ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.5863-50531-1-ED.0805201401

Revista de Enfermagem UFPE On Line
ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

O SIGNIFICADO E A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO PARA OS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE MEANING AND THE PRACTICE OF HOSTING FOR THE WORKERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL SIGNIFICADO Y LA PRÁCTICA DEL ACOGIMIENTO PARA LOS TRABAJADORES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Janaina Aparecida Tintori[1], Fernanda Rodrigues Helmo[2], Ana Carolina de Assis Simões[3], Leiner Resende Rodrigues[4], Lucieli Dias Pedreschi Chaves[5], Bethania Ferreira Goulart[6]

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação ao acolhimento e seu desenvolvimento. ***Método:*** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com 17 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise foi fundamentada na Análise Temática, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o Parecer nº 1277. ***Resultados:*** Percepção do acolhimento, Dificuldades na prática do acolhimento e Percepção do modelo técnico-assistencial. Há a cultura de que o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho; a percepção do acolhimento na perspectiva da humanização é incipiente. ***Conclusão:*** alguns trabalhadores descreveram o acolhimento na perspectiva da humanização; o articularam com uma tarefa a mais a ser realizada; que compete ao trabalhador a tarefa de identificar o problema e resolvê-lo. ***Descritores:*** Humanização da Assistência; Saúde da Família; Acolhimento.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of the workers of the Family Health Strategy (FHS) in relation to the hosting and its development. ***Method:*** this is a descriptive study, with qualitative approach, with 17 workers of the Family Health Strategy. The data production was conducted by means of semi-structured interviews, were recorded and fully transcribed. The analysis was based on Thematic Analysis, after the project has been approved by the Research Ethics Committee, with the Opinion nº 1277. ***Results:*** perception of hosting, Difficulties in the practice of hosting and Perception of the technical-health care model. There is the culture indicating that the hosting is a step in the working process; the perception of hosting under the perspective of humanization is incipient. ***Conclusion:*** some workers have described the hosting under the perspective of humanization; they linked it to an additional task to be performed; that the worker has the role of identifying the problem and solving it. ***Descriptors:*** Care Humanization; Family Health; Hosting.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de la Estrategia Salud de la Familia en relación al acogimiento y su desarrollo. ***Método:*** estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, con 17 trabajadores de la Estrategia de Salud de la Familia. La producción de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas y transcritas. El análisis se basó en el análisis temático, después del proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación, a través del Opinión N º 1277. ***Resultados:*** Percepción del acogimiento, las dificultades en la práctica del acogimiento y la percepción del modelo técnico-asistencial. Hay una cultura que el acogimiento es un paso en el proceso de trabajo, la percepción del acogimiento desde la perspectiva de la humanización es incipiente. ***Conclusión:*** algunos trabajadores han descrito el acogimiento en la perspectiva de humanización, articularon con una más tarea a realizar, que compete la tarea de identificar el problema y resolverlo. ***Descriptores:*** Humanización de la Asistencia, Salud de la Familia, Acogimiento.

[1]Enfermeira, Pós-graduanda em Obstetrícia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Universidade de São Paulo/USP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: jana_tintori@yahoo.com.br; [2]Enfermeira, Pós-graduanda em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: fernanda.helmo@yahoo.com.br; [3]Cirurgiã-dentista, Mestre em Atenção à Saúde, Egressa Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: aninhassim@yahoo.com.br; [4]Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: leinerrr@bol.com.br; [5]Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br; [6]Enfermeira, Docente, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Doutoranda em Enfermagem, Programa Interunidades, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Na perspectiva da humanização, acolher é dar acolhida, receber, agir com proximidade, representando uma atitude de inclusão. O acolhimento pode contribuir para a construção de vínculo e compromisso dos usuários e trabalhadores de saúde,[1] sendo fundamental na organização e estruturação da atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para integração dos demais níveis de atenção.[2]

A humanização implica na valorização dos diferentes sujeitos que participam do processo de trabalho, dentre eles usuários, trabalhadores e gestores. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como eixos norteadores a autonomia e a valorização do sujeito, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. A APS deve se responsabilizar pelo incentivo às práticas de promoção à saúde, avaliando as necessidades sociais e de saúde; pelo compromisso de acolher o usuário de forma efetiva, otimizando os atendimentos; e pela elaboração de projetos individuais e coletivos visando melhorar a qualidade de saúde e da assistência.[3]

O acolhimento pressupõe o reconhecimento do outro em suas necessidades, a invenção de estratégias para conduzir um cuidado mais digno e justo, a implementação dos princípios gerais da PNH, a inclusão social e a resolubilidade, tendo como suporte as relações dialógicas.[1,4] Pode disparar reflexões e mudanças a respeito da organização dos serviços de saúde e de como os saberes são utilizados ou não para qualificar as ações no setor; ou seja, qual o grau de acesso e governabilidade das equipes diante das práticas desenvolvidas, priorizando a humanização da atenção.[5-7]

A construção do vínculo favorece a eficácia das ações de saúde e a participação do usuário na elaboração e implementação do projeto terapêutico. Isso propicia o desenvolvimento de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois o vínculo torna-se inexistente se o usuário não for reconhecido na condição de sujeito de direitos, que fala, pensa e deseja.[7-9]

No cotidiano, o acolhimento limita-se, muitas vezes, à dimensão espacial dos estabelecimentos de saúde, havendo preocupação com o conforto, bem como com a beleza de móveis e equipamentos. Em geral, é reduzido a um tratamento de cordialidade na recepção da unidade por um funcionário devidamente treinado para tal função. É realizado como uma triagem dos usuários, sendo feita por um profissional específico, com hora de início e término pré-definidos, em um determinado local, onde serão selecionados sujeitos que farão a consulta médica ou serão encaminhados a outro serviço, por exemplo.

Diante desse contexto e da maneira como o trabalho em saúde se configura, instituem-se práticas desumanizadoras, cartazes informando o número limitado de consultas restringindo o acesso, com distribuição de senhas que garantem o atendimento por ordem de chegada, pouca escuta das necessidades trazidas pelos usuários, fragilidade do trabalho em equipe e prevalência do modelo biomédico de atenção à saúde. [5,10]

O trabalho organizado dessa forma revela o modelo hegemônico, técnico-científico e positivista, o qual é reprodutor do modo tradicional de fazer saúde, caracterizado pela alta rotatividade de trabalhadores nas equipes, centralização do trabalho na figura do médico,[7,11] divisão social do trabalho em saúde e fragmentação da assistência.[7,11-12]

O modelo que fundamenta e guia o trabalho em saúde dificulta a construção do vínculo da equipe com a comunidade, valoriza resultados quantitativos e tecnologias duras, podendo convergir para a baixa resolubilidade do serviço.[13] Nesse contexto, podem ser estabelecidas relações conflituosas entre trabalhadores e usuários, desencadeando assim reações de indiferença, descaso, passividade e acomodação,[8,10,14] o que afeta de maneira direta na qualidade da assistência prestada.

Como produto das relações humanas, o acolhimento vai além da atenção e consideração por outrem. Defende a valorização da subjetividade e a escuta das necessidades dos sujeitos, apreendendo e reconhecendo o ser humano em uma dimensão ampla e complexa.[7,15] Não pode se restringir a mais uma etapa da assistência, mas sim servir como uma ferramenta de mudança das práticas de saúde instituídas com o objetivo de fortalecer as doutrinas e princípios do SUS,[2] com vistas ao empoderamento dos sujeitos como protagonistas em suas vidas e nas escolhas que fazem.

A concepção dos trabalhadores a respeito do acolhimento implica no modo de se trabalhar no campo da saúde. Desvelar esse entendimento pode representar uma possibilidade para transformação da prática e subsidiar espaços de diálogo, à luz do referencial teórico da PNH. Diante disso, acredita-se que, ao analisar uma determinada

realidade, é possível identificar pontos frágeis e fortalecê-los. A compreensão da prática do acolhimento à luz do modelo técnico-assistencial em saúde, proposto pelo SUS, pode ser um potente disparador para transformações do cotidiano, com vistas à qualificação da assistência na perspectiva da humanização e na implementação de um modelo assistencial integral, equânime e justo.

Este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação ao acolhimento e seu desenvolvimento, no Distrito Sanitário I, em Uberaba/MG.

MÉTODO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em Uberaba/MG.

Uberaba é um município situado na macrorregião Triângulo do Sul, no Estado de Minas Gerais/MG. Subdivide-se em três distritos de saúde (Distrito Sanitário I, II e III), visando a melhor localização das subregiões e distribuição dos programas governamentais. Em relação à ESF, o município possui 47 ESFs, 40 urbanas e sete rurais.[16]

O Distrito Sanitário I é o setor de referência para ensino clínico e estágio dos acadêmicos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e contempla um número considerável de equipes, representando bem o modelo de atenção instituído no município em evidência. Diante disso, optamos por esse distrito para compor o cenário do nosso estudo.

O referido distrito conta com 19 equipes da ESF e um total de 289 trabalhadores de saúde, sendo 19 médicos, 19 enfermeiros, 22 auxiliares de enfermagem, 19 cirurgiões-dentistas, 19 auxiliares de consultório dentário e 191 agentes comunitários de saúde.[17] Todas as equipes em foco contemplam tais categorias profissionais. Considerando-se que o acolhimento é uma abordagem a ser implementada por todos os trabalhadores de saúde e, no município em questão, todos eles receberam o mesmo treinamento voltado à temática, optou-se por sortear um trabalhador de saúde de cada equipe, de qualquer das categorias profissionais, para participar da pesquisa. Utilizou-se uma lista com todos os nomes dos trabalhadores de saúde da ESF, sendo o sorteio feito por um membro da equipe.

Os participantes do estudo foram 17 trabalhadores de saúde da ESF do Distrito Sanitário I, que atenderam aos critérios de inclusão: ser trabalhador da ESF e aceitar participar da entrevista após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um médico, nove enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, três auxiliares de cirurgiões-dentistas, um agente comunitário de saúde e um auxiliar administrativo foram os participantes. Para interromper a coleta, utilizou-se o critério de saturação em torno dos eixos temáticos.[18]

Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada, tendo como questões norteadoras: “Fale-me o que você entende por acolhimento”; “Fale-me como o acolhimento é desenvolvido aqui no serviço”; “Fale-me se existem dificuldades para a implementação da proposta do acolhimento aqui no serviço”; “Fale-me sobre acolhimento e modelo técnico-assistencial em saúde”.

A produção dos dados ocorreu de agosto a dezembro de 2010, no local de trabalho dos participantes, sendo o encontro previamente agendado. As entrevistas foram realizadas por duas das pesquisadoras envolvidas no estudo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, procedendo-se posteriormente à análise dos dados. Os trabalhadores de saúde foram identificados como E1, E2, E3 e assim por diante até E17. O TCLE foi assinado pelos sujeitos antes do início do estudo.

Os dados foram submetidos à Análise Temática,[19] seguindo as fases: decomposição em unidades de registro, identificando a essência da ideia exposta pelo participante; divisão das unidades de registro em grupos que compuseram as unidades temáticas; descrição do conteúdo de cada unidade temática. Por fim, procedeu-se à interpretação do que foi revelado pelo participante à luz do referencial teórico sobre acolhimento proposto pelo Ministério da Saúde.[1]

Foram respeitadas as normas éticas da Resolução 466/2012[20] e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com o Parecer nº 1277.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas e os resultados obtidos após Análise Temática, foram abstraídas 82 unidades de registro, divididas em três unidades temáticas: *Percepção do acolhimento*, *Dificuldades na prática do acolhimento* e *Percepção do modelo técnico-assistencial*.

O tema *Percepção do acolhimento* apresenta visões distintas dos entrevistados a respeito do assunto. De um lado, alguns entrevistados expressam uma *visão humanizada do acolhimento*, na qual

defendem a ideia de que os usuários devem ser acolhidos, respeitados e atendidos em suas necessidades de forma cordial e integral. Essa percepção pode ser constatada por meio dos relatos dos trabalhadores:

> *É acolher o usuário na unidade de acordo com as queixas dele e em qualquer momento que ele venha na unidade [...].* (E4)
>
> A*colhimento é o aconchego[...] é[...] então o acolhimento funciona assim, o pessoal vem cheio de problema e a gente tem que tentar resolver de todos que chegam.* (E7)
>
> *Acolhimento é acolher o paciente e saber porquê ele procurou a unidade de saúde e tentar ajudá-lo na melhor maneira possível, tentar resolver as possibilidades todas.* (E16)
>
> *Começa a acolher ele a partir do momento que ele chega. (E17)*

De acordo com as falas, constatamos que alguns trabalhadores de saúde percebem o acolhimento na perspectiva da humanização e destacam que o usuário precisa ser atendido plenamente em suas necessidades. Isso denota a valorização da vida e do agir ético buscando uma assistência mais ampla, com foco que transcende a doença, considerando também a subjetividade e as necessidades do indivíduo.[21]

Nesse sentido, vale lembrar que, para o trabalhador implementar a integralidade no cuidado, é necessário que ele considere o indivíduo como sujeito participante e isto demanda valorização da subjetividade. Acolher o saber e o sentir do indivíduo, por meio de uma escuta terapêutica, é pressuposto básico para um atendimento digno e de qualidade.[22]

Os trabalhadores precisam compreender que não basta ter conhecimento técnico e ser ético, pois há de se atrelar a competência técnica aos laços de solidariedade, respeito, ternura e preocupação com o outro; promovendo também relações afetivas com os colegas da equipe, tornando assim o ambiente de trabalho harmonioso e prazeroso. As mudanças no ambiente físico são necessárias, porém as mudanças nas práticas profissionais quando se trata de humanização são fundamentais.[23]

Se de um lado, os entrevistados expressam uma visão humanizada do acolhimento, por outro, alguns o percebem através de outra perspectiva, que é representada pela *visão fragmentada da assistência à saúde*. Tal visão revela a força do modelo biomédico como guia para as ações em saúde, reforçando uma assistência recortada em especialidades com prejuízo da compreensão do indivíduo como um todo, ênfase no agendamento de consultas e o entendimento de que o acolhimento se faz por meio de palestras. Alguns relatos confirmam essas observações:

> *A gente faz essa capacitação muito em grupo, a gente tem muito sucesso se fizer elas em grupos (...) e o acolhimento, por enquanto, é só através de palestras [...]. (E1)*
>
> *A gente tenta resolver o problema da pessoa, na medida com que a gente pode, né! Se ela quer uma consulta com uma queixa determinada, a gente tenta resolver. Se não tem consulta, a gente tenta encaminhar pra outro lugar. Se a pessoa vem pegar um remédio, aí tem que fazer um cadastro, tem que ter um documento, daí a gente tenta resolver na medida do possível [...]. (E5)*
>
> *A gente vai ver o quê que é, se vai passar por uma consulta, se é aferir uma pressão, se é uma vacina, ou é só uma informação que não tem nada a ver, assim[...] com a saúde mesmo. (E5)*
>
> *O pessoal chega, a gente acolhe e vê o que é, qual consulta; qual especialização que é, pra tá encaminhando pro setor. (E7)*

Com base nas falas, observamos que a assistência é reativa com base na queixa do usuário. Quando o entrevistado afirma que o acolhimento é feito somente por meio de palestras, questiona-se o que os profissionais de saúde entendem por acolhimento, pois as falas expressam uma concepção que o acolhimento é uma etapa, uma parte do trabalho em saúde, realizado através de ações pontuais.

Vale ressaltar que o acolhimento é uma tecnologia que precisa integrar a "caixa de ferramentas" em todo e qualquer tipo de atendimento. Entretanto, a percepção fragmentada do atendimento pode ser agravada pelas condições do trabalho e estilo próprio de cada profissional, fortalecendo o modelo biomédico e evidenciando o despreparo para lidar com a subjetividade do usuário.[24]

Suspeita-se que este modelo de atenção, que conduz à percepção e implementação de um acolhimento fragmentador de ações, é reforçado não só pelo trabalhador, mas pela formação que ele recebe e pela falta de capacitação em serviço.

O Programa de Humanização envolve não só aspectos técnicos, mas relacionais, incentiva os trabalhadores de saúde a atenderem de modo acolhedor, superando o modelo biomédico produtor de procedimentos. Seja qual for a profissão, a busca desse equilíbrio deve ser constante, respeitando o indivíduo como um todo, sabendo que ele está inserido em um contexto social e cultural estruturado

que envolve saberes, estado de espírito e autonomia.[8,25]

Outro tema que emergiu das entrevistas foi *Dificuldades na prática do acolhimento,* a qual expressa os obstáculos revelados pelos entrevistados para a realização do acolhimento. Destacaram que o que dificulta a sua realização é a limitação do número de profissionais, os problemas com a qualificação profissional, a limitação da estrutura física, a grande demanda e o fator tempo. Isso pode ser observado nas seguintes falas:

> *Fala que o acolhimento, até o guarda pode fazer o acolhimento, mas nem todo mundo tá preparado pra isso. [...]a gente (enfermagem) acolhe sempre, agora, o restante, acho que deveria ter treinamento e tem dificuldade. (E5)*
>
> *A pessoa fica andando meia hora pra o problema nem ser resolvido aqui e, às vezes, a informação que ela quer nem esteja aqui dentro da unidade, isso eu acho que é dificuldade[...] acho que no sentido da falta de treinamento por parte de todos. (E5)*
>
> *Na verdade, nós não fazemos o acolhimento, até porque acho que a demanda é muito grande, falta profissional pra tá fazendo esse atendimento mais individualizado. (E15)*

Com relação à limitação do número de profissionais e à baixa qualificação profissional, fica evidente que alguns profissionais, por não realizarem o atendimento acolhedor, se justificam na desorganização da unidade de saúde e no hábito de culpar o outro, o que pode gerar a sensação enganosa de nunca ser corresponsável pelo problema.[15]

Alguns entrevistados indicaram a limitação da estrutura física como fator dificultador para a prática do acolhimento. Isto é constatado nos relatos a seguir:

> A *gente não tem uma triagem, o que a gente tem é uma sala de espera [...] cada dia é um profissional que faz uma palestra [...] um grupo de palestra só.* (E1)
>
> A *estrutura física, a estrutura física é a maior dificuldade.* (E6)
>
> *A dificuldade é falta de espaço.* (E12)

De acordo com alguns autores, a questão do espaço físico é condição importante para a realização do acolhimento. O acolhimento não é realizado de maneira satisfatória quando o ambiente físico está disposto de forma desorganizada, implicando em uma má qualidade da prestação de assistência de saúde. A estrutura física e a organização da unidade influenciam no modo como o usuário é recebido e como ele interpreta esse atendimento, sendo que algumas ESFs não possuem infraestrutura adequada para acolher o usuário de forma humanizada.[5]

O vínculo de confiança profissional/usuário pode ser facilitado se o ambiente for acolhedor, harmonioso, com espaços privativos e com garantia de sigilo, resultando em um melhor atendimento, possibilitando a assistência humanizada e ética.[26]

Ressaltamos, por sua vez, que o fato de se ter adequada estrutura física não assegura um atendimento humanizado e acolhedor, pois o espaço físico adequado é condição necessária, mas não suficiente para a realização de um acolhimento com qualidade. Entendemos que a privacidade deve ser garantida em todo e qualquer atendimento, mas a atitude acolhedora não é realizada pelo espaço físico, mas pelo trabalhador de saúde.

Outras dificuldades mostradas pelos entrevistados se relacionam à grande demanda como algo que dificulta a prática do acolhimento, culpabilizando o atendimento não acolhedor pelo elevado número de usuário a serem atendidos.

> *Nossa demanda espontânea é muito grande, que você tá mudando esse pensamento da população ainda é muito difícil. (E1)*
>
> *A demanda é muito grande pra fazer acolhimento, então a gente faz marcação [de consulta]. (E15)*

Muito além de uma diferença teórica, o acolhimento, como prática, mantém-se atrelado a uma atividade técnica e à postura de acolher distante do ideal no plano real das ações.[25] A demanda não pode ser responsabilizada por um atendimento desumanizado; logo, os trabalhadores precisam estar sensibilizados para um tratamento digno e acolhedor a todos os usuários, independente de quantidade, e, a partir disso, criar vínculos de confiança. Talvez uma mudança seria se pensar o trabalho em saúde de maneira mais proativa, sendo as ações planejadas em distintos setores, uma vez que a organização e a valorização do conhecimento dos diferentes profissionais da saúde na construção deste processo de trabalho permite o desenvolvimento e a implementação de estratégias de enfrentamento das necessidades do usuário.[7-8,14,27]

Um entrevistado identifica que o tempo é um fator dificultador para a prática do acolhimento, pois acredita que "fazer o acolhimento" exige mais tempo.

> *Não sinto muita dificuldade, o problema é que o acolhimento demanda maior tempo, então o maior problema é esse.* (E17)

Tal fala reflete um modelo instituído no cotidiano que preconiza o rápido

atendimento, buscando identificar queixas a serem resolvidas. Nem sempre as necessidades dos usuários podem ser expressas em poucas palavras e nem tampouco resolvidas com uma prescrição. Podem demandar mais tempo na escuta e no entendimento do sofrimento que o usuário vivencia. Acredita-se que alguns trabalhadores de saúde percebem o acolhimento como outro serviço a ser desenvolvido, outra etapa do processo de trabalho. Talvez não tenham se dado conta de que o acolhimento deve ser inerente a todo e qualquer tipo de atendimento, ou seja, a assistência precisa estar impregnada de acolhimento em sua essência.

No município em foco, o acolhimento ocorre como um momento específico para identificação de necessidades, queixas e para o direcionamento adequado do usuário, ou seja, identifica-se a queixa e faz-se o encaminhamento para o profissional responsável por aquele tipo de atendimento. Isso reduz a proposta do acolhimento a uma etapa do projeto terapêutico, desvinculada do todo.

O usuário deve ser respeitado em seu direito de ser assistido de forma integral e humanizada, e ter suas necessidades atendidas de forma respeitosa, em sua totalidade, independente das dificuldades do serviço.[26] Talvez os trabalhadores não tenham se atentado ainda para o fato de que acolher é pressuposto indispensável para a assistência, uma vez que, ao colocar-se como referência nesse processo, será possível promover o empoderamento do usuário perante o cuidado em saúde.[28]

Outro tema foi *Percepção do modelo técnico-assistencial*. Os entrevistados relataram que o modelo que guia as suas ações fundamenta-se na promoção da saúde, prevenção de doenças e na recuperação.

> *A gente trabalha com promoção e prevenção da saúde, a promoção da saúde e recuperação também [...] promove a saúde através da capacitação da comunidade. (E1)*
>
> *A gente foca na saúde da família, é prevenção e promoção. (E4)*
>
> *Aqui, por ser um serviço de nível primário, a gente trabalha na questão da prevenção. (E14)*
>
> *Modelo de atenção básica, primária, aqui a gente segue mais o método de prevenção, prevenir pra não acontecer alguma coisa. (E17)*

Constatamos que o trabalho em saúde pauta-se, muitas vezes, na prevenção de doenças, pois a promoção da saúde representa uma dimensão mais ampla fundamentada na integralidade, participação social, englobando inclusive políticas públicas saudáveis e empoderamento da comunidade.[7-8,29-30]

Ao serem questionados a respeito de modelo técnico-assistencial, que era uma das questões norteadoras da entrevista, alguns entrevistados não conseguiram falar a respeito, pois desconheciam o assunto. Isso é constatado nas seguintes falas:

> *Eu não sei te responder isso direito. [referindo-se ao modelo técnico-assistencial] (E2)*
>
> *Sinceramente, eu nunca ouvi falar. [referindo-se ao modelo técnico-assistencial] (E3)*
>
> *Esse modelo técnico aí, eu achei muito complexo, não entendo isso aí. (E6)*

O acolhimento pressupõe uma postura humanizada do trabalhador de saúde e uma assistência integral, equânime e justa. Mas, para se conseguir efetivar tal prática, é fundamental rever o modelo instituído no cotidiano, pois o acolhimento demanda um modelo de atenção que busque mais do que um olhar assertivo sobre questões palpáveis solucionáveis por meio de prescrições. É preciso ir além e contribuir para a reconstrução de um modelo que possibilite reinventar o fazer em saúde com foco no desenvolvimento da autonomia e do autocuidado dos sujeitos.

Diante disso, acredita-se que os trabalhadores não fazem reflexões a respeito de como o trabalho tem sido realizado. O cenário dos serviços deveria atuar como um espaço que promovesse discussões, reflexões e negociações a respeito do fazer em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos permitiu constatar que existe uma ideia instituída de que o acolhimento representa mais uma etapa do processo de trabalho. Alguns trabalhadores o descreveram na perspectiva da humanização, mas muitos o articularam com uma tarefa a mais a ser realizada, entendendo que ao trabalhador compete a tarefa de identificar o problema e resolvê-lo. A resolubilidade nos serviços de saúde é fundamental, mas, nos relatos, a questão de resolver o problema tem como foco o modelo biomédico, pautado na queixa-conduta e em atos normativos. Diante disso, percebemos que os serviços de saúde são realidades singulares, complexas e repletas de contradições e maneiras distintas de se trabalhar.

Os trabalhadores ressaltaram a ideia de que o acolhimento requeria maior número de trabalhadores, mais tempo do trabalhador e demandava estrutura física adequada.

Constatamos que a cultura de que o acolhimento deveria ocorrer em horário determinado, em salas específicas e por trabalhador apto a desempenhá-lo, demonstra que muitos desconheciam a perspectiva da humanização.

A concepção que se tem a respeito de acolhimento foi coerente com o modelo fragmentado instituído no cotidiano, no qual o acolhimento foi identificado como mais uma etapa do processo de trabalho. Suscitou-se que não existia a percepção do acolhimento como tecnologia leve a ser utilizada durante todo o processo de cuidado.

A prática cotidiana ainda não absorveu o acolhimento como atitude de escuta, de aproximação e de respeito. Para se trabalhar em saúde é fundamental conhecer os caminhos que podem ser trilhados e quais os resultados que podem ser alcançados. Os trabalhadores precisam conhecer, discutir e debater sobre novas possibilidades no trabalho. O modelo de atenção reativo centrado na queixa-conduta e em soluções prescritivas não tem contribuído para o desenvolvimento do autocuidado e da autonomia dos sujeitos que são usuários dos serviços e protagonistas em suas vidas.

Acreditamos que tais considerações podem ser utilizadas na prática para guiar discussões nos processos de educação em serviço, partindo-se de questões reais e palpáveis para que o grupo de trabalhadores repense a sua atuação. Sugerimos que sejam realizadas oficinas em serviço com o objetivo de ampliar o olhar sobre o objeto de trabalho, reconstruir conceitos e rever concepções. Não pretendemos esgotar a temática e acreditamos que novos estudos devem ser desenvolvidos para elucidar os pontos frágeis e fortalecê-los.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Programa de Educação Tutorial (PET).

FINANCIAMENTO

Apoio financeiro do MEC/CAPES, por meio do Programa de Educação Tutorial (PET).

REFERENCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

2. Souza ECF, Rosana RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad saúde pública [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 15];24(supl.1):100-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf

3. Brasil. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Politica Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4. Falk MRL, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev APS [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2013 Oct 17];13(1):4-9. Available from: http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/350/291

5. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campos RC, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-42.

6. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2007 Feb [cited 2013 Aug 11]; 23(2):331-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf

7. Moura GMSS, Magalhães AMM, Souza DB, Dall'Agnol CM. The social representations of the process of choosing leaders in the perspective of the nursing team. Rev esc enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 July 21];46(5):1155-61.Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_17.pdf

8. Cardoso ASF, Dall'Agnol CM. Group Process: reflections of a nursing team. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 July 21]; 45(6):1406-12. Available from: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69691/000819074-02.pdf?sequence=2

9. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad saúde pública [Internet]. 2004 Nov/Dec [cited 2013 Sept 12];20(6):1487-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf

10. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento Interface comun saúde educ [Internet]. 2005 Mar/Aug [cited 2013 Sept 30];9(17):419-24. Available from:

http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114100027

11. Schoze AS, Duarte Junior CF, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface comun saúde educ [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2013 Sept 10];13(31):303-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf

12. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 1999 Mar/Apr [cited 2013 June 19];4(2):305-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf

13. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad saúde pública [Internet]. 2004 Mar/Apr [cited 2013 july 10]; 20(2):502-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/18.pdf

14. Bernardes A, Cummings G, Évora, YDM, Gabriel CS. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. Rev latinoam enferm [Internet]. 2012 Nov/Dec [cited 2013 Sept 21];20(6):1142-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/17.pdf

15. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. Interface comun saúde educ [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2013 Sept 19];27(12):749-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a06v1227.pdf

16. Uberaba. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo. Uberaba em Dados: ano base 2008. Uberaba (MG): SMDET; 2009.

17. Uberaba. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB/2008. Uberaba (MG): SMS; 2008.

18. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad saúde pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2013 June 23];27(2):389-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf

19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

21. Silva CRA, Lunardi Filho WD, Backes DS, Silveira RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento do Programa Nacional de Humanização. Cienc cuid saúde [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2013 July 15];10(1):35-43. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8901/pdf

22. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Sept/Oct [cited 2013 Mar 18];14(supl.1):1523-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf

23. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VLA. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. Texto contexto enferm. [Internet]. 2005 July/Sept [cited 2013 Mar 28]; 14(3):427-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a15.pdf

24. Oro J, Matos E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. Enferm. foco(Brasília) [Internet]. 2011 Nov [cited 2013 Mar 18]; 2(2):137-40. Available from: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/113/95

25. Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde Soc [Internet]. 2005 Sept/Dec [cited 2013 Mar 18];14(3):111-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf

26. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Mar 18];15(supl.3):3569-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf

27. Sá CMCP, Moura SG, Braga LAV, Dias MD, Ferreira Filha MO. Experiência da implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 July [cited 2013 Aug 10];7(spe):5029-35. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2867/pdf_3098

28. Rosa SM, Souza AC, Araújo FCA, Marques D. Acolhimento e vínculo: percepções a partir

de uma equipe de saúde da família. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Sept [cited 2013 June 20];6(9):2071-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2711/pdf_1432

29. Carvalho SR, Gastald D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 Dec [cited 2013 Mar 18];13(supl.2):2029-40. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07

30. Chiesa AN, Fracolli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev esc enferm USP [Internet]. 2013 Oct [cited 2013 Aug 15];43(2):1352-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a36v43s2.pdf

Submissão: 03/11/2013
Aceito: 15/01/2014
Publicado: 01/05/2014

Correspondência

Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Enfermagem
Praça Manoel Terra, 330
Bairro Abadia
CEP: 38025-015 — Uberaba(MG), Brasil