

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Rafaela Martins da Silva Maziero¹
Sinara Cristina de Moraes²

RESUMO: A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. A PNH ou HumanizaSUS surge como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS, visando a ampliar a discussão sobre o conceito de humanização/acolhimento. Este estudo apresenta uma pesquisa qualitativa de revisão sistemática da literatura, com análise de conteúdo e arquivamento de informações documentais, e objetivou avaliar as publicações referentes ao acolhimento sobre duas perspectivas: como política pública de cuidados em saúde, através da Política Nacional de Humanização, e como dispositivo na reorganização das práticas nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Concluiu-se que o Acolhimento foi apontado como uma postura e como dispositivo reorganizador do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, qualificando o trabalho dos profissionais. A prática do acolhimento da Atenção Primária é imprescindível para a resolutividade dos processos de trabalho e a promoção de uma saúde de qualidade para os usuários do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento, Atenção Primária, Atenção Básica, Humanização, HumanizaSUS e Estratégia Saúde da Família (ESF).

ABSTRACT: The Family Health Strategy seeks to break with paradigms and incorporates new thinking and acting in the perspective of change and conversion of the care model. The PNH or HumanizaSUS emerges as a policy that encompasses existing initiatives, in order to bring them closer to and enhance them, starting from some experiences of SUS to broaden the discussion about the concept of humanization / reception. This study is a qualitative research of systematic review of the literature with content analysis and archiving of documentary information, and aimed to evaluate the publications regarding the reception from two perspectives: as public health care policy, through the National Humanization Policy ; and as a device in the reorganization of practices in the Primary Health Care services. It is concluded that the Reception was pointed as a posture and as a reorganizing device of the Family Health Strategy work process, qualifying the work of the professionals. The practice of receiving Primary Care is essential for the work processes to be resolvable and for the promotion of quality health for the users of the Unified Health System.

KEY WORDS: Reception, Primary Care, Basic Care, Humanization, HumanizaSUS and Family Health Strategy (ESF).

INTRODUÇÃO

O ideário do SUS surgiu nos anos 80, fruto de uma história construída com a participação e luta dos cidadãos, ganhou voz e corpo através do Movimento Sanitarista e das Conferências Nacionais de Saúde, em uma época em que o Brasil vivia uma realidade de resistência à ditadura militar. Através do Artigo 196, da Constituição de 1988, chamada de Constituição Cidadã, a

saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado e dentre os princípios que orientam o SUS, os principais são: Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação social e Descentralização (ARCHANJO; BARROS, 2010).

A Portaria MS nº 648/2006, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, em seu capítulo 1, determina, dentre diferentes princípios, o acesso universal e contínuo, bem como a efetivação da integralidade das ações programáticas e demanda espontânea (BRASIL, 2006a).

Para o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da Atenção Básica. Para isso, pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade, resolutividade, integralidade etc (BRASIL, 1997). Para que haja o desenvolvimento das ações propostas, a ESF prevê a promoção de uma relação mais próxima entre os profissionais e as pessoas, famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, de acordo com suas necessidades de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), se intensifica esta aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção – nos modos de gerir e nos modos de cuidar (PASCHE; PASSOS, 2008). A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

De acordo com Archanjo e Barros (2010) o humanizaSUS visa, então, ampliar o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, promovendo gestão participativa, estimulando práticas resolutivas, reforçando o conceito de clínica ampliada. Segundo Passos (2006) essa política se propõe a fomentar princípio e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos da política é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas.

O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até o processo de mudanças estruturais na forma de gestão da unidade de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Segundo Motta *et al* (2014), o acolhimento é apresentado como a diretriz de maior relevância ética, estética e política. Ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estética, quando propõe a dignificação da vida e do viver; e política, pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolvimento no processo de produção de saúde.

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (SIMÕES *et al*, 2007). A pesquisa proposta pretende avaliar as publicações referentes ao acolhimento sobre duas perspectivas: como política pública de cuidados em saúde, através da Política Nacional de Humanização; e como dispositivo na reorganização das práticas nos serviços da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão sistemática da literatura com análise de conteúdo e arquivamento de informações documentais. A revisão de literatura destaca-se como uma forma de produzir maior conhecimento sobre determinado assunto; conhecer quais questões outros autores já pesquisaram ou concluíram sobre o tema; e gerar novas interrogações acerca do assunto. O material produzido pela revisão de literatura deve possibilitar, através da coleta seletiva do pesquisador, extrair conclusões do objeto estudado (SULLIVAN, 2010).

O levantamento da produção científica sobre o tema Acolhimento na Atenção Primária à Saúde foi realizado nos periódicos nacionais através de uma pesquisa na base de dados LILACS, Sciello e nos periódicos e manuais publicados pelo Ministério da Saúde, no portal do Departamento da Atenção Básica (DAB).

Utilizaram-se, para a busca, as seguintes Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária, Atenção Básica, Humanização, HumanizaSUS e Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao final do

levantamento, obteve-se um total de 43 publicações, procedendo-se, então, à análise do material, seguindo-se as etapas: leitura exploratória, a fim de conhecer todo o material; leitura seletiva, através da qual foram selecionados os artigos pertinentes aos propósitos da pesquisa; leitura analítica dos textos, momento de apreciação e julgamento das informações, evidenciando-se os principais aspectos abordados sobre o tema.

Para análise dos dados foi empregada à técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2006). A partir desta técnica os dados obtidos foram analisados através dos passos operacionais: ordenação, classificação e análise final dos dados.

RESULTADO E DISCUSSÕES

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O ACOLHIMENTO

A PNH ou HumanizaSUS surge como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização (ARCHANJO; BARROS, 2010). A reconstrução do sistema de saúde em novas bases, no entanto, não é tarefa simples, pois ultrapassa um questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais. A nova arena exige mais. Tomando a conceituação ampla sobre a saúde, a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES, 2005). Ayres (2001) observa que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais se encontra a Estratégia Saúde da Família.

Desse modo a Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as

interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas (SOUZA *et al.*, 2008).

Dentre os objetivos da estratégia inclui-se: a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e a necessária humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento do acolhimento e vínculo entre os profissionais e a população (BRASIL, 1997). Nota-se, a partir desses objetivos, a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade (ALVES, 2005).

A PNH – HumanizaSUS é uma política pública de saúde que reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS mas, também, propõem outros princípios dos quais não se pode abrir mão se queremos um SUS resolutivo e de qualidade. Por princípios, então, entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas, são eles: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2008).

A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: 1) A transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde; 2) A inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; 3) O protagonismo dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a).

A PNH faz uma aposta política, buscando que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Nesta perspectiva, a PNH aposta no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política. Destaca os “direitos das pessoas”

usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão (BRASIL, 2006b).

Pode-se compreender o acolhimento, simultaneamente, como uma diretriz e uma estratégia. Segundo Takemoto e Silva (2007), essa prática nos serviços de saúde denota a reorganização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários. Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido da: 1) Clínica Ampliada; 2) Co-Gestão; 3) Valorização do Trabalho; 4) Acolhimento; 5) Valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde do Trabalhador; 6) Defesa dos Direitos do Usuário; 7) Fomento das grupalidades, coletivos e redes; e 8) Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010a).

Nesta medida, são apostas fundamentais da política de humanização o direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

De acordo com Guerrero *et al.*, (2013) dentre as mudanças desencadeadas no SUS, uma das mais significativas é a proposta de uma maior integração entre trabalhador e usuário. Além de estabelecer vínculos e relações de cooperação e corresponsabilidade na consolidação do sistema, essa integração tem implicado na transformação e na reestruturação do modelo comunicacional vigente, ampliando as possibilidades de diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços prestados.

Para Souza *et al.* (2008) o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, deve desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo. Sem acolher e vincular não se concretiza a responsabilização e tampouco a otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

O Ministério da Saúde descreve Acolhimento como um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas

preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010a).

Motta *et al*, (2014) pontua que:

O acolhimento, na Política Nacional de Humanização, não se resume a ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Ele deve ser atravessado por processos de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde.

O acolhimento é um conceito freqüentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada (BRASIL, 2010b). Entendido dessa maneira, o acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (SIMÕES *et al*, 2007).

Guerrero *et al*, (2013) ressalta que a proposta do acolhimento está articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde, visando à humanização desses serviços. Segundo Archanjo & Barros (2010) a PNH vem, assim, reafirmar estes princípios e propor outros novos que pensam o humano a partir do que é vivido nos serviços por todos que o produzem cotidianamente.

O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo o documento base da Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é definido como uma postura ética, um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2008).

Brehmer e Verdi (2010) afirmam que:

Considerada a porta de entrada prioritária para o usuário no sistema de saúde, a Atenção Básica exerce o papel de grande acolhedora e deve, como todos os outros serviços, atender a todos. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência, a Atenção Básica deverá dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos.

Segundo Ramos e Lima (2003) com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica (AB) e aos demais níveis do sistema.

Brehmer e Verdi (2010) observam que as limitações técnicas correspondem às precariedades das estruturas físicas das unidades de saúde e à escassez de profissionais. São estruturas insuficientes para responder adequadamente à demanda requerida pelos usuários. Casate e Corrêa (2005) afirmam que existem muitas falhas na organização do atendimento, a serem apontadas. Por exemplo, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a deficiência de instalações e equipamentos, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais.

No entanto, falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirada e impedida a humanidade desses trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de trabalho, dificuldade da conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional, pode soar irônico (RIZZOTO, 2002).

Muitas vezes, o que ocorre é um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários e fortalecendo a valorização somente na doença. Desse modo, não se estabelece o vínculo com acolhimento, tão fundamental e que permite, efetivamente, a responsabilidade pelas nossas ações de saúde. O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade. Nesse sentido, as tecnologias das relações supõem troca de saberes (incluindo os dos usuários e familiares), diálogo entre os trabalhadores e modos de trabalhar em equipe (COELHO; JORGE, 2009). O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários (LIMA *et al*, 2007).

Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende. Como trabalhadores da saúde, deveríamos acolher os usuários de modo a conhecê-los pelo nome, procurando saber os motivos de sua vinda à unidade. O simples fato de darmos boas-vindas estará abrindo um leque para o usuário relatar com confiança suas reais necessidades de saúde. No acolhimento com diálogo, o profissional ouve e discute com o usuário, na tentativa de identificar suas necessidades e de saber o modo melhor de resolvê-las (COELHO; JORGE, 2009).

Os profissionais de saúde ressaltam a valorização e o reconhecimento do seu trabalho através dos elogios que recebem. Atos como esse têm incentivado o bom trato e o bom relacionamento com os usuários, fato que denota a importância do respeito mútuo, apontada pelos profissionais, e do “sentir-se acolhido para poder acolher” (SCHNEIDER *et al*, 2008). Percebe-se, com isso, que é a via de mão dupla, ou o acolhimento coletivo, que vai redimensionar o sentido do acolhimento e o próprio sentido de encontro e de diálogo, estabelecendo e fortalecendo vínculos e reforçando a credibilidade no sistema e nos serviços prestados (CAVALCANTE FILHO *et al*, 2009).

Motta *et al*. (2014) afirma que além do enfoque na criação de vínculo e corresponsabilização, o acolhimento pretende chamar a atenção para a reavaliação permanente das práticas de produção de saúde. Assim, ele se torna mais que uma ferramenta de melhoria do

serviço, constituindo-se, sobretudo, em um modo de mensuração da qualidade do trabalho prestado. Guerrero *et al.* (2013) conclui em sua pesquisa científica que o acolhimento, nas suas diferentes dimensões, desencadeia transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado e no âmbito organizacional dos serviços. A interconexão da tríade acolhimento-diálogo, acolhimento-postura, acolhimento-reorganização dos serviços reconfigura e renova, assim, as ações na Atenção Básica com o propósito de implementar a política de humanização no SUS e consolidar seu modelo de atenção.

Conforme Souza *et al.* (2008) o acolhimento é um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Para Matumoto (1998) o acolhimento é um produto da relação dos trabalhadores de saúde e usuários, vai além da atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (BRASIL, 2010b). Como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, o acolhimento enquanto uma etapa do processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

A reorganização dos serviços de saúde, a qualificação da assistência prestada, a facilitação e ampliação do acesso são ações que buscam garantir uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde. Como tecnologia das relações nas ações de saúde, este tema considera a necessidade de respeito e de relações afetivas no trabalho, a resolubilidade no atendimento e o acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários (COELHO; JORGE, 2009). Entende-se que através da reorganização do processo de trabalho é possível uma melhor utilização dos recursos da Unidade de Saúde, qualificando o trabalho dos profissionais, integrando-os na assistência e resgatando o trabalho multiprofissional. Essa mudança pode possibilitar a ampliação de espaços democráticos de discussão, de decisão, de escuta e de trocas, desencadeando um intenso movimento de forças criativas e propostas inovadoras (BECK; MINUZI, 2008).

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. A implementação das diretrizes do SUS deve, ao mesmo tempo, garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores (BRASIL, 2010a).

A gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho (BRASIL, 2010b). Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA *et al*, 2006).

Santos *et al.* (2002) complementa essa idéia, acrescentando que para a implantação desse modelo, se torna necessário assegurar autonomia à equipe de saúde, ao serviço local e não a cada indivíduo isoladamente, implicando ela também em autonomia para definir e escolher, de forma criativa, as técnicas e normas do processo de trabalho específico. Assim, além de contribuir para humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação dos profissionais e nas relações desses com os usuários na melhoria do seu bem-estar.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, o acolhimento foi apontado como uma postura, ou seja, uma forma de receber e atender os usuários em qualquer momento de interação entre a equipe e a população, e como dispositivo reorganizador do processo de trabalho, agilizando o trabalho na unidade através da execução da ação pelo profissional, ao ser disponibilizado os recursos da unidade e/ou ao encaminhar para outro profissional da equipe e/ou outro serviço de saúde.

Pode-se identificar, também, que o acolhimento é um importante espaço propiciador de vínculo e expressão/reconhecimento de necessidades, no espaço do acolhimento permite-se a expressão e o reconhecimento de necessidades de saúde. Constatou-se que o vínculo favorece o processo de construção da saúde para os trabalhadores e usuários.

Constatou-se, ainda, que alguns fatores interferiam no acolhimento. Entre eles estão as condições de trabalho, precariedades das estruturas físicas das unidades de saúde, destacando a alta demanda de usuários e o número restrito de funcionários, que gera um tempo reduzido para o atendimento, sendo apontados como obstáculos para o desenvolvimento de um trabalho acolhedor. Além disso, a não manutenção da privacidade gera interrupções no espaço do acolhimento e interferências no processo comunicacional estabelecido. Fatores pessoais dos trabalhadores também podem influenciar no processo de acolhimento/vínculo, como a satisfação ou não com o trabalho, os problemas relacionados ao âmbito pessoal e familiar e a sua postura profissional.

Assim, uma vez que a ESF se propõe a ser a estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica, é imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer quais são os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade, e ao reconhecer esses problemas/necessidades, consigam traçar uma proposta de intervenção para os mesmos. Esses resultados podem contribuir com o planejamento e mudanças nas práticas dos trabalhadores com relação ao acolhimento, pois necessitam estar preparados para promovê-lo.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface Comunic. Saúde Educ.: set/fev., 2005.

ARCHANJO, J.V.L.; BARROS, E. B. **Política Nacional de Humanização: Desafios de se construir uma “Política Dispositivo”.** Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. 2010. Disponível em: http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/360.%20pol%CDtica%20nacional%20de%20humaniza%C7%C3o.pdf Acessado em 02/10/2017.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 6(1):63-72, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005. Acessado dia 26/setembro/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. [site da Internet]. [acessado 2017 set 26]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde**. Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CARTILHAS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS; 2010b.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica**. Saúde, Santa Maria, vol. 34a, n. 1-2: p. 37-43, 2008.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10,n.3. 2005. p.561-571.

BREHMER, L. C. de F. & VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp.3569-3578. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>

CASATE, J.C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Americana. Enferm.** 2005 Jan-Fev; 13 (1): 105-11.

CAVALCANTE FILHO, J. B.; VASCONCELOS, E. M. S.; CECCIM, R. B.; GOMES, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: Comun Saúde Educ.** 2009 Dez; 31(13):315-28.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. 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** vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEVEDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.3 Brasília set. 2006

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2):143-51.

FRANCO, T. B.; BUENO W. S.; MERHY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 15(2):345-353, Rio de Janeiro, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acessado em 25/set./2017.

GUERRERO, P.; MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R.; ERDMANN, A. L.; O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 132-40.

LIMA, M. A. D. S; RAMOS, D. D.; ROSA, R.B.; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enfermagem**. 2007 Jan-Mar; 20(1):12-17.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 1998.

MEDEIROS, F. A.; SOUZA, G. C. A.; BARBOSA, A. A. A.; COSTA, I. C. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**. 12 (3): 402-413, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J. & FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH [online]**. 2014, vol.17, n.1, pp. 121-139. ISSN 1516-0858.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A Importância da Humanização A Partir Do Sistema Único De Saúde. **Rev. Saúde pública**. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>. Acessado em setembro de 2017.

PASSOS &, organizador. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. v. 2. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Públ**. 2003 Jan-Fev; 19(1):27-34

RIZZOTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm**. 2002 Mar-Abr; 55 (2): 196-9.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acessado em 01/outubro/2017

SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. **Acolhimento**: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**. v. 16, n. 2, 2002.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G. L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm**. 2008 Jan-Mar; 17(1):81-9.

SIMÕES, A. L. de A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. dos S.; RODRIGUES, L. R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 439-44.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D. UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. 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>. Acessado em 28/setembro/2017.

SULLIVAN, D. O. (2010). Metanálise. In: MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J. e FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH [online]**. 2014, vol.17, n.1, pp. 121-139. ISSN 1516-0858.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007