2000).

A saúde de todos é representada pelo SUS, sendo possível a sua organização a partir de uma verdadeira reforma do Estado, na qual inseriu novos projetos sociais relacionados à saúde. Como um exemplo desses projetos, tem-se a ESF, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, para estruturar a Atenção Primária e assegurar as diretrizes e os princípios do SUS (LUZ et. al., 2013).

A ESF vem sendo destaque entre os serviços de saúde do SUS, a partir do momento em que busca atender de maneira humanizada e resolutiva as necessidades da população, quer seja sociais ou relacionadas à saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

Maio e Lima (2009) afirmam que o processo de implementação do SUS tem se mostrado de modo desafiador, tanto do ponto de vista teórico quanto prático. Em relação à teoria, o SUS possui alguns elementos considerados empíricos, tornando complexa a análise das políticas públicas, bem como da gestão.

Podem-se citar como exemplos desses elementos empíricos o entendimento com clareza sobre a dinâmica federativa, as expectativas de uma gestão executada através de uma democracia abrangente, o entendimento sobre as relações entre o setor público e privado, assim como a sustentabilidade das políticas universais. Com relação à prática, tem-se a luta pelo alcance do objetivo de promover a saúde para todos os cidadãos com igualdade (MAIO; LIMA, 2009).

Nesse contexto, a ESF possibilita um rápido acesso ao atendimento à saúde, visando uma maior qualidade dos serviços públicos, assim como propicia uma nova forma de saber-fazer em saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

2.2 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Todos os serviços prestados à saúde, integrados pelo SUS, seguem princípios e diretrizes, a fim de proporcionar uma organização de todas as ações. Qualquer atendimento de saúde regulamentado pelo SUS obedece aos seguintes princípios: Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 1990).

2.2.1 Universalidade

Este princípio diz que a saúde é um direito de todos os cidadãos, sem qualquer distinção, ficando sob dever do Poder Público garantir o acesso de todos os serviços de saúde aos que precisarem (BRASIL, 2000).

Teixeira (2011) explica que através da universalidade os serviços se tornam acessíveis a toda a população, e para que isso seja concretizado, se faz necessário retirar as barreiras que impedem o exercício deste princípio, e são elas jurídicas, econômicas, culturais e sociais.

2.2.2 Integralidade

Segundo Brasil (2000), a integralidade diz respeito à necessidade de levar os serviços e ações de saúde de acordo com as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, mesmo sendo um grupo relativamente pequeno sobre o total da população.

O princípio da integralidade refere-se ao conjunto de práticas possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assim como a assistência a doentes. Para que a assistência à saúde seja praticada integralmente, torna-se necessário a disponibilidade de estabelecimentos, recursos necessários e profissionais capacitados para exercer as atividades de saúde, que vão desde ações de promoção da saúde em grupos específicos de população até o atendimento assistencial de recuperação àqueles usuários que já estão em um quadro de enfermidade ou de debilitação (TEIXEIRA, 2011).

2.2.3 Equidade

De acordo com Brasil (2000), este princípio reafirma a necessidade de reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país, enfatizando a necessidade de assim fazê-lo também através dos serviços de saúde.

O ponto de partida para o exercício da equidade é a averiguação das desigualdades existentes entre as pessoas e os grupos sociais de uma determinada população, fazendo-se observações e reconhecendo que precisam ser superadas. A equidade expõe a necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” tendo como meta a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os usuários de uma sociedade; a equidade tem por finalidade diminuir as desigualdades presentes na saúde, possibilitando uma uniformidade nas condições de vida e saúde de todos os usuários (TEIXEIRA, 2011).

2.3 DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme a Lei 8.080, as ações de saúde reguladas pelo SUS, mediante ao poder público ou privado. Estes serviços são realizados por meio de contratos ou convênios, elaborados a partir de princípios e diretrizes que se articulam e organizam todos os serviços de saúde do SUS. As diretrizes são: Regionalização e Hierarquização; Descentralização; Participação e Controle Social (BRASIL, 1990).

2.3.1 Regionalização e Hierarquização

A regionalização dos serviços refere-se à delimitação de um território para a organização dos serviços de saúde, considerando a divisão político-administrativa do país, bem como subdivisões ou agregações (TEIXEIRA, 2001).

A hierarquização trata-se de uma ordenação dos serviços de saúde fundamentada em níveis de complexidade tecnológica, ou seja, a designação de uma rede que associa as unidades mais simples às unidades mais complexas, por meio de um sistema de referência e contra-referência (TEIXEIRA, 2001).

Essa diretriz também pode dizer a respeito de vínculos específicos entre unidades de diferentes graus de complexidade tecnológica que oferecem determinados serviços de

natureza peculiar, como a rede de atendimento a urgências e emergências, ou a rede de atenção à saúde mental, por exemplo (TEIXEIRA, 2011).

Brasil (2000) refere que a hierarquização está ligada às atribuições dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência nas ações do SUS, mesmo que não se tenha todos os recursos disponíveis. Para isso, as palavras chaves são a organização, a união e a parceria.

2.3.2 Descentralização

A descentralização da gestão que atende os serviços de saúde do SUS trata-se da transferência das tomadas de decisão referente à política de saúde do âmbito federal para os estados e municípios. Esta delegação acontece segundo a redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação ao gerenciamento político-administrativa do sistema de saúde em seu território, seja nacional, estadual ou municipal, como transferência de recursos humanos, financeiros e materiais para o controle das esferas governamentais correspondentes (TEIXEIRA, 2011).

Conforme Brasil (2000), o Ministério da Saúde estabelece algumas formas de descentralização de recursos com as três esferas de governo. Entre elas estão:

- Transferência de recursos: é o chamado repasse fundo a fundo. Nele ocorrem transferências de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios e estados, de maneira automática e regular.
- Remuneração de serviços produzidos: trata do pagamento dos prestadores de serviços privados ou estatais, que possuem contrato e convênio, sob apresentação das faturas que diz respeito aos serviços prestados à população usuária.
- Celebração de convênios e instrumentos similares: são feitos com as instituições interessadas em financiar projetos específicos da saúde. Esses estabelecimentos podem ser municipais estaduais e federais, bem como organizações não-governamentais.

Dentre essas três formas de descentralização, o sistema de transferência de recursos (fundo a fundo) é o que mais possui eficiência de acordo com o Ministério da Saúde,

por possuir características específicas que fazem deste sistema o de maior concretização dos objetivos e princípios do SUS (BRASIL, 2000).

Além disso, o sistema fundo a fundo possui algumas vantagens que o faz ser considerado uma das melhores maneiras de descentralização em todo o serviço público brasileiro. Entre essas vantagens estão: permite a melhora da utilização dos recursos destinados à saúde, mediante a fiscalização da aplicação destes recursos, bem como diminui o desperdício, reduzindo as fraudes; identifica as necessidades de cada comunidade de uma maneira mais precisa, ajustando o modelo assistencial de acordo com as necessidades do município; aumenta a participação do controle social, levando os cidadãos a uma maior aproximação dos gestores, no processo de estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2000).

2.3.3 Participação e controle social

Essa diretriz declara que a população usuária dos serviços de saúde do SUS, tem direito à participação na gestão desse sistema. Isso é feito mediante a inserção dos usuários através das conferências de saúde, no âmbito do poder executivo (BRASIL, 2000).

Essa participação social permite à comunidade usuária interferir na gestão da saúde, criando uma relação entre o Estado e sociedade, direcionando os serviços e ações de saúde de acordo com a realidade da população referida (BRASIL, 2000).

Outra maneira da comunidade também atuar no controle social é através dos conselhos de saúde, em que é discutida a política de saúde e os interesses dos mais diversos segmentos sociais, permitindo uma possibilidade de acordo entre as propostas direcionadas e os recursos específicos de cada prioridade (BRASIL, 2000).

Brasil (2000) explica que hoje existem os mais variados tipos de conselhos de saúde, fazendo-se presente nos níveis municipal, estadual e nacional. Os municípios são os que possuem maior quantidade de conselhos atuantes, até mesmo pela questão da quantidade e das múltiplas situações de saúde encontradas. Por esta razão, nota-se uma crescente participação social dos usuários no âmbito do SUS.

2.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF foi implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil, como estratégia do SUS. Ela é responsável por conduzir a política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil, objetivando a reorganização da prática assistencial, substituindo então o modelo tradicional de assistência, centrado na cura de doenças e no hospital (PEREIRA, 2006).

Esse modelo tradicional de atenção à saúde, em que se tem como foco a doença, centraliza a assistência médica de modo que o indivíduo passa a ser atendido através de práticas fragmentadas, ou seja, a intenção é somente curar a doença, não considerando ações que visem a prevenção de qualquer outra enfermidade. O foco principal é a população que procura os serviços de saúde através de demanda espontânea (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta novas propostas de reorganizar a atenção à saúde, e insere a Saúde da Família como uma tentativa de mudar as práticas assistenciais, com ênfase agora na Atenção Primária (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Figueiredo e Tonini (2007) mostram que a ESF está em consonância com o SUS por intermédio do Município (decide optar pelo programa, orientando o modelo de Atenção Primária); do Estado (responsabiliza pelo apoio técnico e financiamento); e da Vigilância Epidemiológica (opera nas medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos).

Em conformidade com Medeiros e colaboradores (2010), a ESF se baseia no núcleo familiar, no sentido de proporcionar acesso à saúde pública, a partir da reorganização da Atenção Primária, a qual admite a existência de um serviço de referência e contra-referência capaz de garantir a integralidade das ações de saúde.

A atenção da ESF está centrada na família, compreendida a partir de seu ambiente físico e social, favorecendo as equipes de saúde uma visão ampla a respeito do processo saúde-doença, atentando-se para as atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde, e não somente para as ações curativas (PEREIRA 2006).

Como diretrizes operacionais, a ESF adota os seguintes princípios: caráter substitutivo das práticas convencionais de atendimento por um novo método de trabalho, ligado à

Vigilância à Saúde; integralidade e hierarquização das ações, onde UBS se insere no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; territorialização e adstrição de clientela, em que o trabalho das equipes é desenvolvido em um território definido; e trabalho em equipe multiprofissional, composta no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a doze agentes comunitários de saúde (ERMEL; FRACOLLI 2006).

Espera-se da equipe de Saúde da Família, ao atuar em uma área adstrita, que execute planos de ações de saúde direcionadas às famílias, assim como ao seu ambiente. A ESF tem a responsabilidade de prestar serviços de prevenção, curativos e também de reabilitação, e a partir disso torna-se possível uma mudança na situação de saúde da população usuária dos serviços do SUS (MARIN et. al., 2011).

Segundo Albuquerque e Bosio (2009), a ESF vem cooperando para a consolidação do SUS, favorecendo a equidade e universalidade da assistência através de ações inovadoras no setor. Essas ações são desenvolvidas a partir de uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que podem ser traduzidas, segundo Ermel e Fracolli (2006), em ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas.

O acolhimento tem se mostrado, na ESF, uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da UBS (MEDEIROS et. al., 2010).

Como ponto central, a ESF elege o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população abrangente (MARIN et. al., 2011).

2.5 O ACOLHIMENTO

O acolhimento é um assunto que vem sendo discutido e analisado por diversos artigos literários, onde os autores atribuem-lhe conceitos próprios, mas que de uma maneira geral se interligam através do seu sentido.

Com a implantação da ESF pelo Ministério da Saúde, visando produção de um novo modelo de assistência, tem-se a chance de modificar o processo de trabalho em saúde,

sendo possível essa mudança por meio de uma nova ferramenta: o acolhimento (LUZ et. al., 2013).

Entre as discussões sobre o acolhimento, uma das maiores questões encontra-se na sua vasta possibilidade de interpretação. Por essa razão, dependendo dos objetivos a serem alcançados, o acolhimento sofre influências por aqueles que o executam, ou seja, seu significado é obtido a partir de alguns fatores, como a visão de mundo, as técnicas, o contexto inserido, entre outros (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Trindade (2010) relata que, a partir do momento em que a ESF tem seu processo de trabalho renovado, alguns itens são incorporados nessa mudança do modelo de assistência, e que acabam por fortalecer a equipe multiprofissional. São eles:

- O acolhimento;
- A humanização do atendimento;
- A integralidade da atenção;
- O vínculo.

Segundo Trindade (2010), o acolhimento é uma postura ética, que exige saberes, escutar angústias, buscando resolvê-las, a fim de agir com resolubilidade para com o usuário ou comunidade, sendo essas as principais diferenças da triagem, visto que ele não é apenas uma etapa de um processo, mas uma ação realizada em todo o tempo em uma UBS.

Abbês (2010) aponta que o acolhimento é “uma diretriz constituinte dos modos de se produzir saúde; uma tecnologia do encontro; é o ato ou efeito de acolher implicando, em suas várias definições, uma ação de estar com”. Para esta autora, o ato de acolher traz uma nova forma de relacionamento entre os profissionais e os usuários, no processo do cuidado.

Para Abbês (2010), acolhimento é diferente de triagem, mas é um atendimento fundamentado em resolutividade e responsabilização, transmitindo ao usuário, quando necessário, informações a respeito de outros serviços de saúde, para que assim haja seguimento da assistência.

Ainda em seu discurso, Abbês (2010) afirma que o acolhimento “é uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos”. De acordo com esta

autora, o ato de acolher implica numa elaboração de propostas entre a equipe que está recebendo o usuário e a rede de serviços, bem como os gestores.

Solla (2005) afirma que o acolhimento significa humanização do atendimento, levando acessibilidade a todos, e também se trata da escuta qualificada da demanda do usuário, oferecendo-lhe uma resposta positiva e procurando solucionar a sua necessidade. A equipe torna-se responsável pela situação de saúde dos usuários e isto se evidencia não apenas no momento do atendimento propriamente dito, mas também a partir do momento em que forma-se um elo entre o serviço e a população usuária.

De acordo com Ayres e outros autores (2006), a saúde não é obtida exclusivamente por conhecimentos técnicos, e ainda que sejam vastos, eles não são suficientes para mudar um quadro de agravo, ou doença. Nesse contexto surge o acolhimento, que consiste numa ferramenta para estabelecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Dessa forma, as pessoas usufruirão de bem-estar nos diversos aspectos no qual a saúde é envolvida, ou seja, psíquicos, físicos, bem como sociais.

Para construir uma Atenção Primária suficiente, é imprescindível o conhecimento e a compreensão sobre as práticas acolhedoras, e como a comunidade se encontra em uma contínua construção, as atividades de saúde também estão em processo constante de construção e adaptação (AYRES et. al., 2006).

Silveira e outros autores (2004) apontam que o acolhimento é uma ação com o objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. O ato de acolher, referenciando-se aos serviços de saúde, significa receber bem, ouvir as necessidades do usuário, procurar entendê-las e aderir-se à causa, devendo ser efetivada por toda a equipe de saúde.

De acordo com Luz e outros autores (2013), o acolhimento pode ser considerado um organizador do processo de trabalho em saúde, sendo uma estratégia de acesso à assistência de qualidade, frisando a importância da equipe multiprofissional com a mesma finalidade, propondo à comunidade o bem estar físico, emocional e psicológico.

Indo ao encontro ao que Baraldi e Souto (2011) declaram, o acolhimento acontece no primeiro contato entre profissionais e usuários, vindo após o acesso ao serviço, sendo uma das diretrizes de maior importância da Política Nacional de Humanização do SUS,

fazendo-se relevante a reorganização do processo de trabalho de modo a cumprir-se o princípio da integralidade nos serviços de saúde.

Rebello, Koopmans e Romano (2012) apontam que através do acolhimento tem-se uma possibilidade de reorientação do processo de trabalho, a partir do momento em que cada integrante da equipe contribui no processo de saúde da população, na qual cada trabalhador se expõe a fim de atender as necessidades dos usuários.

Pode-se ver outro conceito de acolhimento, constituindo-se do ato precedente aos demais que serão administrados pela equipe, colaborando então para o processo de trabalho (PINAFO; LIMA; BADUY, 2008).

Dessa forma, acolher traz consigo a resolutividade, uma escuta adequada, assim como uma segurança e ato de comprometimento entre os trabalhadores e o usuário, fazendo com que se faça presente humanização no atendimento (GRANDO et. al., 2013).

Outros autores também se manifestam quanto ao acolhimento, como por exemplo, Scholze, Junior e Silva (2009), afirmando que a PNH apresenta o acolhimento como processo essencial às práticas de produção e promoção da saúde.

Segundo Beck e Minuzi (2008), o acolhimento é um modo de trabalho pelo qual se pode reorganizar todo o processo de trabalho, tornando o acesso dos usuários mais amplo e qualificado, atendendo as demandas dos mesmos e fazendo um novo planejamento para atendimento as necessidades expostas.

Beck e Minuzi (2008) explicam que o acolhimento ultrapassa as práticas de uma de triagem, indo ao encontro de atividades como a escuta, análise dos problemas e queixas referidos, e busca resolução por meio de intervenções capazes de solucionar a demanda.

O acolhimento precisa ser entendido como um meio eficaz de atender as necessidades da demanda, favorecer a criação de um vínculo entre os trabalhadores atuantes na equipe de saúde e os usuários, bem como cada trabalhador e cada cliente. Através dele também pode-se intervir no processo de trabalho da equipe, assim como estimular a integralidade no cuidado (SOUZA; ROCHA; VILAR, 2008).

Fontoura e Mayer (2006) afirmam em seus estudos que o acolhimento trata-se de uma ferramenta utilizada para garantir a acessibilidade de maneira universal do indivíduo aos serviços, fazendo com que sejam humanizados, integrais, resolutivos e com qualidade, buscando solucionar os problemas de saúde dos usuários, e a partir do momento em que

são recebidos, suas necessidades se tornam responsabilidade dos profissionais da equipe que acolhe.

Segundo Gomes (2011), um atendimento acolhedor é aquele que oferece a abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização da equipe pelos problemas de saúde de uma determinada área. Nesse atendimento tem-se um serviço capaz de adaptar técnicas e combinar atividades de forma qualificada, procurando responder as necessidades da população de acordo com sua demanda, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos dos usuários. Ao serem acolhidos, os usuários buscam resolutividade para suas necessidades.

De acordo com Gomes (2011), o acolhimento consiste em atender a população, independente de hora ou profissional específico, não basta apenas atender bem, mas sim conhecer o paciente, bem como levar em consideração sua subjetividade, seus anseios e problemas, o que ocorre diferentemente de uma triagem, que necessita de um local e profissional separado para aquela função.

Gomes (2011) explica em sua produção literária que a triagem é uma etapa do processo nos serviços de saúde, diferentemente do acolhimento, que é caracterizado como uma ação que deve ser feita em todos os momentos nos serviços pelos quais o usuário está presente.

Luz e outros colaboradores (2013) apontam que o conceito de acolhimento tem sido interpretado de uma forma errônea por alguns estudos. Quanto aos profissionais de saúde, a prática do acolhimento tem sido realizada de uma maneira fracionada, em que eles entendem que acolher significa recepcionar o paciente, executar uma triagem, assim como permitir o acesso do mesmo aos serviços dos quais buscam na ESF.

Em seus estudos, Luz e colaboradores (2013) mencionam um questionamento a usuários e profissionais de saúde sobre o que entendem do conceito de acolhimento. Como resultado, obteve que os usuários acham que seja atenção, resolutividade e rapidez. Já os profissionais responderam que o acolhimento são orientações e pedidos de auxílio, individualidade e escuta. Quando questionados sobre os fatores que consideram importantes nesse processo de trabalho - o acolhimento - os usuários citaram encaminhamentos a outros profissionais, porém os profissionais responderam que o fator indispensável é a resolutividade.

Diante destas considerações, constata-se que é de suma importância e extrema

necessidade a criação e existência de protocolos na Atenção Primária para a realização, assim como a compreensão do que é o processo de acolher e como deve ser feito (LUZ et. al., 2013).

2.6 O ACOLHIMENTO NA DEMANDA ESPONTÂNEA

Um dos desafios das equipes de saúde das UBS é organizar a demanda espontânea, pelo motivo de que os usuários chegam até o local de uma maneira não programada, e necessitam de respostas para os variados tipos de problemas (SOUZA; LOPES, 2003).

Existem algumas razões que indicam a exigência de um acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária, e uma dessas razões são as necessidades de saúde definidas pelo usuário, que os fazem procurar atendimento nas UBS (BRASIL, 2013a).

É importante saber que essas definições de necessidades de saúde não são formadas apenas pela equipe de saúde, mas os próprios usuários também as identificam, fazendo com que procurem uma unidade de Atenção Primária, criando uma demanda espontânea (BRASIL, 2013a).

Outro motivo que justifica a prática do acolhimento à demanda espontânea nas UBS são as próprias situações recorrentes no dia a dia que podem ser resolvidos na Atenção Primária, sobretudo com as tecnologias leve-duras e duras (BRASIL, 2013a).

Outra explicação para esse acolhimento é o fortalecimento do vínculo entre usuário e a equipe de saúde, desenvolvido a partir das circunstâncias em que o usuário se encontra; o ato de conhecer o cliente, bem como seu histórico, favorece a identificação da necessidade, bem como o seu acompanhamento (BRASIL, 2013a).

Contudo, a prática do acolhimento não pode ser feita restritamente no momento de chegada do paciente à UBS, é fundamental que não se resuma à recepção, mas que venha a ser visto como um modelo de atenção, um regime adotado para o atendimento à população, sobretudo na demanda espontânea (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

O acolhimento não deve se restringir apenas ao momento do atendimento na recepção, não é algo característico somente desse instante, e é uma prática capaz de ser trabalhada pela equipe multiprofissional, com o intuito de prestar todos os cuidados necessários à obtenção de saúde (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

2.7 ASPECTOS DO ACOLHIMENTO

De acordo com Brasil (2013a), existem diferentes sentidos que diz respeito ao acolhimento, e entre eles estão: acessibilidade; tecnologia do cuidado; organizador do processo de cuidado.

2.7.1 O acolhimento como instrumento de acesso: a acessibilidade

De acordo com Brasil (2013a), o acolhimento como facilitação de acesso se dá a partir do momento em que os mais diversos usuários são inclusos nos serviços de saúde, sejam eles pertencentes de grupos populacionais específicos (hipertensos, diabéticos, gestantes, e outros) ou aqueles que não se enquadram nesses critérios, mas que por alguma necessidade de saúde buscam atendimento.

Outro aspecto a ser considerado é a ampliação do acesso desses serviços, onde o acolhimento pressupõe um atendimento não só seguido por uma agenda programada, mas também através de uma demanda espontânea, onde haverá uma abordagem e atendimento de acordo com cada especificidade (BRASIL, 2013a).

2.7.2 O acolhimento como tecnologia de cuidado

O acolhimento faz parte das tecnologias leves, sendo marcado pelas relações entre profissionais e usuários, a partir do momento em que há escutas, construção de vínculos, nos modos em que é preciso lidar com o não previsto, nas formas de sensibilidade do profissional, assim como na questão ética situacional (BRASIL, 2013a).

As práticas acolhedoras podem favorecer a continuidade e redefinição dos serviços terapêuticos aos usuários, principalmente quando eles buscam na UBS atendimento através de demanda espontânea (BRASIL, 2013a).

2.7.3 O acolhimento como organizador do processo de trabalho

Numa demanda espontânea, o acolhimento gera algumas mudanças nas formas como as equipes se organizam, assim como no modo com que os trabalhadores lidam no aspecto do cuidado. Essas mudanças são necessárias para que haja uma nova forma de trabalho, de uma maneira acolhedora, não se restringindo, por exemplo, distribuição de senhas, implicando muitas vezes em filas extensas ou iniciadas em horários inapropriados até, como nas madrugadas (BRASIL, 2013a).

Outro aspecto de organização trazida pelo acolhimento diz respeito à atenção da equipe sobre o número de ofertas disponíveis para lidar com as necessidades dos usuários. Também pode incluir nessa organização uma escuta qualificada entre o profissional e usuário, e não somente uma triagem para atendimento médico (BRASIL, 2013a).

Além disso, as equipes multiprofissionais lotadas nas UBS precisam se organizar na maneira como é realizado o acolhimento, os atuantes, como serão avaliados os riscos e vulnerabilidades, o que fazer, quando encaminhar à consulta médica, entre outros. E para isso, é preciso que as equipes se mantenham atualizadas no que se refere à capacidade clínica, para que possa tomar atitudes diante das situações expostas, seja no reconhecimento dos riscos ou agravos ou nas realizações de intervenções (BRASIL, 2013a).

2.8 MODELAGENS DE ACOLHIMENTO

De acordo com Brasil (2013a), o acolhimento como facilidade de acesso, tecnologia do cuidado e instrumento organizador de trabalho permite obter novas perspectivas que facilitarão a construção de novas maneiras de atender o usuário na Atenção Primária.

Brasil (2013a) explica que não existe uma única maneira de fazer o acolhimento, em todos os contextos, mas há alguns caminhos que podem levar a diferentes possibilidades na obtenção de êxito.

Existem algumas modelagens de acolhimento que podem ser implantados para um novo modo de trabalho, segundo Brasil (2013a). São eles:

- **Acolhimento pela equipe de referência do usuário:** Neste tipo de acolhimento, o usuário é recebido e acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, ficando sob responsabilidade de um ou mais profissionais fazer a primeira escuta, disponibilizando as ofertas mais adequadas para que suas

queixas ou necessidades venham ser atendidas. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem: a) o enfermeiro da equipe realiza a primeira escuta, tanto da demanda espontânea quanto dos usuários agendados, deixando para o médico somente casos agudos; b) mais de um profissional realiza a primeira escuta dos usuários, organizando o acesso dos mesmos em um determinado momento, assumindo logo após suas demais atribuições; c) o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até certo momento, realizando suas demais atribuições após e transferindo a escuta para o técnico de enfermagem, mas permanecendo atento para qualquer intercorrência, junto ao médico. Entre as vantagens desse tipo de modelagem está a presença marcante do vínculo entre a equipe e a população abrangente, e uma das principais dificuldades é conciliar as atividades externas, como visitas domiciliares ou ações na comunidade, com os atendimentos espontâneos nos dias de maior procura.

- **Equipe de acolhimento do dia:** quando uma UBS possui mais de uma equipe, pode-se fazer uma espécie de revezamento entre elas na realização do acolhimento; o enfermeiro ou técnico de enfermagem de uma determinada equipe assume a responsabilidade de atender os pacientes da demanda naquele dia, sendo estes referentes de sua equipe ou da outra que não foi escalada para aquele dia. Nesse caso, todos os profissionais escalados no dia ficam disponíveis para atender os usuários, e os da outra equipe tem sua agenda livre para realizar atividades fora da UBS, somente atendendo os casos em que excederem as ofertas do dia, e em casos agudos. Uma das principais vantagens dessa modelagem é a facilidade de executar as ações e atividades programadas, mas também possui desvantagens, como menor vínculo entre a equipe e os usuários da área referente, em comparação com o acolhimento por equipe, por exemplo, e sobrecarga da equipe escalada, principalmente nos dias de grande demanda.
- **Acolhimento misto:** Este acolhimento pode-se dizer que é uma forma intermediária do acolhimento equipe de referência do usuário com equipe de acolhimento do dia, usada em UBS com mais de uma equipe. Para isso, determina-se certa quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de

cada equipe acolherá a demanda espontânea da sua área e também a quantidade de casos que serão encaminhados pelo acolhimento que serão consultados pelo médico dos usuários de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros deixa de agendar atendimentos para atender à demanda espontânea de todas as áreas caso o número de pacientes seja maior do que o previsto, e da mesma forma um dos médicos também não terá nenhum atendimento agendado, para atender aos casos encaminhados pelo acolhimento que ultrapassem o número determinado inicialmente de pacientes que cada um dos outros médicos atenderiam. Neste tipo de acolhimento faz-se necessária uma boa e intensa comunicação entre as equipes para facilitar o atendimento.

- **Acolhimento coletivo:** Neste caso, a equipe se reúne com os pacientes que foram até à UBS procurar atendimento através da demanda espontânea, realizam escutas e conversas com eles, podendo ser realizada em um consultório, por exemplo. Nessa ocasião, aproveita-se para informar à população o modo de funcionamento da UBS, como se dá o processo de trabalho das equipes, como são feitas as atividades de educação em saúde, entre outros. Para que todos os integrantes da equipe possam fazer parte deste tipo de acolhimento, é importante que as consultas agendadas sejam marcadas por hora, não agendando pacientes para o início do turno. Feito o acolhimento coletivo nesse primeiro momento, a equipe continua o trabalho com outro tipo de modelagem de acolhimento, garantido então o acesso aos usuários que cheguem durante o turno. Com este tipo de acolhimento obtêm-se alguns benefícios, como por exemplo, o envolvimento de toda a equipe na primeira escuta, a identificação de riscos e sofrimento mais evidentes, bem como a contribuição para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários. Porém, em alguns pontos podem-se existir alguns inconvenientes, como o constrangimento dos usuários, que podem se sentir expostos, e também gerar uma avaliação não tanto adequada dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, sendo necessária uma escuta individualizada.

Em alguns casos podem-se fazer algumas junções de elementos de diferentes modelagens. Como exemplo, os recepcionistas podem identificar sinais de maior risco, a partir do momento em que tem o contato direto com as pessoas que estão exercendo a

primeira escuta no processo do acolhimento. Outro instante diz respeito aos agentes comunitários de saúde, que podem perceber o risco, bem como podem ajudar na avaliação da vulnerabilidade (BRASIL, 2013a).

Os profissionais de saúde bucal também tem uma participação considerável nas junções de modelagens, através da introdução destes trabalhadores no processo da escuta qualificada; as necessidades de saúde bucal também são importantes no acolhimento, pois eventuais queixas podem ter relação com a saúde bucal e seja preciso uma avaliação específica (BRASIL, 2013a).

Existem várias formas de acolhimento quando se trata de demanda espontânea, por isso é interessante experimentar os diversos modelos, sejam separados ou em junção, mas atentando-se às respostas obtidas, mediante a análise das respostas encontradas, tanto pelos profissionais quanto pelos próprios usuários (BRASIL, 2013a).

2.9 DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O acolhimento como instrumento de eficácia para um bom atendimento na ESF tem por prioridade o amplo envolvimento da equipe multiprofissional nesse contexto. Contudo, alguns obstáculos são vistos mediante a tentativa de execução das práticas do acolhimento (TRINDADE, 2010).

Para Trindade (2010), não há mais espaço para aqueles funcionários que em horário de trabalho ficam folheando folders, revistas, comunicando-se no celular, resolvendo assuntos pessoais, conversando com colegas, enfim, fazendo com que o usuário esteja em segundo plano, tendo que esperar a boa vontade do funcionário para atendê-lo. Isto faz com que o serviço prestado seja de má qualidade, implicando em um atendimento ineficaz, bem como um não atendimento acolhedor ao usuário.

Outro fator importante na interferência do sucesso na execução do acolhimento diz respeito à rotatividade dos profissionais atuantes na UBS. A equipe formada passa por uma orientação quanto ao atendimento que deverá realizar à população, porém, com a rotatividade dos funcionários, tem-se uma interrupção de todo o processo trabalho que estava sendo praticado (TRINDADE, 2010).

Medeiros e colaboradores (2007) descrevem essa rotatividade como uma consequência de outras situações, internas ou externas à determinada organização. Dentre estas situações estão a oferta e procura de recursos humanos no mercado de trabalho, as oportunidades de crescimento no setor de trabalho, as políticas de organização entre outros. E tudo isso afeta todo o processo de trabalho que havia sido adotado anteriormente, acarretando mudanças nos serviços.

Silva (2009) também cita em seus estudos que a rotatividade profissional é considerada um problema na Atenção Primária. Para ele, isto dificulta uma melhoria da capacitação de recursos humanos. Ele ainda defende que para se avançar organização dos recursos humanos da ESF, deve-se existir uma conexão entre o trabalho das UBS, a equipe e o gestor.

Para Campos (2006), um grande desafio do exercício do acolhimento na ESF é a adoção do modelo usuário-centrado, em que o foco são as atividades preventivas, pois ainda predomina o modo médico-centrado, indo contra as propostas da Política Nacional de Humanização.

Rebello, Koopmans e Romano (2012) também descrevem essa dificuldade que impede a construção do acolhimento nas equipes de Saúde da Família. Segundo esses autores, as ações de saúde voltadas para a prática curativa, colaboram para que haja pouco espaço para se articular os saberes que ajudam executar o acolhimento, uma vez que as consultas são exclusivamente individuais.

A partir do momento em que há o predomínio das práticas curativas, tem-se um maior esforço para que os trabalhadores da Atenção Primária consigam realizar as ações educativas e conseqüentemente implantar o acolhimento, pois os usuários estão acostumados a este tipo de modelo de atendimento, e cabe à equipe multiprofissional criar alternativas para que se mude essa concepção e até mesmo entre os próprios funcionários (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Através das ações exercidas pela ESF pode-se viabilizar uma estruturação de cidadania perante os usuários, por meio do contato direto entre a equipe e a população, onde há a criação de vínculos. Porém, existe a chance de ocorrer uma contradição às propostas de acolhimento a partir do momento em que há o estreitamento de vínculos, gerando assim dependência e medicalização (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Outro problema existente nas relações entre o profissional e o usuário, visto no dia a dia nas práticas realizadas na ESF, é a deficiente troca de saberes, em que leva o afastamento da percepção das necessidades de saúde da população (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

Araújo e Rocha (2007) trazem em seus estudos as diversas subjetividades de cada profissional, aliadas ao contexto profissional, que de uma maneira ou outra influenciam todo o processo de trabalho. Apesar disso, esses autores ressaltam que é possível viabilizar o serviço da equipe, a partir do momento em que se faz uma redefinição de responsabilidades e competências de cada trabalhador.

2.10 ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO

A partir da conceituação e entendimento do que é o acolhimento, surge então a necessidade de buscar estratégias para praticá-lo nos serviços de saúde da ESF.

O acolhimento precisa ser efetuado em todos os aspectos do atendimento à saúde, em todo momento, desde a entrada do usuário na UBS, passando-se pela recepção, até o atendimento feito pelo profissional responsável e capacitado para atendê-lo (SOARES, 2011).

Em sua revisão literária, Trindade (2010) diz que, primeiramente, para se executar um serviço de acolhimento na ESF, os profissionais integrantes da mesma necessitam buscar o conhecimento sobre tal assunto, precisam entender sobre as recomendações e orientações requeridas pelo acolhimento, para que, a partir de então, possa-se realizar de modo satisfatório e eficaz todas as ações voltadas para este assunto.

De acordo com Trindade (2010), não é admissível qualquer negligência por parte dos funcionários encarregados de prestar uma acolhida ao usuário, todos devem ter ciência de que esta ferramenta é um alicerce para um atendimento com qualidade efetiva numa UBS, sendo então de responsabilidade dos profissionais da mesma se envolverem nesse contexto.

O acolhimento, como principal ferramenta da ESF, exige uma nova visão sobre o fazer em saúde, a partir do momento em que assume uma posição de diretriz operacional. Essa nova visão então passa a ser o ponto de partida para a formulação das práticas para se efetivar o acolhimento nos serviços de saúde (TRINDADE, 2010).

Para que o acolhimento seja exercido de modo efetivo, os integrantes das equipes responsáveis por atender o usuário precisam ser qualificados para tal função, e a partir de então, poder realizar toda e qualquer assistência à população, de modo que possa recepcionar, escutar, tomar decisões e outras séries de procedimentos necessários para prestar um acolhimento adequado e assim promover saúde, seja individual ou coletivamente (SOUZA; ROCHA; VILAR, 2008).

Para determinar qual modelo de acolhimento será mais adequado para determinado local, é preciso atentar para os fatores relacionados a esse método, como por exemplo, a quantidade de equipes atuantes na UBS, os trabalhadores que participarão do processo do acolhimento, as especificidades dos usuários, a própria UBS, entre outros (BRASIL, 2013a).

Trindade (2010) ensina que para acolher é necessário que a equipe observe atentamente a comunidade adstrita, sabendo em qual contexto ela está inserida, tomando por conhecimento a sua diversidade cultural e racial, e destaca alguns complementos necessários para realizar o acolhimento, como se observa a seguir:

- Relação estabelecida e conjunta entre o gestor e a equipe de trabalho;
- Uma educação permanente a fim de qualificar o atendimento dos profissionais para que possam oferecer um serviço aprimorado de assistência à família;
- Atenção à saúde da comunidade;
- Qualidade de trabalho à equipe multiprofissional;
- Processo de trabalho dinâmico na área abrangente;
- Resolubilidade das ações;
- Respeito ao profissional da área de saúde pública.

Todos os componentes da equipe multiprofissional responsável por atender a comunidade de abrangência deve saber sobre o acolhimento em si, suas recomendações e orientações, para executar as ações com integridade, proporcionando satisfação ao usuário (TRINDADE, 2010).

O acompanhamento das famílias implica uma responsabilidade da equipe de trabalho em criar e se manter constante entre os atores do acolhimento, ou seja, entre a equipe, o serviço e o usuário, obtendo, assim, um atendimento de qualidade (TRINDADE, 2010).

Trindade (2010) observa que para trabalhar o acolhimento na ESF, a equipe precisa se atentar para ações que favoreçam aos pacientes uma recepção adequada, assim como

uma escuta humanizada, para que as demandas sejam expostas claramente pelo usuário e compreendida pela equipe. Fundamenta-se que, quando possível, haja confiança e apoio entre ambas as partes.

Algumas situações no processo de trabalho causam tensões entre a equipe, ou entre a equipe e o usuário, e a exemplo disso pode-se perceber quando ocorre mudança nos modos de fazer o acolhimento, ou simplesmente na implantação do mesmo, e por esse motivo, é fundamental que haja solidariedade entre os trabalhadores, e também vale ressaltar a importância da cooperação entre os usuários e a equipe (BRASIL, 2013a).

Além disso, para que o acolhimento seja realizado pelos membros da equipe, é importante que os princípios doutrinários do SUS sejam exercidos em conjunto, sendo eles a integralidade, acessibilidade e universalidade da assistência (TRINDADE, 2010).

O ato de escuta é um fator primordial para o acolhimento, momento em que o usuário lança suas necessidades, expõe todos os seus problemas, suas queixas, buscando ser atendido. Nesse momento, o profissional busca entendê-las para que a partir de então possa traçar maneiras de intervir a fim de proporcionar resolução aos problemas referidos pela demanda (LUZ et. al., 2013).

Para que o acolhimento seja feito da maneira correta, a equipe precisa se envolver de modo a gerar as práticas e ações devidas para aquele problema, onde toda a equipe se compromete a atender aquele usuário da melhor forma possível (LUZ et. al., 2013).

Luz e outros autores (2013) também mostram que esse envolvimento entre os sujeitos favorece a relação de interação entre a equipe e o usuário, evidenciando que o diálogo necessariamente deve ser feito com ética e responsabilidade, sobretudo assumindo por parte do profissional uma visão holística sobre o usuário.

BRASIL (2001) traz em seu estudo literário que o acolhimento não deve se resumir ao ato de receber, mas deve ser incorporado às relações humanas de trabalho, por todos os profissionais lotados na ESF, ou seja, o acolhimento não é somente recepcionar o usuário de uma forma adequada, de uma maneira gentil, mas requer ações praticadas pela equipe de funcionários da UBS a fim de atender as necessidades expostas.

Brasil (2001) mostra pontos necessários para se acolher: escuta, atenção e valorização dos problemas expostos, bem como a identificação das necessidades e as devidas intervenções executadas pela equipe responsável pelo atendimento ao paciente.

Assim, o acolhimento, para sua eficaz execução, exige uma mudança significativa no modelo assistencial, priorizando a humanização do atendimento. Para isso devem-se reorganizar as ações e serviços de modo a suprir as demandas e necessidades de saúde (SILVEIRA et. al., 2004).

Beck e Minuzi (2008) apontam que na prática do acolhimento é essencial assumir uma postura solidária e de respeito diante do usuário, valorizando suas questões humanas, todo o seu contexto subjetivo. Esses autores ainda identificam que alguns fatores como, a universalidade, a humanização, a reorganização do processo de trabalho e a resolutividade são fatores que propiciam um bom acolhimento.

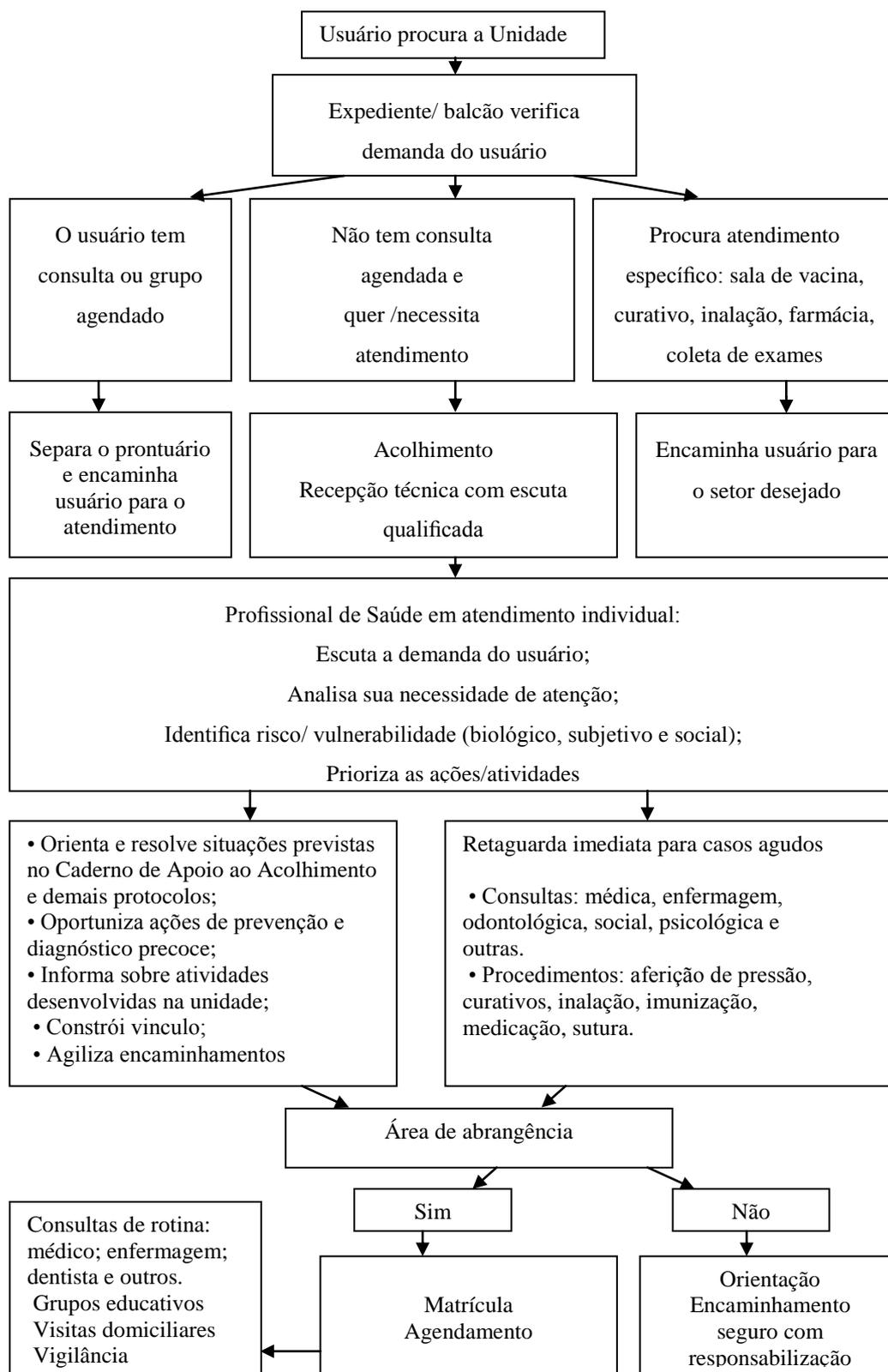
Fontoura e Mayer (2006) reforçam em seus estudos que através da PNH, os usuários passam a ter suas demandas subjetivas atendidas; essa política propõe um foco na dignidade dos usuários em situações que necessitem de cuidados e atenção, gerando assim um serviço humanizado, conseqüentemente acolhedor.

Fontoura e Mayer (2006) expõem que o acolhimento, a humanização, a integralidade e cuidado estão interligados na prestação dos serviços de saúde. Esses autores afirmam que não há como atender um usuário de maneira integral se ele não tiver sido acolhido e recebido um atendimento humanizado.

Parar realizar as práticas integrais precisa-se, sobretudo, atender de forma humanizada, com cuidado e de forma acolhedora, dando importância à subjetividade e cidadania dos indivíduos. Desta forma, as UBS precisam de recursos humanos e tecnológicos para que sejam diminuídas ou até mesmo eliminadas as necessidades sofridas pela comunidade, bem como os fatores das quais se originam os problemas dos usuários (FONTOURA; MAYER, 2006).

Capozzolo e colaboradores (2004) apontam a necessidade da existência de espaços nos serviços de saúde para que os profissionais da equipe possam, de maneira coletiva, discutir sobre os casos surgidos na UBS, o processo de trabalho, a regulamentação e adequação das normas, protocolos, bem como as orientações seguidas frente à realidade do local de abrangência. Com isso, podem-se desenvolver fluxogramas e normas de atendimento, direcionando todos os passos para se executar o acolhimento na ESF, pois os membros da equipe multiprofissional atuante na UBS são os principais atores no que diz respeito às ações do acolhimento, recebendo o usuário, conhecendo sua demanda, produzindo cuidado e realizando a tomada de decisões e intervenções (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de acolhimento



Fonte: 1º Caderno de apoio ao acolhimento, SP, 2004.

Capozzolo (2004) defende que o mais importante não é encontrar uma definição correta para o acolhimento, mas que seja esclarecido quais os seus pontos principais, os seus objetivos e propósitos para que seja possível exercer, mediante a cada situação vivenciada, práticas que colaborem para uma melhoria na assistência dos usuários dos serviços de saúde.

2.11 ACOLHIMENTO EM ALGUNS GRUPOS ESPECÍFICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.11.1 Acolhimento ao portador de Diabetes Mellitus

A população brasileira tem passado por mudanças em seu perfil epidemiológico e demográfico, com isso há uma necessidade de implementação de políticas públicas direcionadas às doenças não transmissíveis, como por exemplo, o Diabetes Mellitus (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

O Diabetes Mellitus é um agravo não transmissível, faz parte do grupo de doenças metabólicas e caracteriza-se pela hiperglicemia, que pode ser resultado de uma deficiência na secreção e/ou ação da insulina (BRASIL, 2006).

Muitas complicações podem estar associadas a esta doença, assim como disfunções e a insuficiência de órgãos, entre os quais estão os olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. O Diabetes Mellitus possui altos índices de morbi-mortalidade, com diminuição significativa da qualidade de vida de seus portadores (BRASIL, 2006).

Esta doença está entre as principais causas de mortalidade e hospitalizações, e é um dos fatores de risco para as complicações das doenças do aparelho circulatório como a insuficiência renal, amputação de membros inferiores, insuficiência cardíaca, entre outros (BRASIL, 2006).

De acordo com Assunção, Santos e Gigante (2001), os serviços de saúde destinados aos diabéticos devem funcionar de modo hierarquizado, em que a base é o nível primário de saúde e os recursos locais, e as necessidades da população precisam ser priorizadas, com um atendimento efetivo e com qualidade de assistência.

Giovanella (2006) declara que os portadores de doenças crônicas, entre as quais o diabetes, precisam utilizar o sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção, e para

que os procedimentos sejam efetivos, é importante que a Atenção Primária realize a coordenação entre os níveis de atenção.

De acordo com Tresse (2008), a atenção primária possui características fundamentais que fazem o primeiro contato do usuário com o sistema, um ponto relevante desse serviço, pois é nesse primeiro momento em que o usuário tem as oportunidades de inserir-se nos serviços, e no caso daqueles que tem doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus, optar pela adesão ao tratamento.

A atenção primária é um instrumento importante para que os portadores de doenças crônicas obtenham qualidade nos serviços prestados, a partir do momento em que é efetuado um atendimento integral e continuado. Através de equipe multiprofissional, os diabéticos recebem os cuidados e tem a garantia de encaminhamento para os serviços especializados, se houver necessidade (TRESSE, 2008).

Tresse (2008) ressalta a importância dos serviços da Atenção Primária no atendimento aos diabéticos, porque é nesse nível de atenção que se inicia o atendimento de maneira integral, por meio de ações de promoção de saúde, do diagnóstico precoce e do acompanhamento a esses usuários.

As equipes de Saúde da Família são responsáveis por reconhecer os agravos dos usuários, que precisam ser cadastrados e acompanhados continuamente. Essas equipes tem como estratégia principal a organização dos serviços de acordo com os preceitos do SUS. Entre essas estratégias realizadas pelo ESF está o controle do Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006).

Na ESF, os diabéticos estão entre os grupos que necessitam de prioridade de atenção, precisam receber cuidados e acompanhamento integral. A ESF tem a responsabilidade de fazer a busca ativa de casos de sua região abrangente (TRESSE, 2008).

Uma particularidade do modelo de assistência prestado pela ESF é o vínculo criado entre os usuários e os funcionários da equipe multidisciplinar, e isto é um fato importante e até mesmo decisivo para que o paciente faça adesão ao tratamento. A relação acolhedora estabelecida entre os profissionais e o paciente é fundamental para que haja efetividade nos serviços prestados (TRESSE, 2008).

Segundo Tresse (2008), a qualidade da atenção primária inicia-se a partir do vínculo que se estabelece entre o profissional e o usuário, e isto pode ser obtido quando se realiza um acolhimento no momento em que o paciente procura o serviço básico de saúde. A

eficácia do tratamento aos diabéticos também depende de como o usuário é acolhido na ESF.

Tresse (2008) destaca a importância da Atenção Primária na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Estes autores ressaltam a necessidade da integralidade do sistema, o gerenciado de modo eficaz e mais produtivo, bem como uma maior abrangência e redução de custos. Assim como os demais portadores de doenças crônicas, os diabéticos precisam desse atendimento integral, dessa atenção destinada ao seu agravo.

A UBS é responsável pelos usuários adstritos em seu território, e essa responsabilidade também se estende à humanização dos serviços. A equipe precisa estabelecer um vínculo interpessoal que propicie uma cooperação entre os trabalhadores e os pacientes. Nesse aspecto, o acolhimento favorece esse vínculo, e dessa forma os diabéticos tem a possibilidade de receber atendimentos mais efetivos (IBAÑES et. al., 2006).

Os diabéticos, por fazerem parte de um grupo prioritário de atenção, devem receber um cuidado de qualidade, e isso pode ser obtido através da prática do acolhimento, realizado por toda a equipe de trabalho da ESF. Schimith e Lima (2004) apontam que os meios para o acolhimento precisam ser aplicados por todos profissionais de saúde, para que o processo de trabalho em saúde possa se reorganizar, e assim influenciar de forma positiva na qualidade do cuidado aos pacientes.

A Saúde da Família precisa ser vista como uma estratégia organizadora da atenção primária em saúde, e deve ser base de um sistema de saúde centrado em resultados em que é possível perceber a resolutividade e qualidade de assistência. Por exemplo, as hospitalizações dos diabéticos podem ser reduzidas a partir do momento em que esses pacientes são inseridos na atenção primária e recebem um tratamento adequado (MENDES, 2001).

Mendes ressalta a relevância de realizar ações de prevenção de promoção à saúde pela ESF. A partir dessas ações pode-se alcançar o princípio da integralidade, mudando o modelo tradicional das práticas exclusivamente curativas. Com isso, muitos usuários podem ter uma expectativa de vida maior, deixando de adquirir, portanto, o Diabetes Mellitus, que pode ser em muitos casos um agravo evitável (MENDES, 2006).

2.11.2 Acolhimento ao portador de Hipertensão Arterial

Um grande problema de saúde pública consiste na hipertensão arterial sistêmica, com uma prevalência média de 32% no Brasil. Nota-se um aumento desse índice em pessoas idosas, pois em indivíduos entre 60 e 69 anos a média é de 50%, chegando a 75% em pessoas com mais de 70 anos (BRASIL, 2013b).

De acordo com Brasil, (2013b), a hipertensão arterial é uma condição clínica, causada por múltiplos fatores, e caracteriza-se por elevação da pressão arterial.

A hipertensão arterial relaciona-se com frequência a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Também se associa a alterações metabólicas, com um grande risco para patologias cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

O acompanhamento aos portadores da Hipertensão Arterial é realizado pela equipe de Saúde da Família, que atua na UBS situada em região próxima de suas moradias, pois é necessário que a assistência à saúde seja de fácil acesso. Isto favorece o acompanhamento dos hipertensos, que podem dar seguimento ao tratamento e receber os cuidados necessários da equipe de Saúde da Família (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

Segundo Brasil (2013), a Atenção Primária tem uma importância relevante nas ações de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial dos usuários., com ações individuais ou de forma coletiva.

As UBS são a primeira referência que a população tem em relação à prevenção e promoção de saúde, onde podem receber orientações dos profissionais da ESF. Porém, a busca por essas informações muitas vezes não acontece, e o que ocorre é a procura pela UBS quando há alguma enfermidade (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

No estudo feito por Faquinello, Carreira e Marcon (2009), observa-se que muitos hipertensos se dirigem até a UBS quando já apresentam algum sintoma patológico, ou basicamente em três ocasiões específicas: fornecimento de medicamentos, exames laboratoriais ou consultas médicas. Alguns não aceitam ou não percebem que são portadores de uma doença crônica, e então não buscam apoio da UBS para enfrentar o seu problema.

Essa problemática em fazer com que os hipertensos entendam que possuem uma doença crônica gera uma adesão ao tratamento de forma inadequada, ou até mesmo uma recusa. Muitas vezes não é fácil convencer um hipertenso de que ele precisa mudar seus hábitos de vida ou que deve fazer o uso correto das medicações prescritas para controlar sua hipertensão arterial (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

Uma das atribuições, e também um grande desafio para as equipes da Atenção Primária é acompanhar de maneira regular todas as pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, incentivando-as a aderir o tratamento (BRASIL, 2013b).

Faquinello, Carreira e Marcon (2009) ressaltam que a recusa ou a adesão inadequada ao tratamento da hipertensão é uma questão complexa e de múltiplos fatores, em que não depende somente do indivíduo acometido pela doença, mas que envolve, por exemplo, o apoio da família, seja na mudança da rotina familiar, seja no incentivo à terapêutica do indivíduo.

A hipertensão arterial gera uma série de riscos ao indivíduo que não adere ao tratamento, ou o faz de maneira inadequada. Uma das causas deste problema é que esta doença é crônica e pode apresentar um quadro assintomático (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

Diante disso, a ESF tem a responsabilidade e o dever de identificar as demandas trazidas pelos usuários hipertensos e traçar planos para atendê-los, com a finalidade de solucionar suas necessidades, ou amenizá-las, e se for preciso, fazer os devidos encaminhamentos a outros serviços (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

Nessa perspectiva, o acolhimento aos hipertensos é primordial para que a identificação das demandas e queixas seja feita de maneira adequada e resolutive, pois através do acolhimento realizado pela ESF, pode-se reorganizar o processo de trabalho e replanejar as ações da equipe para esses indivíduos, de modo que seja feito um acompanhamento integral e contínuo (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

Faquinello, Carreira e Marcon (2009) afirmam que o acolhimento precisa ser praticado, mas deve ser diferenciado de uma triagem qualificada ou somente de uma escuta à demanda trazida pelo hipertenso. O acolhimento infere um conjunto de ações e intervenções que podem ajudar o hipertenso a enfrentar o seu problema.

O acolhimento é uma maneira de humanizar os serviços de saúde, e vai além da produção de saúde direcionada à cura, mas requer uma execução de práticas centrada na

assistência de qualidade ao usuário de uma forma integral (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010).

Sob esta mesma perspectiva, Silva e colaboradores (2012) explica que o vínculo, a integralidade e a satisfação dos usuários são produtos do processo de trabalho da equipe de saúde que presta a assistência. Santos (2010) também aponta em sua pesquisa que a integralidade precisa se iniciar na organização do processo de trabalho no setor da Atenção Primária, de um modo em que haja atuação de toda a equipe ao prestar a assistência.

O princípio da integralidade é algo que precisa ser respeitado, e para que isto seja exercido, é necessário praticar o acolhimento durante todo o atendimento do usuário na UBS. Em seus estudos, Silva e colaboradores (2012) mostram que os usuários valorizam a atenção obtida no momento do atendimento, desde a recepção até a consulta, favorecendo assim a criação de vínculo entre o profissional e o paciente.

Silva e outros autores (2012) mostram em sua pesquisa que muitas vezes os pacientes são rotulados apenas por sua morbidade, ou seja, são vistos apenas como um grupo de hipertensos que se deslocam até a UBS para receber algum atendimento. Neste contexto, a subjetividade destes usuários não é levada em consideração e isto faz com que eles percam sua individualidade, ocasionando então um entrave ao cuidado humanizado.

Conhecer e compreender as necessidades de saúde do usuário, valorizando a realidade de cada um, bem como sua subjetividade, potencializa a transformação das práticas de saúde, de modo a incorporar o acolhimento e o vínculo no processo de trabalho, favorecendo um atendimento com responsabilidade e resolubilidade (SILVA et. al., 2012).

Pode-se afirmar então que o acolhimento é um instrumento essencial para a execução de um cuidado baseado na individualidade e integralidade. Dessa forma é possível iniciar um vínculo entre a equipe de saúde e o hipertenso, atribuindo uma importância para o relacionamento terapêutico, evitando-se que ocorra uma evasão e déficit da adesão ao tratamento (SILVA et. al., 2013).

Quando este acolhimento não acontece, os serviços se tornam precários, e os objetivos da atenção primária não são alcançados. Sem um atendimento de qualidade aos

hipertensos, pode-se dizer que esses usuários são negligenciados e com isso a busca pela promoção da saúde não é obtida (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

Faquinello, Carreira e Marcon (2009) explicam em sua produção literária que a prestação de serviços de saúde precisa ser realizada com responsabilidade e humanização, pois assim pode-se atingir uma ampliação da capacidade dos profissionais da equipe em atender o usuário de maneira resolutiva, e o acolhimento é uma das ferramentas para que o usuário não saia da UBS sem uma resposta à sua demanda.

A partir dessa responsabilidade e humanização é possível também reduzir a centralização no atendimento médico, e faz com que o usuário perceba que os outros profissionais da equipe também podem o ajudar em suas necessidades, criando assim uma relação de confiança entre os hipertensos e os trabalhadores da equipe atuantes na UBS (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2009).

2.11.3 Acolhimento à gestante

A atenção obstétrica é uma das prioridades nos serviços de saúde, pois reflete na saúde materna e neonatal. É fundamental que se tenha uma assistência adequada às gestantes, com ações de prevenção e promoção da saúde a este grupo, além do acompanhamento necessário durante todo o período de gravidez (BRASIL, 2005).

Essa atenção obstétrica precisa ter como principais características a qualidade e a humanização. A equipe de saúde responsável por atender as gestantes deve acolhê-las, e fazer isto com dignidade, sobretudo com a evidência de serem sujeitas de direitos (BRASIL, 2005).

Para que os serviços tenham qualidade e humanização, alguns recursos são essenciais, como a organização das rotinas de procedimentos e o estabelecimento de relações éticas entre a equipe e a gestante, que possa gerar uma garantia de privacidade e autonomia, além de fazer com que as decisões necessárias sobre as condutas adotadas sejam compartilhadas com a usuária e sua família (BRASIL, 2005).

Uma dimensão fundamental da política de humanização é o acolhimento, e as gestantes, como grupo prioritário de atendimento, necessitam dessas práticas acolhedoras durante todo o seu acompanhamento nessa fase da vida, além de todo apoio da ESF (BRASIL, 2005).

As práticas acolhedoras às gestantes envolvem, por exemplo, a recepção da mulher à UBS, a escuta às suas queixas, a permissão dela em manifestar suas preocupações e suas emoções. Esta escuta é aberta, sem qualquer tipo de opiniões pessoais de maneira preconceituosa ou de julgamentos, possibilitando uma relação em que se estabeleça confiança entre a gestante e os profissionais. Desse modo, há um fortalecimento dos laços entre a mãe e criança, bem como uma segurança no seu período de gestação (BRASIL, 2005).

O diálogo entre o membro da equipe e a paciente deve ser realizado de modo profundo; a gestante precisa ser ouvida, com a liberdade de expressar seus pensamentos e sentimentos, e a equipe deve escutá-la e tentar compreendê-la, auxiliando e orientando no que for preciso (GONÇALVES, 2009).

Gonçalves (2009) também evidencia que o diálogo é essencial na assistência à saúde. Esse autor afirma que quando se estabelece um diálogo entre a gestante e a equipe de saúde responsável por ela, cria-se uma relação de vínculo e confiança.

Praticar o acolhimento às gestantes também implica em dar uma atenção resolutiva e articulada com os outros serviços de saúde, se houver necessidade, para que essas mulheres tenham sua assistência continuada (BRASIL, 2005).

Outro ponto do acolhimento, e dever da equipe de saúde, é a compreensão dos diversos significados trazidos por essa gestação, bem como a sua importância para mulher e para sua família, principalmente se a usuária for uma adolescente, ou estiver classificada em algum grupo de risco (BRASIL, 2005).

Conhecer o contexto vivenciado por cada gestante é decisivo para o desenvolvimento, tanto da gestação, quanto da relação que irá se estabelecer entre a mulher e a criança, desde os primeiros momentos após o parto. A equipe de saúde tem um papel importante no que diz respeito às orientações e ações de promoção de saúde, nas diversas possibilidades de situações vivenciadas pelas gestantes (BRASIL, 2005).

Saber sobre a história da mulher também interfere no processo do aleitamento, condição básica para um desenvolvimento saudável da criança. Também ajuda a fortalecer os vínculos entre família, pois tem se tornado frequente a participação do pai nas consultas de pré-natal, por exemplo. A equipe de saúde deve estimular a presença da família no acompanhamento à gestante (BRASIL, 2005).

Assim, o acolhimento às gestantes também se estende aos seus parceiros, visto que é uma fase em que surgem muitas dúvidas, e o compartilhamento dessas preocupações com a equipe de saúde é importante para que a família obtenha ajuda e reposta para as questões demandadas (BRASIL, 2005).

A equipe atuante na ESF precisa entender que lidar com o usuário é um desafio constante, pois cada um possui sua singularidade, e são várias situações apresentadas a cada dia na UBS. Em relação às gestantes, essas situações se tornam muitas vezes complexas, seja pelo contexto social que a mulher está inserida, seja pela situação de saúde que ela apresenta, e a equipe precisa ser competente para trabalhar em cada circunstância exposta (BRASIL, 2005).

Apesar dos serviços de saúde prestarem atendimento de modo prioritário no que diz respeito à atenção obstétrica, um estudo feito por Rocha (2004) aponta que existe certo afastamento entre o profissional e as usuárias gestantes. Por isso, tem-se exigido a formulação de políticas públicas de saúde, a fim de proporcionar uma assistência integral às gestantes.

Malta e outros autores (2000) explicam que para ter um atendimento de qualidade, deve-se fazer associação do acolhimento ao vínculo, e que isto tem uma importância no processo de trabalho, e deve ser aspirado por todos os profissionais da equipe.

Porém, nem sempre há essa postura profissional e o que se encontra é a ausência do acolhimento, quando as questões subjetivas das gestantes são ignoradas. A falta da interação da equipe com a usuária impossibilita a criação de um vínculo e isso gera uma insatisfação por parte dessas mulheres, e o que se observa é um descompromisso a essa assistência (ROCHA, 2004).

Brienza (2005), em seus estudos, mostra que as gestantes e os próprios profissionais apontam que a humanização não está presente em muitas assistências de pré-natal, o que representa uma das principais barreiras na saúde.

O Ministério da Saúde tem conhecimento da inexistência da humanização no atendimento às gestantes, aliada à falta de capacitação da equipe, e por isso tem buscado uma melhoria nesse sentido, tem incentivado a equipe multiprofissional a prestar os serviços a essas mulheres através de uma atenção qualificada e humanizada, colocando o acolhimento como principal ferramenta de trabalho (GONÇALVES, 2009).

A humanização dos serviços busca solucionar essas questões em relação a atenção na saúde às gestantes, para que elas sejam valorizadas e tenham seus devidos atendimentos realizados com eficácia e com uma assistência baseada no acolhimento e vínculo com a equipe que as recebem e que fazem o acompanhamento (GONÇALVES, 2009).

Além disso, é preciso enfatizar que o pré-natal representa, em diversos casos, a única chance que as mulheres tem para receberem atendimento nos serviços de saúde, e por esse motivo é de grande relevância que essa assistência seja efetuada de um modo ampliado (GONÇALVES, 2009).

Algumas condutas adotadas pela equipe de Saúde da Família, como proporcionar um tratamento pessoal, acolher de um modo que valore o lado subjetivo da gestante, participar de decisões, dialogar de uma maneira informal, podem colaborar para um atendimento de qualidade e que satisfaçam essas mulheres (GONÇALVES, 2009).

A interação entre o profissional e a gestante é um ponto importante na hora do acolhimento, pois nem sempre a usuária consegue explicitar suas preocupações ou sentimentos, e a equipe precisa estar atenta para perceber momentos de alterações emocionais, por exemplo, e estabelecer uma comunicação que facilite a interação entre ambas as partes (GONÇALVES, 2009).

Na pesquisa realizada por Gonçalves (2009), evidenciou-se que em um acolhimento bem estabelecido no período do acompanhamento de pré-natal, pode-se desenvolver uma relação de afinidade entre o profissional e a gestante. Quando o profissional reconhece que as necessidades da gestante precisam ser acolhidas, muitas vezes em momentos além das consultas, faz com que o vínculo seja formado e as gestantes tenham liberdade para buscar o apoio na UBS quando necessitarem.

2.11.4. Acolhimento ao homem

O Ministério da Saúde criou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, formalizada em 27 de agosto de 2009, com o objetivo de atingir todos os aspectos da saúde da população masculina, visto que este grupo não possuía nenhuma prioridade de atenção nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2008).

Essa política busca garantir a promoção e proteção dos direitos da saúde do homem, corresponsabilidade quanto à saúde, contribuindo para uma qualidade de vida desta população, à medida que reduz as causas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2008).

Embora haja políticas públicas de saúde voltadas para a população masculina, observam-se barreiras que impedem os homens de procurarem os serviços na Atenção Primária, como a não percepção de sua vulnerabilidade, e nota-se então uma ausência dos homens nas UBS (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Couto e outros autores (2012) mostram índices que comprovam essa ausência da população masculina na Atenção Primária. Em seus estudos, expõe-se que as mulheres procuram mais serviços para realizar exames e consultas de rotina, lotando mais as UBS, enquanto os homens procuram mais em casos de doença, com destaque para a busca de serviços em pronto-socorro, farmácia e ambulatórios de sindicatos.

Um estudo feito por Figueiredo (2004) também evidencia a busca por atendimento de saúde, por parte dos homens, em locais como farmácias ou pronto-socorro, por considerarem esses serviços mais rápidos e objetivos, e com mais facilidade para expor a sua demanda.

Além disso, boa parte dos homens consideram as UBS um local feminino, visto que grande número de usuários são mulheres, bem como a composição das equipes de saúde. Nesse caso, os homens se sentem constrangidos, com a sensação de não pertencerem aquele espaço (FIGUEIREDO, 2004).

Outro fato citado por Figueiredo (2004) é a própria UBS como fator de afastamento dos homens a esse nível de atenção. As UBS, na maioria de suas ações, não disponibilizam atividades direcionadas à população masculina. Desta maneira, cria-se uma barreira entre a interação entre a equipe de saúde e suas ações com a população masculina.

Através de estudos realizados por Figueiredo (2004), pode-se comprovar que a população masculina apresenta várias dificuldades quando se trata da procura dos serviços de saúde. Este autor traz em sua pesquisa que os homens optam por adiar a procura pelo atendimento, fazendo-o apenas quando não conseguem mais lidar com as enfermidades apresentadas.

A partir desta constatação, as equipes de Saúde da Família precisam ter uma ampla visão dos perfis dos pacientes que vão até a UBS e conhecer quais são as dificuldades que distanciam os homens dos serviços de saúde, elaborando estratégias para alcançar este público (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Neste sentido, Figueiredo (2004) fala sobre o desafio das equipes de saúde da Atenção Primária em aumentar a visibilidade das necessidades típicas dos homens e

compreender o contexto sociocultural no qual eles estão inseridos, e a partir de então promover ações mais efetivas no que diz respeito ao cuidado em saúde deste público.

O público masculino possui particularidades que precisam ser percebidas e entendidas, analisando o modo como este grupo é inserido na sociedade. A partir de então, é possível identificar e analisar os diversos perfis de saúde e doença assumidos pelos homens (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

Neste sentido, a ESF tenta trazer este grupo social aos serviços de saúde, a começar pelas práticas adotadas pela equipe nas UBS, como o acolhimento (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

Estudos feitos por Storino, Souza e Silva (2013) indicam que os homens sentem-se satisfeitos quando são atendidos de uma maneira acolhedora, quando possuem algum vínculo com os profissionais ou mesmo com a equipe que o atende, e isso dá suporte para que eles retornem à UBS em outros momentos, e sejam atendidos integralmente.

Para que o acolhimento na saúde do homem seja exercido efetivamente e se torne uma propriedade nas práticas de saúde da atenção primária, é preciso que seja reformulado o planejamento de ações e ampliados os produtos de atenção para este grupo, além da equipe estar disponível para ouvir e atender as demandas trazidas pelos usuários (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

Através de relatos de uma população masculina, Storino, Souza e Silva (2013) constataram que o acolhimento não esteve presente em outros níveis de atenção à saúde, gerando insatisfação com alguns serviços. Isto evidencia que para o usuário, as falhas no acolhimento são indicadores de que os serviços prestados estão ou não correspondendo as suas necessidades, qualificando então a assistência obtida nos serviços de saúde.

Storino, Souza e Silva (2013) ressaltam que o acolhimento não é uma característica específica da atenção primária, e reforça que em toda rede de atenção devem existir práticas acolhedoras, para que a integralidade de atendimento seja efetivada, atendendo assim as necessidades da população usuária dos serviços de saúde.

O sistema de saúde, em todos os níveis de atenção, precisa criar possibilidades de acolhimento ao público masculino, a começar pela ESF, que é a porta de entrada para os serviços de saúde, e através disso tem-se a chance de tornar a saúde do homem mais

visível, contribuindo assim para a integralidade da assistência (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

2.11.5 Acolhimento à criança

Entre as ações principais do Ministério da Saúde está cuidado à saúde infantil, com programas desenvolvidos que atuam para uma assistência adequada e eficaz às crianças, sobretudo com um atendimento humano e de qualidade (BRASIL, 2004b).

A atenção à saúde da criança significa um marco entre as ações de saúde, ao sugerir o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado. A adesão desta política caracteriza-se como um passo fundamental para que se reconheçam os direitos da criança (ERDMANN; SOUZA, 2009).

A ESF, implantada pelo Ministério da Saúde, é um serviço de referência para o atendimento infantil, à medida que segue a política de reorganização do modelo de atenção à saúde, e tem como norteadores os princípios do SUS (ERDMANN; SOUZA, 2009).

Em relação às crianças, esses princípios norteadores compreendem atividades intersetoriais que permitindo que cada profissão atue de modo a permitir ações que abrangem um acesso universal, o acolhimento, a integralidade da assistência, bem como a equidade e a participação familiar, entre outros. Esse modelo de assistência colabora para a realização de um acompanhamento infantil com um atendimento humanizado, e também para a construção do vínculo entre as famílias e as equipes de saúde (BRASIL, 2004b).

Sobre o acolhimento infantil, Brasil (2004b) diz que toda criança que vai até o serviço de saúde precisa receber uma escuta qualificada, com o propósito de instaurar uma relação de cidadania e de humanização, a fim de fazer uma correta identificação do problema e determinar o encaminhamento para a resolução da demanda da forma mais apropriada possível.

Através das práticas acolhedoras, é possível estabelecer um vínculo entre a família da criança e os profissionais da ESF, favorecendo uma relação de afeto e responsabilidade perante os usuários. Por meio da acolhida às demandas levadas pelos responsáveis até a UBS, os profissionais podem transmitir apoio para enfrentar as situações adversas, assim como mudar o quadro apresentado pela criança (ERDMANN; SOUZA, 2009).

A partir disso, a criança fica sujeita a se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que garanta uma melhor compreensão dos problemas expostos e que propicie uma atenção e aos seus direitos. Brasil (2004b) afirma que é preciso reconhecer as responsabilidades dos profissionais perante as crianças em todos os níveis de atenção, disponibilizando um cuidado de qualidade desde a atenção primária até aos outros níveis de complexidade, levando-se em consideração também outros itens relacionados à saúde, como moradia, água tratada, educação, entre outros.

Para que isso aconteça, a equipe de saúde precisa ter um compromisso com o paciente e se incumbir sobre as necessidades de saúde demandadas. Todos os trabalhadores devem participar da assistência e resolução do problema da criança, desenvolvendo as respostas e intervenções necessárias em cada situação (BRASIL, 2004b).

Além disso, é importante que a equipe de saúde receba capacitação teórico-prática e educação continuada sobre o cuidado com a criança, para que todos os profissionais saibam sobre a importância dessa assistência e a realizem através de uma forma adequada. Como pontos principais, deve-se evidenciar a identificação de vulnerabilidades e riscos, de modo que sejam dadas orientações efetivas, priorização nos casos de gravidade, aconselhamento à família, assim como o comprometimento com o atendimento que deve ser realizado de maneira contínua, fazendo o acompanhamento de cada situação e estando atento para a resolução de problemas referenciados (BRASIL, 2004b).

Além do conhecimento sobre morbidade e mortalidade, também é fundamental que os profissionais percebam os múltiplos papéis que são atribuídos a eles, como os de assistencial, gerencial e de educador nos serviços de saúde, para que a criança, ou família, torne-se sujeito ativo e participativo no seu processo saúde-doença (SAMICO et. al., 2005).

A partir disso, observa-se uma exigência em realizar estudos entre os profissionais que tratem sobre a humanização do atendimento à criança, para que todos os membros da equipe possam refletir sobre como estão sendo realizados os serviços de saúde no cotidiano, e assim compreender as dificuldades a serem superadas e formular métodos que levem à reorganização do atendimento, com o intuito de tornar mais digno o atendimento a esse público (MONTEIRO et. al., 2012).

Apesar de todos os avanços em relação à saúde da criança, observam-se algumas situações que trazem impasses à tentativa de reorganização do atendimento a esse grupo de usuários, acarretando problemas que afetam não só a criança, mas também toda a família (BRASIL, 2004b).

Monteiro e outros autores (2012) falam sobre esses problemas relacionados às atividades direcionadas às crianças. Esses autores mostram que esta situação desfavorece as relações saudáveis entre a equipe e os responsáveis da criança. A exemplo, pode-se citar a falta de promoção de uma assistência com diálogos francos, para que se esclareça dúvidas que envolvem o processo saúde-doença da criança, causando então uma desvalorização da criança enquanto ser necessitado de um cuidado especial.

Monteiro e colaboradores (2002) também mostram outros desafios encontrados nos serviços de saúde da Atenção Primária. Entre eles está a postura dos profissionais diante dos usuários. Esta autora fala que, em muitos casos, as atividades desenvolvidas pela equipe são direcionadas à doença e não ao indivíduo, ou então ao número de atendimentos e não para a qualidade da atenção, e isto impede a criação de vínculos e não se realiza dessa forma um cuidado integral.

Monteiro e outros autores (2012) também mencionam sobre o fato de levar em consideração somente o ato de atender a criança, e não se atentar para a qualidade dessa assistência. Este tipo de atendimento é uma maneira equivocada de praticar a humanização do cuidado, e tão pouco um acolhimento. Para estes autores uma assistência humanizada significa ir além das necessidades biológicas, contemplando os aspectos subjetivos existentes nas relações humanas.

Deve-se compreender que a criança sofre diversas influências durante o seu desenvolvimento, como os fatores biológicos, sociais e familiares. O atendimento ao público infantil precisa ser realizado através de práticas que valorizem todo esse processo em que a criança está inserida (MONTEIRO et. al., 2012).

Assim, entende-se que os profissionais necessitam desse olhar acolhedor e entender que a saúde da criança não se dá somente pela ausência de enfermidades. Isso propicia uma visão integral sobre a criança, direcionando o atendimento para uma assistência humanizada (MONTEIRO et. al., 2012).

Erdmann e Souza (2009) apontam algumas condições que levam à integralidade do cuidado na saúde da criança, como por exemplo, as atitudes dos profissionais da saúde em relação às ações de prevenção e assistência a agravos. Dependendo do modo como atua cada membro da equipe, a criança poderá usufruir de um desenvolvimento adequado durante o seu crescimento, contribuindo para uma redução da mortalidade infantil, além de estabelecer um compromisso com a vida daquele indivíduo.

A postura profissional é essencial para a humanização dos serviços, porque é através dela que pode ocorrer uma maior interação do profissional com o usuário, considerando-se toda faixa etária. Para que a assistência seja eficiente não basta o profissional ter conhecimento técnico, mas ele precisa aliar isso à sua capacidade de interação com quem está sob os seus cuidados (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010).

Uma pesquisa realizada por Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010) mostra uma postura acolhedora dos membros de uma determinada equipe de saúde. Os responsáveis relatam que buscam a assistência independente de quem for atender a criança, pois os serviços são prestados com atenção, e isso colabora para a procura de atendimento no local referido, além da satisfação na acolhida às crianças e a presença do vínculo entre a família e os trabalhadores da ESF.

Esse vínculo também é presente em relatos de um estudo realizado por Erdmann e Souza (2009). As mães entrevistadas contam que os profissionais fazem as orientações e intervenções de maneira que haja uma formação de vínculo entre elas e a equipe. Os autores explicam que por meio do vínculo são criados laços de compromisso e de corresponsabilidades entre os trabalhadores da ESF e a comunidade.

Portanto, é importante entender que as ações prioritárias da Atenção Primária direcionadas às crianças são pactuadas pelo Ministério da Saúde, e que a equipe de Saúde da Família deve se compromissar em oferecer ao público infantil serviços que envolvam o acompanhamento com práticas acolhedoras, concretizando-se assim a humanização da assistência (BRASIL, 2004b).

2.11.6 Acolhimento ao idoso

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde determinou a Agenda de Compromisso pela Saúde, composta por três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da

Vida e o Pacto de Gestão. Entre as prioridades inclusas no Pacto em Defesa da Vida, está a atenção especial à pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Nesse âmbito, os profissionais da ESF precisam estar capacitados para lidar com o envelhecimento, formulando novos planejamentos de atenção aos idosos (BRASIL, 2007).

Entretanto, apesar dos avanços das políticas públicas de saúde, estão presentes nos serviços de Atenção Primária dificuldades nas relações entre profissionais e usuário, limitações no atendimento ao idoso, falta de resolutividade no sistema de referência e contra-referência, entre outros. Portanto, é função das políticas de saúde contribuir com a população para um envelhecimento ativo e saudável (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Conforme Araújo e Barbosa (2010) expõem em sua pesquisa, a relação entre os profissionais da Atenção Primária e a população é assumida de um modo diferente do que se encontra nas práticas biomédicas. Estes autores explicam que a equipe de Saúde da Família trabalha de uma forma em que haja um compromisso com uma assistência em que se realizam práticas que vão ao encontro da humanização, que busca uma transformação social daquele usuário, e que produza uma satisfação no próprio local de trabalho, e é neste contexto em que o idoso é inserido em relação ao atendimento prestado pela ESF, segundo relatos em sua pesquisa.

Araújo e Barbosa (2010) também mostram depoimentos em que os idosos falam sobre a relação de amizade firmada entre eles e a equipe da ESF. Nos relatos, percebe-se uma harmonia entre os profissionais e os usuários devido às particularidades das práticas de assistência da ESF, sobretudo pela obtenção de dados referentes a aspectos íntimos sobre a dinâmica familiar.

Em concordância com outros autores, Araújo e Barbosa (2010) mostram que o acolhimento proporciona mudanças no processo de trabalho da ESF, visto que a relação profissional estabelecida com o usuário não abrange somente responsabilidades técnicas, mas também compreende questões além da clínica, como problemas sociais, por exemplo. Em alguns depoimentos, nota-se que os profissionais oferecem um apoio emocional aos usuários, contribuindo assim para uma qualidade de assistência.

Em seus estudos, Araújo e Barbosa (2010) falam sobre a importância de se entender que o processo do envelhecimento não significa algo relacionado a enfermidades, porém, a Atenção Primária precisa compreender que os agravos físicos, emocionais e sociais, ao

longo do tempo, ameaçam a saúde desses usuários, fazendo com que requeiram um cuidado prioritário e humanizado.

Todavia, observa-se em alguns profissionais o oposto dessa relação entre a equipe e o idoso. Em certos relatos na pesquisa de Barbosa e Araújo (2010) são vistos algumas atitudes que dificultam a relação entre o usuário idoso e o profissional da equipe de Saúde da Família. Segundo alguns entrevistados, alguns membros da equipe da Atenção Primária são impacientes, e isto desfavorece uma relação de maior afinidade entre ambas as partes.

Desse modo, há um desencontro de necessidades e interesses no momento em que o usuário expõe seus problemas, pois o profissional não o compreende, seja pelo tratamento impaciente ou por estar muito preso a normas técnicas. Assim, a atenção que deveria ser atribuída ao idoso não se efetiva, e há uma falta de interpretação na demanda do paciente, pois nem sempre há uma necessidade física manifestada pelo usuário, mas sim outros problemas do tipo emocional ou social (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Araújo e Barbosa (2010) descrevem em sua pesquisa sobre a relevância da valorização do cuidado ao idoso, em que é importante alcançar as questões que envolvem o processo saúde-doença. Esses autores explicam sobre a importância da equipe em realizar a assistência de um modo que qualifique a relação entre a equipe de saúde e os pacientes.

Para alguns profissionais, o fato dos idosos enfrentarem dificuldades sociais faz com que eles também tenham problemas de relacionamento com alguns trabalhadores da equipe de saúde, além da existência de uma grande demanda nas UBS (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Sobre essa demanda de idosos, Oliveira e Tavares (2009) explicam que deve haver uma interação preventiva para que se possa organizar essa procura por atendimentos nas UBS, em que a ESF é capacitada para ter uma visão ativa a fim de intervir, quando necessário, no processo de saúde.

Araújo e Barbosa (2010) também mostram relatos em que se percebe um compromisso entre a equipe e o usuário, apesar de algumas limitações no conhecimento profissional. Estes autores frisam a importância dos gestores apoiarem uma formação na área

geriátrica e de gerontologia, para que os trabalhadores estejam aptos a lidar com esse grupo frequente nas UBS, e que precisam de uma atenção especial.

Do mesmo modo, Silvestre e Costa Neto (2003) também explicam que é fundamental a preparação das equipes atuantes nas UBS diante do número crescente da população idosa, pois se trata de um grupo que possui certas especificidades e os profissionais de saúde precisam estar atentos a isso, prestando uma melhor assistência a estes usuários.

Outro ponto discutido nos estudos de Araújo e Barbosa (2010) foi sobre a comunicação entre o profissional e paciente idoso. A partir dos depoimentos, constatou-se que a linguagem estabelecida pelos trabalhadores da equipe com os usuários era feita de uma maneira descontraída, a qual contribuía para a autonomia do idoso. Isto é uma ferramenta essencial para a interação no momento do acolhimento, e faz parte das práticas de promoção à saúde.

Araújo e Barbosa (2010) mostram em sua pesquisa a importância de prestar uma assistência humanizada e acolhedora ao idoso, estendida também à sua família, através de orientações e acompanhamento, para que assim haja uma promoção da saúde para estes usuários.

2.12 CONTRIBUIÇÕES DO ACOLHIMENTO PARA ATENÇÃO DOS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

É possível identificar benefícios através da prática do acolhimento, e alguns autores afirmam isso através de suas revisões literárias, como se pode ver nos parágrafos a seguir.

De acordo com Trindade (2010), o ato de acolher valoriza a relação entre profissional e usuário, humaniza o cuidado, bem como estabelece vínculos e compromissos a partir do momento em que a equipe traz respostas às necessidades de saúde ao usuário.

Grando e outros autores (2013) também afirma que o acolhimento fortalece vínculos e diz ainda que ele pode ser um indicador de avaliação da qualidade de vida e participar no processo de humanização da assistência. Quando o usuário é acolhido pela UBS, ele passa a fazer parte de um elo com a mesma, e assim passa a ter a ESF como referência de atendimento para suas intercorrências, porque sabe que será atendido com resolutividade.

O acolhimento, quando executado de forma eficaz pela equipe, traz ao paciente sentimentos de bem-estar físico, psicológico, social e emocional. Ao se deslocar até a UBS, o usuário leva consigo seus problemas, e como está com alguma necessidade, logo entende-se que carece de alguma satisfação, e à medida que é acolhido, passa a obter bem-estar em determinado aspecto, ou até mesmo como um todo (SCHIMITH; LIMA, 2004).

De acordo com Gomes (2011), o trabalho em equipe e a corresponsabilização em relação à comunidade, permite um acesso facilitado dos usuários à Atenção Primária, atendendo com otimização nos serviços. Isto está baseado em uma política transversal de humanização, o Humaniza SUS, que visa à promoção de novas formas de interação entre os profissionais e a comunidade usuária dos serviços de saúde.

Para Pereira (2006), o acolhimento pode gerar uma busca maior pela utilização da ESF como “porta de entrada”, a partir do momento em que o usuário tenha uma boa utilização dos serviços, e que também tenha disponibilidade de profissionais para atender às demandas e queixas da população.

Outro ponto favorável ao se realizar o acolhimento na ESF é a formação de vínculos pessoais e duradouros entre os profissionais e o usuário, bem como uma responsabilização mútua entre ambos (PEREIRA, 2006).

Pode-se dizer também que o acolhimento potencializa a integralidade do serviço, à medida que se tem conhecimento sobre os reais problemas dos indivíduos. A partir de então, tem-se uma coordenação de cuidados através da percepção das necessidades do usuário (PEREIRA, 2006).

Soares (2011) menciona alguns itens tidos como vantagens a partir do momento em que se executa o acolhimento na Atenção Primária de saúde:

- Diminuição da fragmentação dos serviços prestados pela equipe de saúde;
- Atendimento da demanda da população;
- Resolutividade ao problema exposto;
- Redução da lista de espera, ou até mesmo consegue-se evitá-la;
- Intervenções de acordo com a necessidade do usuário;
- Atendimento baseado nos princípios norteadores do SUS.

Segundo Soares (2011), “acolher e vincular produz responsabilização e otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença”. Nesse aspecto, observa-se que os profissionais, ao fazer o acolhimento, automaticamente asseguram o usuário a uma prestação de serviço que atenda sua necessidade ou pelo menos o auxilie.

Partindo deste princípio, percebe-se que, com o acolhimento, o usuário tem uma garantia de ter suas necessidades atendidas, seja obtendo respostas de acordo com as possibilidades dos serviços locais na UBS, ou pelo direcionamento a outros setores responsáveis para atender tal problema, no chamado referência e contra-referência (SOARES, 2011).

Assim como para outros autores, Soares (2011) também afirma que o acolhimento beneficia o usuário do serviço de saúde pública em diversos quesitos. Exemplificando estes benefícios, tem-se a garantia da acessibilidade da população aos serviços, bem como atendimento universal aos que os buscam.

Outras vantagens obtidas a partir das práticas acolhedoras são: escuta de maneira qualificada ao usuário, comprometimento dos profissionais em relação aos pacientes, assim como vínculo entre profissional e usuário. Desse modo, cria-se um estreitamento de relações entre o usuário e a equipe de saúde (SOARES, 2011).

Soares (2011) relata ser possível realizar, através do acolhimento, a inclusão social e a valorização do profissional, resultando em uma esperada satisfação do usuário, que, de fato, pode-se dizer que seja o principal objetivo de tal serviço.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é uma temática que vem ganhando espaço em discussões sobre os meios para se alcançar a resolubilidade das múltiplas questões lançadas no meio das equipes de ESF em relação ao atendimento dos usuários, seja em atividades programadas ou por demanda espontânea.

Através de análises de várias produções literárias, percebe-se um vasto entendimento dos autores sobre o acolhimento e suas práticas realizadas pelos profissionais de saúde atuantes nas UBS.

Entre os diversos estudos sobre este tema, observa-se que o acolhimento assume vários significados. Entre eles aponta-se o acolhimento como um método de reorganizar o processo de trabalho, através de uma escuta qualificada e, a partir de então, ter a possibilidade de orientar os usuários conforme suas necessidades.

Outras atribuições ao acolhimento dizem respeito à acessibilidade aos serviços de saúde, à valorização e responsabilização diante das subjetividades dos usuários, bem como a uma postura ética adotada pelos profissionais perante as particularidades apresentadas por cada paciente, entre outros.

Nota-se que apesar dos muitos entendimentos sobre o acolhimento, existe uma relação entre eles, e todos vão em busca de um caminho para se produzir saúde através de novas práticas, ou reorganização destas, com o objetivo de prestar uma assistência humanizada.

Entender o que é um serviço que se baseia em práticas acolhedoras, bem como realizá-las, consiste em uma questão desafiadora, visto que envolve todo um processo de trabalho, e muitas vezes não depende apenas da equipe multiprofissional responsável pelos atendimentos em determinada UBS, mas sim dos gestores, que devem disponibilizar recursos e suporte para que a assistência seja praticada com efetividade.

O entendimento de cada membro da ESF é importante para que seja possível ofertar um serviço acolhedor ao usuário, pois o acolhimento não é algo exercido apenas por um trabalhador, mas precisa fazer parte do processo de trabalho de toda a equipe de saúde e é essencial que haja um consenso entre cada profissional a respeito das práticas realizadas no atendimento aos pacientes.

Contudo, para oferecer uma assistência de qualidade, a equipe de saúde precisa estar disponível para aceitar as mudanças que forem necessárias para que possa se produzir saúde, visto que a adoção de novos métodos acarreta novas responsabilidades, em que é preciso eliminar as velhas práticas para possibilitar novos meios de assistência ao usuário, que por sua vez, tem o direito de receber um atendimento digno e adequado.

Prestar um atendimento acolhedor nos serviços de saúde, sobretudo pelas equipes de ESF, é um meio para se reordenar o processo de trabalho com ênfase na humanização da assistência. Além de gerar benefícios para a população, o acolhimento traz pontos favoráveis para os próprios trabalhadores e para o ambiente de trabalho, como já mencionados nas pesquisas analisadas neste estudo.

Constata-se que a adesão das práticas de acolhimento possibilita um tratamento digno à população, valorização da mesma, bem como dos próprios profissionais e dos serviços prestados, e assim podem-se ofertar serviços de qualidade aos usuários, seguindo os princípios do SUS e conforme a Política Nacional de Humanização.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, Claudia. **Política de Humanização**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/noticias-e-eventos/politica-de-humanizacao-e-debatida-durante-seminario-ocorrido-em-juiz-de-fora-03/05/2010>> Acesso em 20 mar. 2015.
- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, maio 2009.
- ARAÚJO, Maria Aparecida da Silva Araújo; BARBOSA, Maria Alves. Relação entre o profissional de Saúde da Família e o idoso. **Escola Anna Nery**, p.819-824, out./dez. 2010.
- ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, Rio de Janeiro mar./abr. 2007.
- ASSUNÇÃO, Maria Cecília; SANTOS, Iná da Silva dos; GIGANTE, Denise. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, 2001.
- AYRES, Regina Celi Vieira et. al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**, p. 306-311, São Paulo, abr./jun. 2006. Disponível em <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf> Acesso em 23 nov. de 2014.
- BARALDI, Débora Cristina Baraldi; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.1, p. 10-17, jan./abr. 2011.
- BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZI, Daniele. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v.34, n. 1-2, p.37-43, 2008.
- BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 25 de abr. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000
- _____. Instituto de Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**, 1. ed. Brasília, 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

BRIENZA, Adriana Mafra. **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, educação e saúde**, v.4, n.1. Rio de Janeiro, mar. 2006.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida et. al. **1º caderno de apoio ao acolhimento. Orientação, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade**. São Paulo, 2004.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança no modelo assistencial. **Revista Rene**, Fortaleza, v.9, n.2, p.120-128, abr./jun. 2008.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SOUZA, Francisca Georgina Macêdo de. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, p.150-160, São Paulo, 2009.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.4, São Paulo, dez. 2006.

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO. **Guia de elaboração e normalização de trabalhos acadêmicos e de pesquisa**, 4. ed. Vitória, 2013.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto e Contexto Enfermagem**, p.736-744, Florianópolis, out./dez. 2010.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Tereza. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, p.105-109, 2005.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p.532-7, jul./ago.2006.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais nas décadas de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, maio 2006.

GOMES, Miriam Caitano. **Percepção dos usuários sobre o acolhimento pela equipe da ESF de Glória de Dourados/ MS**. 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Glória de Dourados- MS, 2011.

GONÇALVES, Roberta Lima. **Práticas de Integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GRANDO, Tamara et. al. A percepção de acolhimento para os profissionais atuantes nas ESF- revisão integrativa. XIV JORNADA DE EXTENSÃO. **Ensaio teórico**. Rio Grande do Sul, 2013.

IBAÑES, Nelson et. al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 683-702, Rio de Janeiro, jul./set. 2006.

JULIÃO, Géscia Graziela; WEIGELT, Leni Dias. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, p. 144-152, mai./ago. 2011.

LUZ, Alessandra Rocha et. al. Acolhimento: uma reflexão sobre o conceito e a realidade. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.4, n.2, p.353-65, 2013.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde Debate**, 2000.

MARIN, Maria José Sanches et. al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, nov. 2011.

- Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200008&script=sci_arttext> Acesso em 20 de ago. 2014.
- MENDES, Eugenio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Casa da Qualidade; Salvador, 2001.
- MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed., São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- MEDEIROS, Flávia A. et. al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Saúde Pública**, Bogotá, v.12, n.3, Bogotá, jun. 2010.
- MONTEIRO, Akemi Iwata et. al. Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. **Revista Rene**, 2012.
- OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2010.
- PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm> Acesso em 11 de jun. 2014.
- PINAFO, Elisângela; LIMA, Josiane Vivian de Camargo; BADUY, Rossana Staevie. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, jun. 2008.
- REBELLO, Claudia Martins Rebello; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; ROMANO, Valéria Ferreira. O acolhimento no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre conceitos. **Corpus et Scientia**, v.8, n.2, out. 2012.
- RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, dez. 2010.
- ROCHA, Francisca Auricélia Furtado. **Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de saúde no Rio de Janeiro**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Arouca, Rio de Janeiro, 2004.
- SAMICO, Isabella et. al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.2, Recife, abr./jun. 2005.
- SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial**. 2010.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié - BA, 2010.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JÚNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores e. Trabalho em Saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, Rio de Janeiro, nov./dez. 2004.

SILVA, Christiana Souto et. al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2012.

SILVA, Fabíola Vlândia Freire da et. al. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamento na teoria de Parse. **Escola Anna Nery**, p.111-119, jan./mar. 2013.

SILVA, Tatiane Aparecida Moreira da. **Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família**: em foco a contribuição dos cursos de especialização. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo et. al. **Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde**. v.9, n.1, 2004.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

SOARES, Tatiana Aparecida. **Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde**: uma revisão da literatura. 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí - MG, 2011.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, Aline Corrêa de; LOPES, Marta Julia Marques. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre- RS, p.8-13, abr. 2003.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, Rio de Janeiro, 2008.

STORINO, Luisa Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura de; SILVA, Kênia Lara. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Escola Anna Nery**, p. 638- 645, out./dez. 2013.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador** – BA, jun. 2011.

TRESSE, Valfredo Penchel e. **Acolhimento e vínculo na assistência prestada ao portador de diabetes em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

TRINDADE, Cristiano Santos. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família.** 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2010.