

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**O ACOLHIMENTO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Fernanda Geremias Cordeiro

GOVERNADOR VALADARES

2010

FERNANDA GEREMIAS CORDEIRO

**O ACOLHIMENTO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

GOVERNADOR VALADARES

2010

FERNANDA GEREMIAS CORDEIRO

**O ACOLHIMENTO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

Banca Examinadora:

Prof.: Maria Teresa Marques Amaral

Prof.: _____

Prof.: _____

Aprovada _____ / _____ / _____

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais esta etapa vencida e pelo dom da vida.

A minha família, em especial aos meus pais pelo amor e dedicação incondicional.

Ao meu namorado Mauro pelo companheirismo.

A equipe da ESF Carapina II e aos meus pacientes que foram muito importantes para essa vitória.

As tutoras Ayla e Fernanda pelo conhecimento transmitido e cumplicidade.

A orientadora Maria Teresa pela paciência.

A minha eterna professora Yara, exemplo de profissionalismo.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”!

Florence Nightingale

RESUMO

Este estudo objetiva destacar as estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro para a realização de ações comprometidas com a promoção da qualidade da assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, através de uma revisão integrativa da literatura. A ESF busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar na perspectiva de mudança do modelo assistencial, além da formação do vínculo que ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, objetivando envolver afetividade, ajuda e respeito, formando sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois não se reconhece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Daí, entender a relação entre usuários e profissionais ser um dos pilares que sustenta a estratégia do acolhimento. Nesse sentido, o acolhimento constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, indo ao encontro das propostas da Estratégia Saúde de Família (ESF). Dessa maneira, o acolhimento possibilita encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a equidade na atuação da ESF e a organização da demanda na assistência aos usuários.

Palavras chave: Cuidado de Enfermagem. Saúde da Família, acolhimento, humanização na Assistência.

ABSTRACT

This study aims to highlight the strategies that can be used by nurses to perform actions committed to promoting the quality of nursing care at the Family Health Strategy through an integrative literature review. The ESF aims to break with crystallized paradigms and incorporates new thinking from the perspective of health care change, besides forming a connection that is the relation between user and worker health, aiming to involve affection, respect and help forming autonomous individuals, both professionals and users therefore not recognized bond without the user is recognized as a subject who speaks, thinks and wants. Hence, understanding the relationship between users and professionals to be one of the pillars underpinning the strategy of the host. Thus, the host is a way to humanize and organize work in health, meeting the proposed Family Health Strategy (FHS). Thus, the host enables forward the most immediate needs of the population served by preserving the equity in FHP teams and the organization of assistance to users on demand.

Keywords: Nursing Care. Family Health. Host. Humanization of assistance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4 METODOLOGIA.....	12
5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	14
5.1 O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	14
5.2 O ACOLHIMENTO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	17
5.3 PRINCÍPIOS E DIMENSÕES DO ACOLHIMENTO.....	21
6 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Em busca de possíveis entendimentos de como os profissionais de enfermagem por meio do acolhimento desenvolvem ações de saúde com conhecimento, habilidade e competência, objetivando atender às expectativas dos usuários e alcançar a almejada qualidade assistencial, realizei uma revisão integrativa da literatura, por meio de análise de artigos publicados em periódicos nacionais, buscando destacar estratégias dentre as contribuições das pesquisas produzidas pela Enfermagem brasileira acerca da temática qualidade da assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, que desde a década anterior já experimentava, em algumas regiões, empreitadas menos abrangentes, porém bem-sucedidas, tendo como principal exemplo o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), criado em 1991. Atualmente, preconiza-se o uso do termo Estratégia Saúde da Família (ESF), termo que circunscreve a maior parte dos princípios que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre tais princípios, talvez um dos mais significantes seja a integralidade, que desloca o eixo da atenção às doenças ou partes do indivíduo, tratando-o por especialidades restritivas, para o desafio de entender o indivíduo em sua totalidade, englobando todas as suas necessidades. O atendimento a estas necessidades partiria de uma responsabilização clínica, sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas. Tal perspectiva se torna mais eficiente quando se acolhe e vincula os indivíduos ao serviço de saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

Diariamente nos serviços de saúde percebe-se que a população, muitas vezes, tem extrema dificuldade de acesso aos serviços. Podem-se observar alguns determinantes, tais como, o processo de trabalho deficiente, desorganização da demanda programada e espontânea, ausência de acolhimento e precariedade na humanização da assistência, entre outros. Todas essas diversidades de complicações muitas vezes associam ao despreparo de profissionais de saúde para lidarem com aspectos subjetivos das pessoas, distanciando o olhar do corpo doente para ver o contexto individual, familiar e comunitário (TEIXEIRA, 2003).

Com a intenção de melhorar essa problemática exposta, Carvalho & Campos (2000) propõe um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. Esse arranjo seria o acolhimento na saúde, o qual foi colocado como ferramenta tecnológica para construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da

inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania.

O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Desta forma, a acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda espontânea e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.

Para Santos *et al.* (2007, p. 76): “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”.

Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo à melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos. Nesse encontro, entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

O trabalho em equipe e a co-responsabilização em relação aos usuários favorecem o acesso a Atenção Primária (eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial), otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção. Isso ocorre como parte de uma política transversal de humanização do SUS, o Humaniza SUS, 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).

Tal recurso é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. O acolher é tido como uma etapa inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e nas leve-duras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem (MERHY *et al.*, 1997).

Um dos pilares que sustenta ou concede viabilidade à proposta do acolhimento é a maneira como se dão as relações entre os diversos atores envolvidos. "Essa proposta de acolhimento se apóia no reconhecimento das relações entre as pessoas no momento do atendimento como uma das questões-chave, e em especial a relação trabalhador-usuário." (MATUMOTO, 2002).

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 construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (CAMPOS, AGUIAR e OLIVEIRA, 2002).

Neste sentido, Merhy *et al.* (1997) afirma que a relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador.

Assim, entender como se dá a relação entre usuários e profissionais na ESF e se ocorre uma negociação entre sujeitos para que sejam eleitas as necessidades de saúde é de suma importância para dar continuidade aos cuidados em saúde. E para dar início a esta relação colocada acima, o acolhimento é uma ferramenta que procura melhorar o vínculo e acesso da população ao serviço de saúde. No entanto os profissionais da ESF na maior parte das vezes desconhecem ou não fazem uso dessa ferramenta em sua prática diária.

Com as mudanças na prestação de serviços e no padrão de comportamento da sociedade, o cidadão comum passa a exigir qualidade ao consumir serviços e produtos, deixando de agir de forma passiva e condescendente. Nesse sentido, ao profissional de enfermagem é solicitada a uma atitude auto-avaliativa, de reflexão acerca de seu comportamento diante dos desafios que a prática diária o impõe e, possivelmente, evolução da profissão (BARBOSA e MELO, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

O acolhimento é hoje uma estratégia necessária na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, portanto, um dispositivo potente para atender a exigência de acesso entre usuário e trabalhador. O conhecimento adquirido no decorrer da especialização foi crucial para aprimorar meu processo de trabalho, ampliar o conceito de saúde pública, mudança de visão sobre ESF, conhecimento sobre a efetividade e importância do acolhimento resolutivo. Ao iniciar o curso em Saúde da Família, fui impulsionada a praticar e aperfeiçoar cada vez mais meu trabalho, e tive a oportunidade de aprender que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da unidade e nos domicílios. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer saúde e também aprendi a trabalhar de fato o acolhimento não só com os usuários, mas com toda a equipe da ESF, pois entendo que a equipe deve se acolher e compreender o processo para que possamos ter capacidade de acolher os usuários.

Por essa razão, o interesse pelo estudo consiste em buscar maiores embasamentos de como a incorporação do acolhimento como estratégia de qualidade do serviço de saúde na ESF se torna fundamental para os usuários e, conseqüentemente, para os profissionais, pois, entende-se que a prática do trabalho em saúde deve ser aprimorada e, que as necessidades e expectativas do usuário em relação à equipe devem ser conhecidas e consideradas base de toda a assistência a ser desenvolvida.

Como enfermeira que atua na ESF, tenho observado a importância da escuta qualificada e do acolhimento de qualidade, podendo ser realizado por todos da equipe e assim conseqüentemente proporcionando o atendimento digno e resolutivo, onde todos os envolvidos são beneficiados.

Daí, considerar este estudo importante, pois, enquanto profissional da área de saúde, precisamos lutar cada vez mais pela melhoria da saúde pública brasileira e das condições de vida da população e, sendo, o acolhimento eficaz um dos grandes marcos que faz parte desta trajetória.

Isso implica realizar uma revisão integrativa da literatura especializada nesse assunto para melhor identificar e reforçar a importância do acolhimento como elemento central da qualificação da atenção primária à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O estudo tem como objetivo a revisão integrativa da literatura para compreender as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na realização de ações comprometidas com a promoção da qualidade da assistência de enfermagem.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de atendimento e priorizando o acolhimento com resolutibilidade.
- Analisar a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que tange a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas.
- Melhorar a qualidade do acolhimento na ESF.

4 METODOLOGIA

A pergunta que permitiu direcionar o trabalho foi assim formulada: quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para a realização de ações comprometidas com a promoção da qualidade da assistência de enfermagem? Como resposta prévia acredita que a qualidade da assistência de enfermagem é algo a serem almejados todos os dias, em todo e

qualquer tipo de atividade voltada para o atendimento acolhedor, estabelecendo vínculos e responsabilização para o alcance da resolutividade nas diferentes situações vivenciadas pelos usuários na prestação de assistência em saúde.

O procedimento proposto foi uma revisão integrativa da literatura de artigos nacionais, tendo como propósito sumarizar os estudos já concluídos nesta área, em bases de dados no período de 1994 a 2009 como: SciELO (Rer. Physis, Interface-Com.Saúde, Educ., Arq. Méd. ABC, Cader. Saúde P., Abrasco, Anais); BIREME (Interface-Com.Saúde, Educ); Espaço Saúde (Rev.Espaço para a Saúde); Portal Saúde (orientações, HumanizaSus, portaria), utilizando para sua busca as palavras chaves: Cuidado de Enfermagem, Saúde da Família, Acolhimento, Humanização na Assistência, em bases de dados no período de 2001 a 2009 como: SciELO (Revista Bras. Enfermagem; Rev. Physis; Interface-Com.Saúde; Educ., Arq. Méd. ABC; Cader. Saúde P.; Abrasco; Anais; Acta Paul Enferm); BIREME (Interface-Com.Saúde, Educ); Espaço Saúde (Rev.Espaço para a Saúde); Portal Saúde (orientações, HumanizaSus, portaria).

De acordo com Barbosa e Melo (2008, p. 368) “a revisão integrativa da literatura é definida como aquela em que conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizadas a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico”.

Ou seja, “a revisão integrativa da literatura, tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, permitindo avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para a sua incorporação na prática” (SILVEIRA e GALVÃO, 2005, p. 277).

Pretendemos então, nesta investigação, apreender o conteúdo e os elementos constitutivos da Estratégia Saúde da Família sobre o acolhimento eficaz, por meio de resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, verificando seu valor teórico, sua importância histórica.

5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

5.1 O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Afirmam Barbosa e Melo (2008) que o enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência a ser desenvolvido em relação ao paciente e tudo que o envolve no contexto em que está inserido. Por isso, a assistência de enfermagem deve ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, satisfação do usuário e seus familiares.

Nessa perspectiva, o acolhimento na qualidade da assistência de enfermagem na Atenção Básica na ESF evidencia que os membros da equipe de enfermagem sejam capacitados, a fim de prestarem cuidados que permitem identificar as necessidades e vulnerabilidades do usuário.

Dessa forma, aprovado pela Portaria n. 3.925 de 13/11/98, o Manual para Organização da Atenção Básica (Brasil, 1999), vem reforçar a importância da Atenção Básica como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos serviços de saúde, voltadas para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação da saúde.

O Programa Saúde da Família, a partir da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, passou a ser considerado uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, denominado de Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família surge a partir da experiência acumulada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e tem hoje uma importância significativa. Justifica-se pela necessidade de conhecer de que forma o enfermeiro contribui para o fortalecimento da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), como parte da estratégia de reorganização da atenção básica no contexto do novo modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família - ESF compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio

de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A ESF é uma estratégia de atenção primária que visa tanto prestar assistência na unidade de saúde, quanto desenvolver tradicionalmente ações em domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros da família são acompanhados. A proposta nasceu com a finalidade da descentralização e conseqüentemente a municipalização dos serviços de saúde. Ela veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por uma equipe de saúde multiprofissional para a comunidade, onde a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência denominando atenção básica. Se vinculada à rede de serviços, garante a atenção integral aos indivíduos, à família assegurada, à referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, territorialização e cadastramento de moradores demarcando o território de assistência, sendo cada equipe composta de no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: universalidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. Portanto, a ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família é de grande relevância e vem sofrendo uma expansão nos últimos anos. Através dela se propõe uma reorientação do modelo

assistencial de saúde, como o objetivo de reorganizar a prática assistencial, tendo o indivíduo e a família como foco que busca a incorporação da promoção da saúde num trabalho comunitário dentro de uma lógica de responsabilização que possa contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas.

Portanto, a ESF tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios centrando a atenção na família, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Assim, é entendida como uma unidade de cuidado no processo de trabalho que trabalha com indivíduos e família, que reconhece e compreende como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar, incorporando este conhecimento ao plano de cuidado. Isso possibilita à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que vão além das práticas curativas, tendo como princípios: o caráter substitutivo, a integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

É interessante lembrar que conforme o Ministério da Saúde (2001) a atuação do Enfermeiro também é de natureza legal, ética e política, defendendo famílias que podem estar numa condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas, de modo a interferir em políticas e ações de assistência que beneficiem a família e sociedade como um todo. Isso implica entender a Saúde da Família como estratégia de mudança, repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os grupos envolvidos no processo de produção social da saúde, respeitando suas culturas. Portanto, o papel do enfermeiro em saúde da família implica relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais, dentre outros. Retrata assim, uma mudança na prática convencional da assistência à saúde, pois garante a continuidade do atendimento ao usuário da saúde consolidando seu papel na equipe de atenção básica à saúde.

Mediante essas considerações, podemos concluir que o enfermeiro da ESF deve ser um profissional preparado para atuar dentro do Humaniza SUS - Plano Nacional de Humanização, criado pelo Ministério da Saúde, como proposta de uma nova relação entre usuários e profissionais de saúde, visando um Sistema Único de Saúde mais acolhedor, mais ágil, que reconheça e respeite a diversidade do povo, oferecendo a todos o mesmo tratamento, sem distinção de raça, cor, origem ou orientação sexual, construído com a participação de trabalhadores, gestores e usuários e, principalmente, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Scholze *et al.* (2006) o Humaniza SUS 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.

5.2 O ACOLHIMENTO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O acolhimento como estratégias que estimulam o despertar da motivação nos membros da equipe de enfermagem deve ser estudadas e implementadas de modo a gerar um círculo virtuoso, que se ajusta à satisfação do usuário e do profissional. Para Barbosa e Melo (2008) o empenho de todos os membros da equipe pode desencadear todo um processo determinante da qualidade da assistência.

Ferreira (2008, p. 90) conceitua acolhimento como “acolhida”. Isso leva a entender que é uma forma de receber alguém acolhedoramente. Por isso, acolhimento é um elemento importante no processo de trabalho do profissional da saúde, que exige muito esforço e dedicação, uma vez que é grande a pressão dos usuários no atendimento imediato.

Segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento se refere à:

“(...) recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004, p. 41).”

Segundo Costa (2004, p. 23) “as diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro”. Ou seja, na construção das relações entre o serviço e usuários, entre trabalhadores e usuários a comunicação é um dos aspectos fundamentais para este entendimento de acolhimento.

Para Oliveira *et al.* (2008) faz-se necessário a capacidade de diálogo entre trabalhadores da saúde e destes com os usuários, na intenção de construir, de maneira co-responsável, um serviço resolutivo que atenda as necessidades de todos esses atores, bem como relações que produzam ou fortaleçam a autonomia dos usuários. Todavia, afirma os autores, não é comum encontrarmos um campo fértil para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, devido à própria lógica dos serviços, ou seja, a configuração do processo de trabalho. No entanto, a comunicação deve ser trabalhada entre todos os atores envolvidos nas práticas de saúde, de forma franca e objetiva, visando à criação de vínculo por meio de uma escuta empática, tendo como objetivo final um atendimento resolutivo para o usuário.

Na mesma direção, Fillipini *et al* (2006, p. 73), referem à habilidade dos profissionais, afirmando que ela não deve se restringir apenas à comunicação verbal: “necessidade de

sensibilidade dos profissionais para executarem os cuidados, observando manifestações verbais e não-verbais do cliente”.

No entendimento de Silva (2005), a relação entre trabalhador e usuário deve ser planejada na comunicação empática, no sentido de compreender e respeitar as percepções do outro em relação à vida. Também Teixeira (2003) trabalha com a abordagem do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”.

Teixeira (2003, p. 99) propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá (ou deveria se der) no interior dos serviços de saúde e que ele considera como:

- a) Uma espécie de mola mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde.
- b) Convidam o usuário a freqüentar outros espaços, a entreter outras conversas. Com isso, o autor quis dizer que o acolhimento tem um papel fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde, ocupando todos os lugares e tendo o papel de receber e interligar uma conversa à outra, conectando os diferentes espaços de conversa, e se dá em qualquer encontro trabalhador-usuário.

Assim, segundo Teixeira (2003, p. 101):

“O “acolhimento-diálogo” pode oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede e ocorre em todos os encontros assistenciais durante a passagem do usuário pelo serviço, porque se trata efetivamente da contínua investigação/elaboração/negociação das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço, processo que não deve deixar nunca de acontecer, tendo em vista que as necessidades não são imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas.”

O autor nos leva a entender que o acolhimento é um conteúdo de toda atividade assistencial em que busca o reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários.

No mesmo entendimento, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) denominam de acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários, estruturados enquanto “relação de ajuda”. Os autores pontuam algumas mudanças operadas pela implementação do acolhimento especificamente no trabalho de enfermagem. A enfermeira, além de acolher, ficou responsável pela supervisão do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, pelas orientações sobre as condutas e

utilização dos protocolos, elaborados pela equipe e que indicavam as condutas a serem tomadas diante das queixas mais comuns dos usuários que procuravam a unidade e as atribuições de cada membro da equipe.

Nesse sentido, Franco e Merhy (2003, p. 332) consideram que:

“O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento” como central no atendimento aos usuários. Abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas” para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários.”

Daí, a importância na organização do processo de trabalho em saúde, a efetivação de procedimentos com vistas a tornar mais dinâmica a comunicação e a integração entre a equipe da saúde da família e os demais membros da ESF, pois a própria característica da prestação de serviços de assistência em saúde exige uma interação que dê suporte no atendimento em saúde, rompendo com o modelo de divisão do trabalho e desigual valorização social dos trabalhadores. Assim, estudar o acolhimento na ESF remete-nos a reflexões a respeito das relações usuários e profissionais, pois o acolhimento como bem explica Ney (2006, p. 18) “não se limita à recepção dos serviços de saúde e sim, ele deve ocorrer em todos os locais e momentos em uma unidade de saúde”.

Dessa maneira, é preciso “qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. Tudo isso, está incluído no contexto atual de construção do SUS para que seja potencializada a proposta de acolhimento como diretriz operacional dos serviços de saúde.

Franco e Merhy (2003) apresentam o acolhimento como à possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitam, possibilitando um novo formato na organização da assistência, a partir da reorganização dos processos de trabalho.

Como adverte Merhy (1994, p. 138):

“A função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações. O acolhimento é uma relação humanizada acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.”

Portanto, o autor aborda o acolhimento como um “não-lugar”, mas o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, onde este último projeta a entrada na rede de saúde, tentando mostrar que merece ser cuidado. Esse encontro dá início a um processo relacional onde opera o trabalho vivo, em ato. Propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Nessa perspectiva, o acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma como referência algumas características, porta de entrada, integração aos demais níveis de sistema, coordenação do fluxo de atenção.

Vale ressaltar que a criação de vínculo é fundamental para se desenvolver uma relação de confiança que leve o usuário a aderir às ações de saúde propostas, e, mais que isso, para envolvê-lo de maneira ativa em seu próprio cuidado. E isso começa a se constituir a partir do primeiro momento de encontro. Por isso, a formação do vínculo deve ocorrer pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde. No entanto, faz-se necessário afetividade, ajuda e respeito para que o serviço em saúde amplie a eficácia das ações e favoreça a participação do usuário.

Assim, o acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e, também, como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais da saúde, especialmente na Atenção Primária.

Machado *et al* (2005, p. 68) sustentam que:

“Fazendo parte dessa política, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo os princípios do SUS.”

Segundo Campos, Aguiar e Oliveira (2002), o SUS seria um sistema centrado na democratização, descentralização, modernização da gestão e reformulação dos modelos de atenção à saúde, e estes modelos deveriam assegurar acesso, acolhimento, aumento da capacidade resolutiva, inclusive com ampliação do grau de autonomia do usuário.

Portanto, afirma Souza *et al.* (2008, p. 11), “o acolhimento constitui-se como desafios na construção do cuidado integral e como elemento de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde”.

Consoante ao exposto, consideramos o acolhimento-diálogo o mais adequado para a realidade em que estamos inseridos, pois, por meio da conversação/comunicação é que torna a integração entre equipe da saúde e os demais membros da ESF, tornando mais humanizada a assistência em saúde.

Passamos a adotar para o entendimento dos princípios do acolhimento como estratégias segundo o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Pela vivência na equipe de ESF, a observação problematizadora e após a revisão integrativa, considero o acolhimento no campo da saúde muito além da recepção administrativa, atendimento cordial, ambiente confortável, ou repasse de encaminhamentos. O acolhimento deve ser resolutivo, constituir vínculo, acesso com o usuário, postura ética, elo de confiança, responsabilização pela demanda que é recebida, tendo como foco o paciente e não a doença. Onde a comunidade vê a ESF além do papel de tratamento e reabilitação, mas como uma parceria da comunidade, ambiente de saúde, que proporciona alegria, qualidade de vida, bem estar bio-psico-social, interação social e onde a comunidade tem papel participativo e ativo nas mudanças que envolvem o atendimento da ESF.

5.3 PRINCÍPIOS E DIMENSÕES DO ACOLHIMENTO

Segundo Cavalcante Filho *et al.* (2009, p. 323), o acolhimento destina-se a:

“Garantir a universalidade com escuta qualificada de todos que chegam à unidade de saúde. Que a necessidade defina a configuração das ofertas, e não o contrário. Que a responsabilização com o usuário oriente o processo de trabalho, e não interesses outros, como os corporativos. Garantir o acolhimento individual durante e após a realização do acolhimento coletivo obedece a esse preceito, pois nem todos os problemas devem ser partilhados, independente dos motivos. Além desse papel, o acolhimento individual dentro do processo de trabalho da equipe tem a perspectiva de vínculo com os usuários que buscam a unidade em outros horários, ainda que a unidade funcione somente em horário comercial, em que pese isto dificultar o acesso da classe trabalhadora.”

Trata-se de uma possibilidade de caminhar rumo ao atendimento integral, com universalização do acesso, balizado pela equidade na assistência. Assim, fazendo parte dessa política, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, permitindo assim, identificar as vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades.

O Ministério da Saúde associa a equidade e a integralidade como importante momento do encontro entre profissional e usuário, Brasil (1997, p. 4):

“O resgate da integralidade do cliente, percebido como sujeito participante nas ações de saúde, implicado no reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o atende. Acolher o saber e o sentir do cliente, por meio de uma ‘escuta ativa’, é condição básica para um atendimento de qualidade.”

Portanto, podemos entender a integralidade como o ato demandado na organização de serviços e renovação das práticas de saúde e tem por objetivo o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades, com visibilidade que se traduz na resolubilidade do acolhimento/usuário-centrado e a democratização da gestão do cuidado.

A integralidade busca considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação. Logo, deve-se se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Os princípios da regionalização e a hierarquização orientam para que os serviços de saúde sejam organizados em níveis de complexidade, com área geográfica determinada, planejados segundo critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, com vistas a garantir o acesso necessário, considerando a complexidade requerida para cada caso (BRASIL, 2001).

“A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2001, p. 57).

Assim, podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como prática integrais.

Segundo Franco e Merhy (2003, p. 347), 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, Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

- b) Reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- c) Qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Esses princípios apresentam-se sob o olhar específico da acessibilidade nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários. Nesse sentido, podemos entender o acolhimento como diretriz para a acessibilidade entre equipe e população, trabalhador e usuário em que envolve o ato de acolher com responsabilidade.

A acessibilidade conforme Franco e Merhy (2003, p. 39) é outra possibilidade de se entender o acolhimento, ou seja:

“A possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. Nesse sentido, o acolhimento aparece como uma etapa do processo, um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários.”

Os objetivos do acolhimento seriam por essa perspectiva: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), um dos principais motivos para o ESF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, está no fato da estratégia buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. Tais atividades consistem em propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade. Nesse sentido, a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

De acordo com Silva Júnior e Mascarenhas (2004), o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas. Para esses autores, o acolhimento possui três dimensões: da postura, da técnica e dos princípios de reorientação dos serviços.

Assim, afirmam Cavalcante Filho *et al.* (2009, p. 318):

“No acolhimento pesa as questões da subjetividade e individualidade, a busca de significados e de não-ditos. O acolhimento requer a mobilização de saberes para dar respostas, levando a uma postura de enriquecimento do arsenal terapêutico, buscando enriquecer as intervenções. O trabalho em equipe entra neste arsenal, mas busca a sua articulação, e não sua alienação. O acolhimento abre um espaço dialógico para extirpar a alienação, respeita o sujeito, negocia necessidades e rearticula os serviços.”

Dessa maneira, o acolhimento articula-se na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Podemos então, reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento como prática integral. A formação de vínculo entre equipe de saúde da família e usuário representa ferramenta indispensável à ESF, pois garante laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Assim sendo, a idéia está em concordância com um dos sentidos da integralidade.

Merhy *et al.* (1997, p. 138) considera que:

“A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.”

Para Gomes e Pinheiro (2005), esta definição apresenta interseções que se fazem reconhecidamente inovadora enquanto dispositivos institucionais no cotidiano das práticas em saúde. Tal definição encontra consonância com os documentos do Ministério da Saúde que tratam de vínculo. Poderíamos dizer que as diretrizes operacionais da ESF orientam para novo tipo de cuidado e direcionam para que haja responsabilização e compromisso no ato do vínculo, e que esse desejo é compartilhado pela Sociedade Civil.

Buscando entender a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania, observamos nos ensinamentos de Merhy *et al.* (1997) que o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde. O autor salienta que o usuário tem interesse de se tornar cada vez mais autônomo, isto é, adquirir conhecimentos que lhe permitam cada vez mais resolver seus problemas de

saúde. Esse interesse é compatível com o vínculo que vai se consolidando entre o usuário e sua família com os profissionais e serviços de saúde.

Assim, a reorganização dos serviços de saúde, garantindo o acesso universal, a resolubilidade e o atendimento humanizado é o objetivo para que todos os usuários sejam ouvidos e na medida do possível, ter seus problemas de saúde atendidos.

Nesse sentido, o acolhimento vai além da recepção, ele é um produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania, e pelo estabelecimento de vínculo (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Tais observações são compartilhadas por Merhy *et al.* (1997), quando discorre sobre a lógica do acolhimento em serviços de saúde, ao considerá-lo como um espaço de encontro entre trabalhador/ usuário que se abre para um processo de escuta dos problemas, 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.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e o discurso dessa pesquisa foram possíveis por meio de uma revisão integrativa em artigos especializados no tema proposto. Pretendeu-se então, identificar na literatura científica nacional, artigos que identificassem o acolhimento como proposto para mudança do paradigma de saúde, e demonstrassem os passos adequados para implantação, implementação e ação eficaz dessa proposta.

A princípio, buscamos, mesmo que resumidamente, estudar a Estratégia da Família e a Política Nacional de Humanização e observamos que se houver a formação do vínculo entre a equipe da ESF e usuário, com certeza será garantido laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Para que isso seja possível, consideramos importante a capacitação dos profissionais de saúde para atuarem na ESF para um trabalho de qualidade, a valorização do vínculo como pertencente aos princípios do SUS, que unem profissionais e usuários com vistas à humanização das práticas da saúde e, a centralidade das ações na integralidade da atenção e do cuidado à família.

Diante do exposto, faz-se necessário um conhecimento dos elementos indispensáveis à formação do vínculo, o que por certo é extremamente importante para a intenção de estabelecer esta relação no serviço. Pois, acreditamos que uma compreensão por parte dos profissionais do que seja vínculo pode trazer, no âmbito do serviço, a concretização do princípio da integralidade do SUS. Assim, o acolhimento constitui um importante elemento no atendimento às necessidades de saúde das pessoas, mas na realidade, ainda não ocorre de forma plena, tendo como referência o modelo de atenção voltado à integralidade das ações em saúde.

Com base nessas reflexões, identificamos que é importante uma porta de entrada com diálogo entre profissionais da saúde e destes com o usuário, contribuindo assim, para a democratização do conhecimento, fazer a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história. Isso implica intenção de construir, de maneira co-responsável, um serviço resolutivo que atenda as necessidades de todos esses atores, bem como relações que produzam ou fortaleçam a autonomia dos usuários.

Na verdade, o acolhimento quando direcionado e praticado passa a englobar a noção de proximidade entre profissionais da saúde e usuário a partir de uma assistência que englobe as diferentes demandas do sujeito e promova a escuta de suas necessidades.

Nesse sentido, com base nesse estudo, situamos o acolhimento, enquanto uma etapa do processo de trabalho e enquanto um modo específico de encontro, com a idéia de que o acolhimento tem um papel fundamental na rede de conversação que constitui um serviço de saúde, ocupando as várias formas de ver a saúde, com o papel de receber e interligar uma conversa à outra entre trabalhadores da saúde e usuários.

Isso indica, acolhimento como postura, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores da saúde e usuários, pressupondo uma atitude deste trabalhador de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades. Nessa perspectiva, o trabalho de enfermagem vem pontuando mudanças operadas pela implementação do acolhimento, resultando maior resolubilidade, além de um aumento de autonomia, entendido como a condição de o profissional decidir sobre o seu trabalho, ou seja, saber fazer no momento do procedimento assistencial na Estratégia Saúde da Família.

Vimos, então que o acolhimento como estratégia de qualidade pode contribuir muito no processo de produção de serviços de saúde, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários do serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo concluímos que o acolhimento humanizado centrado no usuário e suas necessidades de saúde vêm sendo consolidado na construção de modelos de atenção à saúde, no entanto, ainda há um caminho a percorrer, desafios a vencer.

Contudo, podemos afirmar que a equipe na Estratégia Saúde Família retrata uma mudança na prática convencional da assistência à saúde, por garantir a continuidade do atendimento ao usuário da saúde, bem como, os benefícios da adesão ao tratamento necessário e por consolidar seu papel na equipe de atenção básica à saúde. É certo que na Estratégia da Saúde da Família, o enfermeiro é reconhecido por sua atuação junto à equipe de saúde. Os gerentes e gestores dos serviços visualizam que a atuação da enfermagem é algo considerado imprescindível, que nos serviços há melhor desempenho com a sua presença.

Entretanto, muito do potencial ainda precisa ser evidenciado para um melhor aproveitamento da força de trabalho desta categoria, podendo assim, refletir na melhoria da qualidade da assistência prestada por esses profissionais junto aos serviços de saúde. Ressalta-se a atuação do enfermeiro como profissional sensibilizador nas atividades inseridas na saúde coletiva, oportunizando a diminuição do uso abusivo da alta tecnologia na atenção a saúde e visando o fortalecimento da importância de escutar, criar vínculo e acolher o indivíduo atendendo, portanto as necessidades básicas da pessoa humana. Vale ressaltar que o cuidado humano envolve o inter-relacionamento entre as pessoas, por meio de ações e atitudes baseadas no conhecimento científico e acompanhadas de comportamentos humanos que possibilitem a inter-relação.

Da análise, resultou num maior entendimento quanto à necessidade de ser o primeiro contato baseado na empatia através do impacto afetivo de acolhimento dos usuários pelos profissionais de saúde envolvidos no trabalho de atenção primária à saúde. Daí, concluir, que os afetos mobilizados num primeiro encontro é que vai propiciar o vínculo dos usuários e trabalhadores da saúde na sustentação dos objetivos que movem as características da APS como primeiro contato do usuário.

A partir desse entendimento, a manutenção do acolhimento deve ser uma atitude de todos os profissionais constituindo-se numa forma de praticá-lo no âmbito das próprias equipes de trabalho que estruturam a ESF, desde a responsabilização pelo usuário até a necessidade de compartilhar com o usuário informações sobre a organização do seu processo de trabalho, tornando assim, o acolhimento como elemento de seu trabalho.

Com este aprendizado foi possível um embasamento maior de forma a contribuir não somente para a minha atuação como enfermeira, mas também melhoria no processo de trabalho com toda a equipe da ESF a qual estou inserida. Fui impulsionada a praticar e aperfeiçoar meu trabalho cotidiano, e estou tendo a oportunidade de prestar serviço de qualidade a partir da inserção do acolhimento na rotina da unidade, onde grandes partes dos problemas são resolvidos ou direcionados com o acolhimento. A população adstrita da ESF Carapina II é muito carente e participativa nas decisões da unidade e esse foi um dos facilitadores da implantação do acolhimento.

Para concluir a aprendizagem alcançada, entendemos que é fundamental a criação do vínculo de forma que o acolhimento seja uma realidade, desenvolvendo assim, uma relação de confiança que leve o usuário a aderir às ações de saúde propostas, pois por meio da formação do vínculo dos profissionais com os usuários, será possível um trabalho focado nas necessidades da população.

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento realizado como estratégia de qualidade no processo produção de serviços de saúde, pode aumentar o acesso e humanização nas ações receptoras dos usuários do serviço. Assim, acredito que o acolhimento de qualidade é algo a ser almejado todos os dias, em todo e qualquer tipo de atividade voltada para o atendimento acolhedor, estabelecendo vínculo e responsabilização para o alcance da resolutividade nas diferentes situações vivenciadas pelos usuários na prestação de assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Luciana Rodrigues; MELO, Márcia Regina Antonietto da Costa. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, maio-junho/2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>> Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://www.fec.uff.br/.../programas_estrategia_de_saude_da_familia.htm> Acesso em: 15 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS**. Brasília, 1997 (Série B – Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria n. 3.925 de 13/11/98, **Manual para Organização da Atenção Básica** Republicada Brasil em 1999. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/.../orientacoes_sobre_aplicacao_de_recursos_financeiros_SUS.> Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648/GM** de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_deGestao/portarias.> Acesso em: 15 mar. 2010.

CAMPOS, F. E. C.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis**, v.12, n.1, p.47-58, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 mar. 2010.

CARVALHO, S.R., CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública**, 2000; 16:507-15.

CAVALCANTE FILHO, João Batista *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.315-28, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a07v1331.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

COSTA, Ema. Escutando o paciente. In: COSTA, Ema, CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

FILLIPINI, S. L. *et al.* Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq. Méd. ABC**, v. 31, n. 2, p-73-7, 2006. Disponível em: <<http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-123. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

GOMES, Márcia Constância Pinto Anderne e PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: prática de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 mar. 2010.

MACHADO, H. B *et al.* Programa de Acolhimento e Humanização do Atendimento no Hospital Universitário Pequeno Anjo. In: **Anais da I Jornada Catarinense Multi/Interdisciplinar em Pediatria do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI**; 22-24 jun 2005; Itajaí - SC. Universidade do Vale do Itajaí; 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64, 2001. Disponível em <http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf> Acesso em: 15 mar. 2010.

MATUMOTO, S. *et al.* A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: SIMPÓSIO Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos**. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100050&script=sci_arttext> Acesso em: 15 mar. 2010.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O., organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 117-60.

_____. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.;

ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.749-62, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?...32832008000400006>> Acesso em: 15 mar. 2010.

SANTOS, *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento de equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):75-85, jan, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/08.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

SCHOLZE, Alessandro da Silva *et al.* A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006. Disponível em: <http://ww.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_2.pdf> Acesso em: 15 mar. 2010.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj /Abrasco, 2004. p. 241-57

SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paul Enferm.** 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a08v18n3.pdf>> Acesso em: 10 out. 2010.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de *et al* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>> Acesso em: 15 mar. 2010.