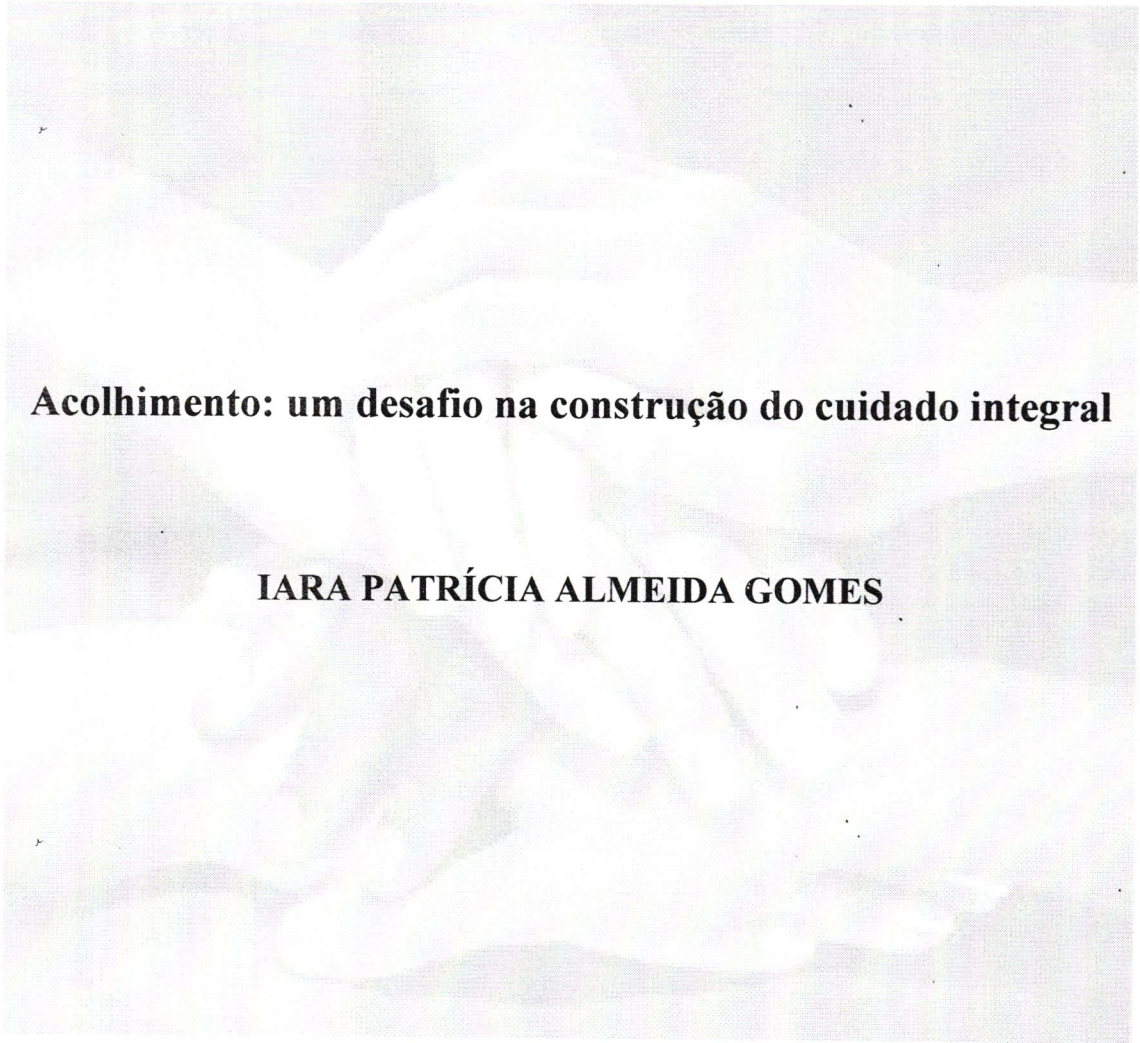


FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE  
- FANESE  
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA



**Acolhimento: um desafio na construção do cuidado integral**

**IARA PATRÍCIA ALMEIDA GOMES**

**IARA PATRÍCIA ALMEIDA GOMES**

**Acolhimento: um desafio na construção do cuidado integral**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e  
Extensão da FANESE, como requisito para  
obtenção do título de Especialista em  
Gestão Pública e Saúde da Família.**

Aracaju – SE  
2010

**IARA PATRÍCIA ALMEIDA GOMES**

**Acolhimento: um desafio na construção do cuidado integral**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública e da Família.**

---

**AVALIADOR**

---

**COORDENADOR DO CURSO**

---

**ALUNO**

**Aprovado(a) com média: \_\_\_\_\_**

**Aracaju (SE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010**

## **ABSTRACT**

This study aimed to verify if the host is being implemented in the practices of health services from the perspective of comprehensive care and to identify optimal conditions for the effective implementation of a culture of humanization through the host. The approach used was qualitative descriptive bibliographical research. The universe of coverage consisted of analysis of articles published from 2000 to 2010 on the topic. The empirical field of research was the strategy of the Family Health Foundation (ESF), using the analysis of documents for reading the content up. It was found that the host is not being effected in an optimal way, thereby placing the formation of linkages between professionals - and the users viewing the same as a holistic being. We identified some barriers in this process, in particular the lack of commitment of health workers with the suffering of others and the excessive importance given to techno at the expense of humanization policies. It is hoped that the study may have contributed to add some subsidies on the role of worker health and humanization in health care, opening space for reflection on Home, which is important in interpersonal relationships and User-worker in the construction of comprehensive care.

**Keywords:** host humanization; bond; health worker.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos verificar se o acolhimento está sendo implementado nas práticas dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado e identificar as condições desfavoráveis para a implantação efetiva de uma cultura de humanização através do acolhimento. A abordagem utilizada foi a pesquisa qualitativa descritiva bibliográfica exploratória. O universo de abrangência constituiu-se da análise de artigos, publicados no período de 2000 a 2010, acerca do tema. O campo empírico da pesquisa foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando-se a análise documental para leitura do conteúdo levantado. Verificou-se que o acolhimento não está sendo efetivado da maneira ideal, desfavorecendo a formação de vínculos entre profissionais – usuários e a visualização do mesmo como um ser holístico. Identificou-se alguns entraves nesse processo, em especial, a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento do outro e a excessiva importância dada à tecnociência em detrimento das políticas de humanização. Espera-se que o estudo possa ter contribuído para acrescentar subsídios sobre o papel do trabalhador da saúde pública e a humanização na atenção em saúde, abrindo espaço para reflexão sobre Acolhimento, questão importante nas relações interpessoais trabalhador-usuário e na construção do cuidado integral.

**Palavras-chave:** acolhimento; humanização; vínculo; trabalhador da saúde.

## SUMÁRIO

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b> | <b>07</b> |
| <b>2 EMBASAMENTO TEÓRICO.....</b>     | <b>10</b> |
| <b>3 DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>    | <b>18</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>               | <b>19</b> |

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Sistema Único de Saúde, em seus princípios e diretrizes, cita a saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do estado em promovê-la e garanti-la, favorecendo o bem-estar físico, mental e social da população. A lei nº 8.080, de 1990, *dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*.

A partir daí, várias estratégias foram implementadas para que a lei fosse cumprida. Uma delas foi o Programa Saúde da Família (PSF), norteador da atenção primária em todo Brasil, tendo como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência.

O PSF é uma estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2004).

Partindo-se desse pressuposto, o presente estudo vê o acolhimento, quando realizado da maneira correta, como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, englobando ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, adequando a demanda em todo percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta.

Merhy (1997) compartilha com tal observação quando discorre sobre a lógica do acolhimento em serviços, ao considerá-lo como um espaço de encontro entre trabalhadores/usuários que se abre para um processo de escuta dos problemas e não só para troca de informações e mútuo reconhecimento de direitos e deveres, como também para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes em torno das necessidades dos usuários. A acolhida prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade por meio das tecnologias disponíveis.

Dessa maneira, para que haja a estruturação de uma unidade básica de saúde capaz de responder às necessidades do coletivo e individual de determinada população, precisa-se que o indivíduo seja visualizado de maneira holística. Para tal, faz-se necessário que os profissionais considerem o sujeito no seu contexto e que seja capaz de estabelecer vínculos, a princípio através do acolhimento, comprometendo-se com o alívio do sofrimento do usuário do SUS e em defesa da vida.

Entretanto, será que o acolhimento está sendo implementado nas práticas dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado ou resume-se a mera realização de triagem de maneira mecanicista? Quais as condições desfavoráveis para a implantação de uma cultura de humanização através do acolhimento e da criação de vínculo?

Assim, a execução do presente estudo se justifica na necessidade de promover um repensar por parte dos profissionais da saúde sobre o acolhimento, estimulando a criação de vínculos entre a equipe e profissional-usuário, humanizando e aumentando a quantidade dos serviços de saúde para a comunidade em questão e, por conseguinte, melhorando a qualidade da assistência prestada.

Torna-se relevante, na medida em que acrescenta subsídios sobre o papel do trabalhador da saúde pública e a humanização na atenção em saúde, abrindo espaço para reflexão sobre Acolhimento, questão importante nas relações interpessoais trabalhador-usuário e na construção do cuidado integral.

Determinam-se como objetivos: verificar se o acolhimento está sendo implementado nas práticas dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado e identificar as condições desfavoráveis para a implantação efetiva de uma cultura de humanização através do acolhimento.

A abordagem utilizada nesse estudo foi a pesquisa qualitativa descritiva bibliográfica exploratória. Na pesquisa descritiva, não há interferência do investigador, ou seja, ele descreve o objeto de pesquisa, explicitando a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos (BARROS; LEHFELD, 2007).

Na pesquisa bibliográfica tenta-se explicar um problema, utilizando-se o conhecimento disponível a partir das teorias publicadas em livros ou obras congêneres. Há o levantamento do conhecimento disponível na área, identificando as teorias produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para auxiliar a compreender ou explicar o problema objeto da investigação (KÖCHE, 2008).

O universo de abrangência desta pesquisa constituiu-se da análise de artigos, publicados no período de 2000 a 2010, sobre a história de saúde no Brasil, acolhimento e vínculo, além de textos de livros acerca dos referidos assuntos. Excetua-se a esse período, um texto de Merhy, publicado em 1997 e utilizado aqui, devido à riqueza de informações. O campo empírico da pesquisa foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Utilizou-se a análise documental do conteúdo levantado, objetivando responder às inquietações do pesquisador.

Esta pesquisa teve início em junho de 2009 com a escolha do tema e foi finalizada em janeiro de 2010 com a entrega da monografia ao Núcleo de pós-graduação e pesquisa da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe.

## 2 EMBASAMENTO TEÓRICO

No Brasil, na década de 1980, desenvolveu-se uma série de tentativas de reestruturação da saúde, tendo como inspiração o cenário mundial, em que várias discussões estavam acontecendo acerca da mudança de paradigma no que dizia respeito à saúde, surgindo assim, o movimento denominado Reforma Sanitária, com medidas que apontavam para a unificação dos componentes assistencial e preventivo em comando único, organizado de forma descentralizada (BRASIL, 2005). A dimensão doutrinária dessa Reforma consolidou-se progressivamente, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A partir daí houve a busca de soluções que promovessem a toda população o acesso à saúde, com atendimento eficiente, capaz de produzir qualidade de vida, direito constitucional do cidadão. Propôs-se, então, um projeto de transição gradual das Ações Integradas de Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Integrante da Seguridade Social, o SUS é organizado regionalmente e de maneira hierarquizada. Tem comando único em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), e é regido segundo os princípios e diretrizes de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação da população (SMS, 2002).

O SUS significa a conquista de uma forma ampla de entender a saúde, definida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem: a redução do risco de doenças e outros agravos; acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A implementação do dispositivo constitucional que estabelece o SUS ganhou crescente apoio político na década de 1990. Esse fato viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde, permitindo um tratamento adequado dos problemas de saúde da grande maioria da população brasileira (SMS, 2002).

É dentro desse contexto que, em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas, reorganizando o processo de trabalho na atenção básica. Incorporam-se,

assim, novos conceitos à saúde, baseando-se na interação de uma equipe multiprofissional, visando práticas mais resolutivas e integradas. O foco da atenção é modificado, passando a ser a família assistida em seu espaço social e com suas particularidades.

Na luta pela consolidação dessa nova realidade, novas formas de se fazer saúde foram implantadas, entre elas o acolhimento como uma estratégia que promove a mudança do processo de trabalho em saúde na forma do atendimento a todos os que procuram os serviços de assistência à saúde. Assim, os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) passaram a organizar sua demanda de acordo com as necessidades e prioridades do usuário e não somente por meio da ordem de chegada, evitando filas desnecessárias, perda de tempo e até mesmo a automedicação (MERHY, 1997).

O acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo "em defesa da vida" (TEIXEIRA, 2003).

Acolher significa, entre outras coisas, "dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração". Em última análise, tomando-se o sistema de saúde como pano de fundo, o acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada (SMS, 2002).

Costeira et al (2001) acreditam que o acolhimento, além de estar colaborando para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença.

*(...) Ao humanizarmos, qualificamos e organizamos o atendimento, estamos permitindo que as equipes do PSF possam cada vez mais planejar suas ações, destinando o tempo necessário para as atividades de vigilância e educação em saúde, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade, no intuito de trabalhar outros conceitos importantes, tais como, cidadania, qualidade de vida, democratização do saber e autocuidado com a saúde (COSTEIRA, 2001, p.7).*

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca assegurar acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos (SCHIMIDT, LIMA, 2004).

Segundo Franco et al (1999) apud Souza et al (2008), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Acolhimento faz parte das relações que implicam no acesso do usuário, na humanização dessas relações e na responsabilidade para com a vida das pessoas. Nesse processo é possível envolver todos os trabalhadores de saúde, como forma de apresentar um atendimento de melhor qualidade, diferente daquele em que a saúde está somente nas mãos do núcleo intelectual formado pelos médicos.

Dessa forma, as ações do fazer saúde inserem-se num campo maior, abrangendo todos os trabalhadores de uma equipe de trabalho das UBS. Assim, Acolhimento:

*(...)se põe enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado as relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização desse processo (...) o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que demandem algo dos serviços de saúde, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolutibilidade às ações desenvolvidas (REIS, 1997, p.3 apud SANTOS, SUPERTI, MACEDO, 2002)*

Isso se estabelece como parte de uma política transversal de humanização do SUS, o HumanizaSUS, que propõe produzir novas formas de interação entre profissionais e usuários

do sistema de saúde, qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2004).

Saber ouvir e escutar as queixas faz com que haja um sentimento, por parte do usuário, de que ele é importante, aumentando a confiança no profissional e, conseqüentemente, facilita a formação do vínculo. O atendimento de qualidade também faz com que o usuário sinta que seus direitos de cidadão estão sendo garantidos e respeitados (MONTEIRO, FIGUEIREDO, MACHADO, 2009).

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (BRASIL, 2004). A noção de vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde (SCHIMIDT, LIMA, 2004).

Ainda segundo Schimidt, Lima (2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se estabelece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Assim, fica evidente que o acolhimento amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários. Contudo, a pressão da demanda se reflete em sobrecarga de trabalho, comprometendo agendas de atividades grupais intra-equipe e com os usuários. Gera estresse e cansaço, ficando claro que os profissionais carecem também de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador) (SOUZA et al, 2008).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário,

questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (FAGUNDES, 2004). Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

Partindo-se desse pressuposto, acolhimento implica em transformar a maneira como se vem dando acesso à população desde a “porta de entrada”, bem como significa mudanças em ações que decorram desse primeiro contato, tais como agendamento das consultas e programação dos serviços (SANTOS, SUPERTI, MACEDO, 2002).

Segundo os autores supracitados, a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor, demonstra a desumanização do serviço na área de saúde.

Acolhimento deve efetuar-se através de ações, fazendo parte do sistema de atendimento, através da sensibilidade, sutileza e subjetividade no fazer do trabalhador da saúde. Isso implica na tolerância à diferença, na inclusão social, na escuta qualificada, responsável e comprometida. O Acolhimento significa em última instância, permitir que o usuário se organize como sujeito (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2000, p.27).

Dessa forma, acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde (PEREIRA, 2010). As definições acima incorporam à nossa análise os pressupostos da transdisciplinaridade e da valorização do trabalho em equipe, tão caros à mudança paradigmática que o PSF do Brasil deseja pôr em curso e faz do acolhimento uma tecnologia brasileira em sua essência.

### 3 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

O acolhimento nas unidades de saúde da família (USF) apresenta-se como uma potencial ferramenta na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estudá-lo remete a reflexões a respeito das relações no cotidiano dos serviços de saúde, no compromisso com a demanda em determinado território e com a realidade sanitária na qual vivem as pessoas.

O modelo atual de saúde, ainda hegemônico, caracteriza-se em focalizar a atenção na doença, centrado na assistência médica individual, fragmentada, especializada e direcionada à demanda espontânea. Da forma como está estruturado, mesmo com a expansão dos serviços em quantidade adequada aos parâmetros assistenciais, sua lógica de organização mantém o modelo dentro de um paradigma restrito, direcionado aos danos e, portanto, predominantemente no campo curativo. Como consequência, não se ampliam as intervenções que visam evitar os riscos de adoecer e morrer.

O acolhimento pressupõe que o encontro entre trabalhadores da equipe de saúde com os usuários seja marcado pela disponibilidade em receber, escutar e tratar humanizadamente, considerando suas necessidades e potencialidades, estabelecendo, dessa maneira, uma relação de interesse, confiança e apoio mútuo.

Entretanto, a prática em saúde é dependente também de valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais. Sendo assim, trabalhadores e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A possibilidade de escuta depende dos sentimentos e afetos mobilizados, tanto pelo usuário no trabalhador, como pelo trabalhador no usuário e também pela forma como o processo de trabalho está organizado.

De acordo com Ayres et al (2006), o acolhimento deve construir uma nova ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento não é uma atitude mecanicista e fria nas ações de saúde. É a determinação da concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia em um processo, portanto de conceito amplo e que exige mudanças de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e responsabilizar-se por eles.

Porém, o que vemos é que nosso cotidiano não é marcado pelo acolhimento e pela construção, mas sim pela rejeição, exclusão e divisão. As ações de saúde privilegiam aspectos técnicos, econômicos e administrativos que, embora indispensáveis, são insuficientes para lidar com a complexidade da condição humana. Esse excesso de objetividade transforma os profissionais de saúde em máquinas, que só enxergam o aspecto físico do problema, deixando de lado a essência do significado de acolher.

Segundo a SMS (2002) o privilégio dado por nossa cultura à tecnociência – em prejuízo das humanidades - é um dos principais obstáculos à colocação em prática das

iniciativas de Acolhimento. Portanto, o que se deseja introduzir são ações de acolhimento em uma cultura que é basicamente não-acolhedora – uma cultura na qual a competição predatória, a devastação e a exclusão social não recebem o grau de atenção e questionamento que deveriam.

Pensando assim, fica evidente que o acolhimento não se reduz a atender bem, a um eficiente serviço de recepção – nem mesmo se resume a um bom dia dado com um sorriso no rosto, ainda que tudo isso faça parte dele. É preciso que haja a construção de vínculos e, para tanto, a identificação do usuário como sujeito, como ser humano integral, bio-psico-social, o qual busca a unidade a fim de responder às suas carências e que possui opiniões, necessitando de explicações lógicas.

Desse modo, alguns obstáculos permeiam o desenvolvimento do trabalho acolhedor como a pressão da demanda, que gera um tempo reduzido para o atendimento, espaço físico inadequado, a falta de organização no processo de trabalho e o imediatismo inerente a sociedade atual. Isso gera sentimentos de angústia, insatisfação e tensão, que são destoantes com o formato acolhedor.

De acordo com BRASIL (2004), tradicionalmente o que ocorre é que a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde. Restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Segundo o autor supracitado, nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:

- Convivem com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência;
- Reproduzem certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento;
- Atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde;

- Encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas não conseguem avaliar e interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las;
- Convivem, os serviços de urgências, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos.

É preciso quebrar a postura de frieza e onipotência que tem caracterizado os serviços de saúde. Não se pode restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivos verificar se o acolhimento está sendo implementado nas práticas dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado e identificar as condições desfavoráveis para a implantação efetiva de uma cultura de humanização através do acolhimento.

I Percebeu-se que inúmeros foram os avanços do SUS no estabelecimento dos seus propósitos, porém ele ainda tem vários desafios importantes a superar, como o acolhimento nem sempre adequado, a pouca valorização do trabalho em saúde, a não-formação de vínculo entre usuários - equipes e a fragmentação das ações no processo de atenção.

Evidenciou-se que o vínculo, favorecido pelo acolhimento correto, é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito à saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados e permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos.

Entretanto, aspectos como a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde; a não percepção em relação às dificuldades e limitações dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e a vantagem dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor são impeditivos para o acolher. A excessiva importância dada a tecnociência em detrimento das políticas de humanização também se constitui problema para o acolhimento.

O acolhimento é um desafio na construção do cuidado integral, pois implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde e, para tanto, é preciso existir uma cultura organizacional que favoreça esse desenvolvimento e profissionais que abracem o acolhimento com dedicação e prazer.

Deve-se também ouvir, leia-se escutar, os trabalhadores de saúde. Como sujeito do processo de melhoria no sistema de saúde no Brasil, o trabalhador de saúde traz contribuições com suas sugestões para que possamos refletir e elaborar a construção de um serviço de saúde mais humano para todos os cidadãos.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, R. C. V. et al. **Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade**. O mundo a Saúde. São Paulo, 2006. Abr/ Jun 30. p. 306-311.
- BARROS, A. J. de S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizaus: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS**. Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília; 2005. p.12-29.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A inseparabilidade entre a atenção e a gestão nos processos de produção de saúde**. Brasília, 2006.
- COSTEIRA, A. A. M. et al. A organização do serviço de saúde a partir do acolhimento dos usuários: a experiência da unidade mista / PSF do Sinhá Sabóia – Sobral – CE. **Saúde da Família**. Sobral, out, 2001.
- FAGUNDES, S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.
- KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 25. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2008.
- MERHY EE. Em busca do tempo perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In: MERHY EE, organizadores. **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Editorial, 1997. p. 74-111
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. vol. 43. n. 2. São Paulo: jun, 2009.
- PEREIRA, R. P. A. **Acolhimento**. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>. Acesso em: 20/01/2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL, Caxias do Sul. **Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida**. Caxias: Solar Edição e Design, 2000.
- SANTOS, D. L. C. dos; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim de Saúde**. V.16. n.2. 2002.

SCHIMIDT, M. D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**. 2004. 20(6):1487-94.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SP. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. 2002.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.24. supl.1. Rio de Janeiro: 2008.

TEIXEIRA, R. R.; O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, E.; Mattos, R. A., organizadores. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ed da UFRJ / Instituto de Medicina Social, 2003. P. 89-111.

Iara Patrícia Almeida Gomes. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe. Odontóloga da clínica Via Sorriso e do PSF da Prefeitura Municipal de Salgado.  
Email: ipgomes1@hotmail.com