

## O ACOLHIMENTO SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEPTION FROM THE POINT OF VIEW OF THE FAMILY HEALTH TEAM WORKERS

LA ACOGIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Laís Aparecida Melo Freire<sup>1</sup>  
Luísa Pereira Storino<sup>2</sup>  
Natália de Cássia Horta<sup>3</sup>  
Rafaela Pereira Magalhães<sup>4</sup>  
Telma de Lima<sup>5</sup>

### RESUMO

Neste artigo, apresentamos experiência desenvolvida por alunas da disciplina Saúde Coletiva II, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, no qual foi possível construir uma reflexão sobre o acolhimento na visão dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família (PSF) em um centro de saúde em Belo Horizonte. Trata-se de um estudo qualitativo, visando perceber a concepção que os profissionais das equipes de saúde da família têm sobre o acolhimento, bem como possibilitar uma reflexão sobre as práticas de acolhimento realizadas nessa unidade produtora de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado, constituída de oito questões norteadoras. A análise dos dados foi feita com base na análise de conteúdo, sendo construídas quatro categorias: o significado e o propósito do acolhimento, o profissional ideal para fazer o acolhimento, características e competências do acolhedor e fatores facilitadores e dificultadores. Notamos, na visão dos profissionais desse serviço, o acolhimento como uma das estratégias implementadas pelo PSF que busca alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, possibilitando o estabelecimento de vínculo e a humanização do atendimento. Apesar de ainda em processo de construção, no local deste estudo, o acolhimento está muito presente na postura acolhedora e comprometida dos profissionais com a demanda da população.

**Palavras chave:** Acolhimento; Humanização da Assistência; Programa Saúde da Família.

### ABSTRACT

This article presents an experience report developed by students taking the subject Collective Health II, as part of the Nursing Course offered at Minas Gerais Federal University, which made it possible to reflect on welcoming according to professionals active in the Family Health Program (FHP) at a health center in Belo Horizonte, Brazil. We carried out a qualitative study, aimed at perceiving how family health team professionals conceive welcoming, and also at permitting reflections about welcoming practices at this health service unit. Data were collected through interviews, using a semistructured script with eight guiding questions. Data analysis was based on Content Analysis. Four categories were constructed: The meaning and purpose of welcoming, the ideal professional for welcoming, characteristics and competences of welcoming professionals and facilitating and difficulting factors. We observed that professionals at this service considered welcoming as one of the strategies implemented by the FHP which attempts to change the relations between workers and users and among workers, allowing for bonding and care humanization. Although still under construction, at the place of study, welcoming is very much present in the professionals' welcoming attitude, showing commitment to the population's demand.

**Key words:** User Embrace; Humanization of Assistance; Family Health Program.

### RESUMEN

Este artículo presenta un informe de experiencia desarrollado por alumnas de la asignatura Salud Colectiva II, del Curso de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, en que fue posible construir una reflexión sobre el acogimiento según los profesionales que actúan en el Programa Salud de la Familia (PSF) en un centro de salud en Belo Horizonte, Brasil. Se trata de un estudio cualitativo con objeto de percibir como los profesionales de los equipos de salud de la familia conciben el acogimiento, y también posibilitar una reflexión sobre las prácticas de acogimiento realizadas en esa unidad productora de salud. Los datos fueron recopilados mediante entrevista con guión semi-estructurado, constituido de ocho preguntas trazadoras. El análisis de los datos se hizo con base en el Análisis de Contenido, siendo construídas cuatro categorías: El significado y el propósito del acogimiento, el profesional ideal para hacer el acogimiento, características y competencias del acogedor y factores que facilitan y dificultan. Notamos, en la visión de los profesionales de este servicio, el acogimiento como una de las estrategias implementadas por el PSF que busca alterar las relaciones entre trabajadores y usuarios y de los trabajadores entre sí, posibilitando el establecimiento de vínculo y una humanización de la atención. Aunque todavía en proceso de construcción, en el centro de este estudio, el acogimiento está muy presente en la postura acogedora y comprometida de los profesionales con la demanda de la población.

**Palabras clave:** Acogimiento; Humanización de la Atención; Programa Salud de la Familia.

<sup>1</sup> Aluna do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Aluna do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup> Aluna do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

<sup>5</sup> Aluna do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A disciplina Saúde Coletiva II tem como objetivo abordar programas e estratégias de ação e controle dos principais agravos à saúde da população, levando em consideração aspectos sociais, epidemiológicos, operacionais e medidas de intervenção presentes na esfera pública. A experiência no estágio dessa disciplina nos estimulou a pensar nas estratégias criadas para possibilitar o funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF) de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, desenvolvemos o estágio clínico dessa disciplina em um Centro de Saúde pertencente ao Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. Esse serviço está localizado em uma área de risco elevado e muito elevado diante dos agravos à saúde. É composto de sete Equipes de Saúde da Família (ESFs). Possui uma população total em sua área de abrangência em torno de 25 mil habitantes, apresentando 100% de cobertura pelo PSF no bairro. A estrutura física desse serviço conta com uma sede em que quatro equipes desenvolvem seu trabalho e um anexo onde as outras três equipes atuam.

A experiência nesse estágio nos estimulou a realizar diversas atividades no contexto do PSF, além de fazer uma reflexão sistemática das estratégias criadas para possibilitar o funcionamento desse programa de acordo com os princípios do SUS. Assim, participamos de ações como visita domiciliar, grupos operativos, atividades de sala de espera, vacinas, consulta de enfermagem, acolhimento, dentre outras, e buscamos refletir sobre algumas das ações implementadas e/ou modificadas com base no PSF.

O PSF é uma estratégia de reorganização do modelo de saúde criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. Esse programa visa, principalmente, colaborar na organização do SUS, possibilitando a implementação dos princípios de universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação comunitária. Esse programa imprime nova dinâmica aos serviços de saúde que visa estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando essa prática direcionada à vigilância à saúde, com uma perspectiva de intersetorialidade.<sup>1</sup> O PSF constitui uma estratégia para reorganizar a atenção primária, priorizando as ações de promoção e proteção à saúde dos indivíduos e das famílias – tanto dos adultos quanto das crianças, sadios ou doentes – de forma integral e contínua. Abandona a oferta de serviços de saúde voltados para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos.

Nesse contexto, o acolhimento é uma das estratégias de mudança do processo de trabalho em saúde, implementada no PSF em 1995 pela Prefeitura de Belo Horizonte. Essa estratégia busca alterar as relações entre trabalhador e usuários e dos trabalhadores entre si, possibilitando o estabelecimento de vínculo e a humanização do atendimento. A partir do momento em que um vínculo é consolidado, é possível pensar em maior responsabilização do profissional na resolução dos

problemas do usuário e também na responsabilização do cliente pela própria saúde.<sup>2</sup>

Considerando nossa inserção no contexto de prática do PSF, buscamos, neste trabalho, aprofundar o estudo do acolhimento e suas peculiaridades no local do estudo. Percebemos que os profissionais das equipes do PSF desse Centro de Saúde buscam a melhoria dessa prática. Tendo em vista essa demanda do serviço pelo processo de reorganização, bem como levando em consideração a importância do acolhimento na melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a inserção da docente como enfermeira na unidade, o objetivo com este estudo é relatar a percepção que os profissionais das ESF desse centro de saúde têm sobre o acolhimento e possibilitar uma reflexão sobre as práticas de acolhimento realizadas nessa unidade produtora de serviço de saúde.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Atender as pessoas garantindo a universalidade e reorganizar o trabalho de forma a oferecer um atendimento multiprofissional composto por uma equipe capacitada a escutar o usuário e comprometida a resolver-lhe o problema de saúde são alguns dos princípios do acolhimento. Dessa forma, o usuário e o profissional devem estabelecer uma relação que possibilite diálogo e confiança, construindo um vínculo visando à humanização do atendimento, a solidariedade e maior participação do usuário.<sup>3</sup>

O trabalho em saúde não é apenas técnica, mas uma prática de relações que se vai construindo num processo dinâmico, de interação entre as pessoas e as condições do meio em que se inserem.<sup>4</sup>

Então, o acolhimento somente será possível se ocorrer o encontro entre duas pessoas e for construída uma base de relação a dois. Para acolher de maneira adequada, é necessário que haja receptividade e interesse pelo problema do outro, tornando o atendimento mais humano.<sup>5</sup>

O acolhimento é, assim, uma das ferramentas que possibilita a visão integral do paciente pela equipe de saúde da família. Ao se estabelecer o vínculo, os profissionais podem melhorar a compreensão das reais necessidades do cliente. Com um reconhecimento integral desses sujeitos, o atendimento fica mais dinâmico, ampliando o acesso e facilitando a comunicação dos profissionais da equipe que se responsabilizam por aquelas pessoas. O vínculo sólido entre o usuário e a equipe leva os profissionais a se comprometerem mais com o problema do paciente e facilita a visualização da resolução. Corroborando com essas idéias, Franco, Wanderlei e Merhy<sup>3</sup> afirmam:

O acolhimento é um dispositivo para interrogar processos intersetoriais que constroem relações das práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutive, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

Esse reconhecimento entre população e profissionais de saúde contribui para que o modelo de vigilância à saúde esteja, cada dia mais, fazendo parte das práticas de saúde da população e aos poucos se transforma em uma nova cultura de saúde. Pode-se dizer que a consolidação dessa cultura ainda não é evidente, mas é possível perceber, em algumas experiências, a evolução tanto nas práticas dos profissionais quanto na demanda do paciente.

Sena, Maia e Leite<sup>6</sup> afirmam que a clientela ainda tem como referência de cuidado da saúde a atenção médica. O modelo biomédico ainda está enraizado tanto na cultura da população, que sempre procura o serviço de saúde para “consultar o clínico”, quanto na cultura dos profissionais que, mesmo trabalhando no PSF, ainda tendem a reduzir a demanda do paciente à consulta médica. Os trabalhadores e usuários estão acostumados com a atenção médica e individual. É preciso construir uma cultura da atenção cuidadora, familiar, de atenção à saúde, e não à doença.<sup>4</sup>

Um fator que contribui para a centralização do atendimento na consulta médica é a falta de preparo dos profissionais que realizam o acolhimento. Os trabalhadores permanecem no modelo médico-assistencial privatista da divisão por especialidade e por disciplina.<sup>4</sup> As competências técnicas de acolher giram em torno da capacidade dos profissionais de agir de forma integral e desempenhar as atribuições pertinentes às respectivas categorias, conforme afirmação de documentos internos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Muitas vezes, eles não têm uma visão da integralidade do sujeito, tampouco respaldo científico para perceber caminhos que possibilitem resolver o problema do usuário. Dessa forma, a complexidade da vida e as questões que as pessoas têm demandado aos serviços de saúde desafiam trabalhadores a buscar modos de lidar e de produzir saúde.<sup>4</sup>

Para Almeida, citado por Mishima, Matumoto e Pinto,<sup>7</sup> a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas, sim, a equipe; o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde-doença e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, as famílias e a comunidade. Assim, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias. Por isso é importante pensar o acolhimento como prática da equipe, possibilitando, assim, um olhar interdisciplinar, melhorando a qualidade da assistência.

## **METODOLOGIA**

Para a realização desta experiência, não buscamos valores numéricos ou percentuais dessa prática, mas, sim, perceber, sob a ótica dos profissionais do centro de saúde em estudo, o que pensam sobre o acolhimento

e a prática dele no serviço. Assim, optamos pela realização de um estudo qualitativo, no qual os sujeitos e o investigador têm participação ativa e compartilham modos culturais. Em outros termos, o pesquisador não fica à margem da realidade, dos fenômenos, mas procura captá-los.<sup>8</sup>

Na pesquisa qualitativa, não se busca o fenômeno em si, mas procura-se entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam, de certo modo, a vida, incluindo os próprios cuidados com a saúde.<sup>9</sup>

Para a realização deste estudo, utilizamos para a coleta de dados uma entrevista semi-estruturada constituída de oito questões norteadoras, além de campo de identificação profissional, sexo, idade, tempo de PSF e tempo de trabalho na área da saúde. Entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionários básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que as respostas do informante são recebidas. Dessa maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências de acordo com o foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.<sup>8</sup> Entendemos que esse tipo de entrevista permite obter informações contidas nas falas dos sujeitos, reforçando a importância da linguagem e do significado dela na coleta de informações.<sup>10</sup>

As entrevistas foram realizadas durante o período de estágio curricular, no meses de outubro e novembro de 2005, sendo os sujeitos desta pesquisa os profissionais de saúde das quatro equipes do PSF no centro de saúde em estudo. Os entrevistados totalizaram 15 sujeitos, dentre eles a gerente, quatro enfermeiros, três médicos generalistas e sete auxiliares de enfermagem.

As entrevistas foram transcritas por nós, acadêmicas, com o consentimento dos entrevistados, assegurando-lhes a privacidade, o anonimato e o sigilo absoluto, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise e interpretação dos dados obtidos, buscamos fazer uma aproximação com a análise de conteúdo fundamentada em Bardin.<sup>11</sup> Segundo esse autor, a análise de conteúdo tem como significado

o conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção e acolhimento destas mensagens.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de exploração de documentos que procura identificar os principais conceitos ou os principais temas abordados

em determinado texto. Ela começa, geralmente, por uma leitura flutuante, por meio da qual o pesquisador, num trabalho gradual de apropriação do texto, estabelece várias idas e vindas entre o documento analisado e suas próprias anotações, até que comecem a emergir os contornos de suas primeiras unidades de registro. Essas unidades de registro-palavra, conjunto de palavras formando uma locução ou tema, são definidas passo a passo e guiam o pesquisador na busca das informações contidas no texto.<sup>12</sup>

Com base nos dados coletados, fizemos uma primeira leitura do material obtido, com o objetivo de sistematizar as idéias iniciais. Em uma segunda leitura, buscamos as unidades de registro, realizamos os recortes das falas para a ilustração das categorias e, em seguida, discutimos os resultados obtidos, conforme a literatura pesquisada e os objetivos previstos.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

### O significado e o propósito do acolhimento

Acolher, ouvir, direcionar para o atendimento, esse foi o propósito do acolhimento mais citado pelos entrevistados. Sena, Maia e Leite<sup>6</sup> afirmam que entre os informantes de sua pesquisa prevalece a opinião de que o acolhimento possibilita conhecer as demandas e necessidades dos usuários e buscar soluções para elas. Além disso, apontam o acolhimento como estratégia, mecanismo ou instrumento para humanizar a relação entre serviço, profissional de saúde e usuário.

É notável uma congruência entre os resultados. A palavra acolher, para os participantes de nossa pesquisa, apresentou um significado afetuoso no sentido de possibilitar uma recepção positiva ao usuário – a humanização do atendimento. Notamos isso na seguinte fala:

*É acolher, conversar com a pessoa e ver sua necessidade. Na realidade um bom dia com um sorriso já é acolhimento.* (Petúnea)

Outro significado importante dado à palavra “colher” está relacionado à confiança do usuário nos profissionais, criando, assim, um vínculo:

*Acolher de forma que usuário se sinta bem recebido e confie nos profissionais.* (Plumbago)

Direcionar o atendimento está relacionado ao encaminhamento do usuário para o serviço que atende sua demanda. Pode-se ilustrar essa percepção pela fala de um dos profissionais:

*Acolher, ouvir o paciente para direcionar para o atendimento, ou seja, selecionar se o problema do paciente pode ser resolvido por um enfermeiro, por um médico ou por um auxiliar de enfermagem.* (Margarida)

A expressão *direcionar para o atendimento* pode ser interpretada, também, como uma maneira de agilizar

o processo de trabalho e garantir o acesso do cliente. Pode-se comprovar essa idéia pela seguinte fala de um dos entrevistados:

*Acolher não por ordem de chegada, mas pela necessidade do paciente. Dar prioridade aos casos agudos.* (Rosa)

Percebem-se características dadas ao acolhimento que correspondem à triagem de caso. O significado do acolhimento não deve se resumir em priorizar os casos e a resolução de problemas. Muitas vezes, um profissional que faz o acolhimento, ao tentar resolver de forma rápida um problema de um paciente que está sem remédio para pressão, por exemplo, lhe dando uma cartela e, depois, mandando-o para casa, pode estar negligenciando uma avaliação mais apropriada do estado de saúde desse paciente. Para possibilitar um atendimento de qualidade, os profissionais precisam analisar a fala do paciente levando em conta a integralidade desse indivíduo. Deve-se considerar que a promoção da saúde daquele sujeito vai além de suas queixas imediatas. Corroborando com essa idéia, Teixeira, Mishima e Pereira<sup>13</sup> afirmam que o acolhimento significa não só a resolução completa dos problemas do usuário, mas se dá também por meio da escuta, valorização das queixas e identificação de suas verdadeiras necessidades. Dessa forma, é fundamental que o profissional que acolhe seja capaz de conciliar a demanda apresentada e a real necessidade dos sujeitos acolhidos.

### O profissional ideal para fazer o acolhimento

Nas entrevistas realizadas, foi predominante a opinião de que o enfermeiro é o profissional mais bem capacitado para fazer o acolhimento, como se pode observar na seguinte fala:

*A enfermeira deve realizar o acolhimento já que tem uma visão mais geral do paciente.* (Copo-de-leite)

Nesse sentido, Souza e Lopes<sup>14</sup> confirmam a idéia acima ao dizer que o(a) enfermeiro(a) é o(a) profissional mais adequado(a) para realizar a acolhida aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, uma vez que transita em diversas áreas do conhecimento, busca tecnologias diferentes para assistência, até mesmo relacionando a equipe de saúde e a família do paciente.

Também notamos na análise dos dados que os sujeitos da pesquisa afirmaram que os auxiliares, juntamente com o enfermeiro, seriam os profissionais mais adequados para exercer o acolhimento. Isso pode ser percebido pelo seguinte discurso de um dos participantes da pesquisa:

*Os profissionais mais adequados para fazer o acolhimento seriam o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem bem treinado. Devido o papel do enfermeiro no posto de saúde, ele sabe um pouco de tudo. O auxiliar bem preparado pelo enfermeiro saberá melhor encaminhar o paciente para o profissional adequado.* (Manacá)

Para Sena, Maia & Leite,<sup>6</sup> a composição das equipes de saúde que assumem o acolhimento é bastante diversificada. Em todos os centros de saúde incluídos no estudo acima, os auxiliares de enfermagem assumem de frente essa prática e contam com a participação dos enfermeiros como referência técnica.

Mas foi mais significativa a concepção de que toda a equipe deve estar envolvida com o ato de acolher. Isso fica expresso no seguinte discurso:

*Todo profissional deve realizar o acolhimento porque todos devem estabelecer uma relação com usuário. O acolhimento não é um momento, é o cotidiano do atendimento ao cliente. (Jasmim)*

No cenário de nosso estudo, a maioria dos sujeitos envolvidos confirmou fazer o acolhimento, apenas dois médicos disseram não realizar. Podemos perceber a visão equivocada que esses profissionais têm sobre o acolhimento, já que acolher nos serviços de saúde é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela e buscar soluções. Esse ato deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado.<sup>15</sup>

O trabalho em saúde implica a interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, da recomposição dos saberes e disciplinas necessárias para o atendimento em saúde.<sup>16</sup>

### **CARACTERÍSTICAS E COMPETÊNCIAS DO ACOLHEDOR**

Como competências do acolhedor, emergiram nas falas dos sujeitos da pesquisa que este deve ser capaz de, principalmente, saber ouvir e ter um bom relacionamento com a população. Isso pode ser explicitado pela seguinte fala:

*Disposição de ouvir, paciência, ter envolvimento com o trabalho e responsabilidade para acompanhar os casos. (Antúrio)*

Matumoto, Mishima e Pinto<sup>7</sup> afirmam que é necessário ao profissional que realiza o acolhimento saber disponibilizar-se para a escuta do outro e de suas necessidades além da dor física.

Uma das características consideradas de suma importância para realizar o acolhimento é ter o saber e o conhecimento. Isso fica evidenciado nas seguintes falas:

*O profissional deve estar aberto e ter subsídios teóricos que fundamentem a ação. (Manjerição)*

*É necessário conhecimento básico e bom relacionamento com o público. (Espirradeira)*

A competência técnica para fazer o acolhimento está relacionada a aspectos legais referentes ao exercício

profissional. Segundo Sena, Maia e Leite,<sup>6</sup> as dificuldades dos profissionais estão diretamente ligadas à deficiência na preparação, na competência técnica do “Acolher” e nos aspectos legais do exercício profissional em que a equipe deve desempenhar as atribuições pertinentes às respectivas categorias profissionais.

Souza e Lopes,<sup>1</sup> fundamentam as idéias citadas acima ao afirmarem que o acolhimento humaniza as relações entre os usuários e trabalhadores de saúde, por meio de um espaço onde se cria o vínculo com base na escuta e na responsabilização, que dão origem aos processos de intervenção. É nesse espaço que o profissional de saúde utiliza sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objetivo é o controle do sofrimento e produção da saúde.

### **FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DO ACOLHIMENTO**

Nessa categoria buscamos explorar na vivência dos sujeitos da pesquisa os fatores que dificultam o acolhimento. Assim, notamos que um dos fatores, para a maioria dos profissionais, é a falta de espaço físico adequado para a realização de um acolhimento de qualidade. A falta de privacidade na conversa com cada usuário que ocorre normalmente em filas no momento do atendimento à demanda diária é o principal problema apresentado. As falas que se seguem podem exemplificar o que foi mencionado acima:

*Falta um local adequado para fazer o acolhimento, muitas vezes não se pode falar coisas no meio de todos. (Ixora-Rosa)*

*O espaço físico é um fator complicador do acolhimento, já que não dá para fazer uma escuta individualizada e qualificada. (Malva)*

Segundo Silveira, Felix, Araújo e Silva,<sup>17</sup> as queixas com relação ao aspecto organizacional remetem àquilo que ainda está insuficiente, precário ou inexistente.

É surpreendente que a maioria dos entrevistados tenha indicado como fator facilitador do acolhimento a receptividade da comunidade. Isso é percebido na fala de uma das funcionárias: *As pessoas são muito receptivas. (Petunea)*. Essa fala pode reforçar o pensamento de Miranda e Miranda<sup>5</sup> de que o acolhimento somente será possível se ocorrer o encontro entre duas pessoas e for construída uma base de relação a dois. Apenas um profissional identificou como fator dificultador a não-aceitação do acolhimento. Alguns usuários ainda têm a concepção de que para ter uma resolução de seu problema de saúde é necessário passar pela consulta médica.

*O usuário não aceita o acolhimento, quer consultar o médico. (Camomila)*

A adesão da equipe pela proposta do acolhimento facilita sua realização no centro de saúde em estudo e possibilita a busca pelo aperfeiçoamento:

*Os funcionários estão em consonância com a proposta [...] estamos em processo de discussão teórico e prático, tentando superar os fatores dificultadores, fazendo com que o espaço físico não impeça a realização do acolhimento. (Semânia)*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para mudar a realidade da saúde pública, é imprescindível que os profissionais que trabalham para a saúde das comunidades estejam dispostos a aderir a estratégias responsáveis e inovadoras para acolher indivíduos que muitas vezes se encontram em situação de desamparo não somente no âmbito da assistência à saúde, mas também em outros aspectos de caráter social, cultural e psicológico. Para que isso seja possível, é necessário que esses profissionais tenham uma postura política, criativa e comprometida para trabalhar sempre pensando no bem do próximo e nas possibilidades de melhoria da qualidade de vida da população.

Foi e é muito bom para nós, futuros profissionais da saúde, perceber que existem pessoas realmente comprometidas compondo as equipes de saúde da família, procurando sempre acolher da melhor maneira os usuários e agindo ativamente na vigilância à saúde, prevenção e cura das doenças.

É claro que a realidade de cada centro de saúde difere de acordo com a postura dos profissionais, característica da população, que abrange condições de trabalho,

relacionamento entre profissionais. Mas, quando realizamos o acolhimento como resultado de todos esses fatores, é possível perceber a presença dessa prática no dia-a-dia desse serviço e a possibilidade de aperfeiçoamento.

Apesar de ainda em processo de construção, o acolhimento está muito presente no centro de saúde em estudo. Percebe-se na interação dos profissionais com a comunidade e entre si uma postura acolhedora e comprometida com os problemas dos indivíduos e de suas famílias. Ao contrário da opinião de muitos dos profissionais desse centro de saúde, o acolhimento não é um momento específico do processo de trabalho, mas, sim, a disposição dos funcionários em escutar e se comprometerem com a demanda da população. Essa atitude da equipe está visivelmente presente no centro de saúde em estudo.

Percebemos que os profissionais desse centro de saúde reconhecem a necessidade de acolher o cliente para melhorar a eficiência do serviço, assim como estão à procura da melhor sistematização para possibilitar um acolhimento mais qualificado e resolutivo, capaz de oferecer aos usuários um “cardápio” de propostas para a promoção da saúde. Acreditamos que, para facilitar essa busca pela melhoria, é importante que os profissionais reflitam o processo de trabalho das equipes e construam meios para que teorias sobre o acolhimento sejam possíveis de ser implementadas.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo MRN. Vencendo os contratempos do SUS. REME Rev Min Enferm. 2000 abr/jun; 4(2): 83-6.
2. Malta DC, Merhy EE. A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. REME Rev Min Enferm. 2004 abr/jun; 8(2): 259-67.
3. Franco TB, Wanderlei SB, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999 abr; 15(2): 345-53.
4. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2003.
5. Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 6ª ed. Belo Horizonte: Editora Crescer; 1990.
6. Sena RR, Maia CCA, Leite JCA. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. REME Rev Min Enferm. 1999 jan/dez; 3, (1/2): 2-6.
7. Mishima SM, Matumoto S, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a Enfermagem. Cad Saúde Pública. 2001 jan/fev; 17(1):233-41 apud Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. Ciê Saúde Coletiva. 1997; 2: 5-20,
8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 175p
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 3 (14): 507-14.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. 202p.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições70; 1988. 225p.
12. Oliveira E, Ens RT, Andrade DBSF, Mussis CR. Análise de conteúdo e pesquisa na área de educação. Rev Diálogo Educac. 2003 maio/ago; 4(9):11-27.
13. Teixeira RA, Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53(2): 193-206.
14. Souza AC, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm 2003 abr; 24 (1): 8-13.
15. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Paidéia 2001. Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina. Maio, 2002. [Acesso em jan. 2008]. Disponível em : <http://www.campinas.sp.gov.br> .

**16.** Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Enfrentando a produção de cuidados no programa saúde da família: uma experiência de supervisão de equipes. Congresso Nacional da Rede Unida, 5; Fórum Nacional de Redes em Saúde, 1; Mostra Paranaense de Produção em Saúde da Família, 2, maio de 2003, Londrina; 2003.

**17.** Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no Programa Saúde da Família: caminho um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enferm.* 2004 jan/jun .9(1): 75-9.

Data de submissão: 31/1/2007

Data de aprovação: 19/9/2008