

# O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA DE PRÁTICAS INCLUSIVAS DE SAÚDE

*Welcoming as a tool of inclusive health care practices*

Lívia Gomes da Silva<sup>1</sup>; Marcelo da Silva Alves<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho estuda o acolhimento como um marco importante dos serviços de saúde, relacionando-o com a inversão do modelo técnico-assistencial, e enfoca os conhecimentos já produzidos sobre o tema. O estudo de caráter bibliográfico tem como base abordagens que vinculam o acolhimento às relações humanas e à reestruturação do processo de trabalho em saúde. O acolhimento, como nos mostram os dados, é uma estratégia para: reorganização do serviço de saúde, mudança do foco de trabalho da doença para o doente, destaque na importância do trabalho de uma equipe multiprofissional, garantia do acesso universal aos serviços de saúde, alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da Humanização na assistência e estímulo à capacitação dos profissionais, fazendo com que estes assumam uma postura acolhedora. A relação do trabalhador com o usuário, o estabelecimento de vínculos, a credibilidade e a confiança entre eles são, aparentemente, conseqüências do acolhimento. Como conclusão do estudo, infere-se que a assistência de saúde humanizada e com qualidade é responsabilidade de toda a equipe multiprofissional e garantida pelo acolhimento como resultado de práticas de saúde a serem executadas antes, durante e após o atendimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Humanização da Assistência; Equipe de Assistência ao Paciente

## ABSTRACT

This paper looks at “welcoming” as an important marker of health services, relating it with the inversion of clinical care’s technical-service oriented model, and focuses on what is already known about this subject. The bibliographic study is based on approaches that link “welcoming” to human relations and the changing structure of the process of health care service. “Welcoming”, as we see in the data, is a strategy for: reorganization of health care services, a change in the work focus from disease to patient, underlining the importance of multi-professional teamwork, a guarantee of universal access to health services, a resolution of problems or the follow-up of patient needs, a promotion of “humanized” care, and a stimulus in the training of professional staff in taking a welcoming attitude. The relationship between staff and client, the establishment of ties, and the credibility and confidence between them are, apparently, consequences of a welcoming posture. Concluding this study is an inference that “humanized” and quality health care is the responsibility of the whole multidisciplinary team and it is guaranteed by welcoming practices, as a result of care provided before, during and after consultation.

**KEY WORDS:** User Embrace; Humanization of Assistance ; Patient Care Team

<sup>1</sup> Residente de Enfermagem em Saúde da Família; Enfermeira; Endereço: Rua Manoel Joaquim Tavares n° 55 apto 401, Jardim do Sol; Juiz de Fora –MG. Fone: 32136946 - E-mail:livia\_nurse@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutor; Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFJF; Rua Prof Lander n° 126, Vitorino Braga; Juiz de FORA – MG. Fone: 911554- 55 - E-mail: enfermar@oi.com.br.

## INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos (BRASIL, 1988). Mas, atualmente, percebe-se que existe uma problemática em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à assistência que não proporciona resolutividade aos usuários, à desqualificação e à equivocação dos profissionais diante do processo de trabalho em saúde e à falta de um ambiente terapêutico nos serviços.

O acolhimento é capaz de reduzir toda essa problemática, atuando como uma tecnologia para reorganização dos serviços, com vistas à garantia do acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO *et al.*, 1999). Ele pode ainda atuar como uma ferramenta assistencial que, segundo Miranda e Miranda (1996), se vincula às relações humanas e habilidades interpessoais dos profissionais que atendem os usuários.

O tema deste trabalho foi escolhido devido à percepção da necessidade do desenvolvimento do acolhimento nas instituições de saúde nas quais a pesquisadora realizou estágio curricular. Viu-se que a maioria dos usuários, ao procurarem atendimento, não recebia informações adequadas. Eles eram obrigados a esperar longos períodos para que pudessem receber assistência mesmo que estivessem extremamente debilitados e, ao serem atendidos, eram meramente espectadores da promoção de sua saúde; não havia o princípio da integralidade e a visão holística de todo o caso. Os clientes, ao serem internados, desconheciam a terapêutica a ser implementada, aumentando assim sua ansiedade e temor quanto à realização de todas as intervenções ou métodos de tratamento.

Este estudo foi elaborado a fim de promover uma discussão em relação às formas de acolhimento existentes, contextualizando as mesmas, para proporcionar uma reflexão sobre suas dimensões e gerar uma oportunidade de se pensar neste como forma de materialização da saúde como direito.

Devido à existência de diferentes abordagens sobre as dimensões e teorias do acolhimento, delineou-se a necessidade de elaborar uma reflexão sobre elas a partir de uma pesquisa bibliográfica. Trata-se de um levantamento de bibliografia já publicada sobre o acolhimento a fim de colocar o pesquisador em contato com o que já foi escrito sobre o tema e permitir uma análise contextual sobre o mesmo.

Esta reflexão visa demonstrar a importância da ampliação do acesso à assistência, potencializar o conhecimento técnico-científico dos profissionais, agregar a resolutividade em suas intervenções e promover o vínculo e a responsa-

bilização clínica pelos clientes. Busca também produzir condições de equidade na utilização dos serviços de saúde, desencadeando mecanismos mais eficazes de regulação e ordenamento da oferta de serviços e otimizando os recursos existentes para responder às necessidades de saúde da população, com ênfase em um modelo centrado no usuário.

O critério utilizado para a pesquisa de material foi sua data de publicação. Decidiu-se utilizar bibliografia publicada, principalmente, entre os anos de 1992 e 2006, devido à regulamentação e implementação do SUS no início da década de 90 e à percepção da necessidade da realização do acolhimento e da humanização na assistência à saúde.

Como fundamentação teórica para este estudo, buscou-se pesquisar materiais de interesse através de fontes primárias e secundárias. Consideram-se primárias aquelas provenientes dos próprios órgãos que realizaram as observações, no caso deste estudo, fontes elaboradas por profissionais que realizaram o acolhimento em determinada instituição; e, como fontes secundárias, aquelas obtidas a partir do levantamento de toda bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita (seria “na imprensa escrita”??), materiais que descreviam sobre o acolhimento, suas dimensões, teorias, constituídas pela leitura crítica a esse tema (LAKATOS; MARCONI, 1992).

Para a coleta de informações, foi utilizada a técnica da leitura informativa, abrangendo suas quatro fases: reconhecimento ou pré-leitura, pela qual verificou-se a existência ou não das informações necessárias no material, fornecendo, também, uma visão global do assunto; seletiva, onde as informações de interesse foram selecionadas após suas localizações; crítica ou reflexiva, cuja função foi proporcionar um estudo mais amplo, reflexão e entendimento dos significados, neste estudo, implicando em uma análise juntamente com a comparação, diferenciação, síntese e julgamento das teorias e dimensões apresentadas; e a interpretativa, buscando saber o que o autor realmente afirmou, criar uma correlação entre as abordagens de diferentes autores com o modelo assistencial vigente e também possibilitar o julgamento da veracidade das informações coletadas.

Para maior facilidade na elaboração do estudo, este foi dividido em três momentos: no primeiro, buscou-se selecionar obras que pudessem atender aos objetivos do trabalho; no segundo momento, considerando sua relevância e pertinência, foi realizada uma filtragem dos materiais encontrados; e, por fim, procedeu-se à análise crítico-interpretativa e compilação dessa bibliografia, levando em conta as idéias desenvolvidas por diversos autores.

Após a referida análise, optou-se por dividir didaticamente este estudo em duas partes: 1. os marcos teóricos, onde se tratou sobre a inversão do modelo assistencial e sobre as teorias e dimensões do acolhimento, retratando o mesmo como uma ferramenta dos serviços de saúde e 2. a reflexão das dimensões do acolhimento, onde foi realizada uma crítica das informações anteriormente apresentadas, destacando sua relevância e adequabilidade ao modelo assistencial vigente.

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente, observa-se através dos meios de comunicação que a maioria das pessoas que utilizam os serviços públicos não tem recebido assistência gratuita de qualidade e de forma resolutiva. Há, portanto, a necessidade de uma revisão sobre os princípios e diretrizes do atual sistema de saúde, direitos da população e sobre o foco do modelo técnico-assistencial vigente. Com a implantação do SUS, visou-se uniformizar a assistência e permitir a todos o direito à saúde.

Antes da década de setenta, o sistema de saúde brasileiro se preocupava basicamente com o combate em massa de doenças. Mas a partir dos anos 80, mudanças econômicas e políticas no país exigiram a substituição do modelo privatista por um outro modelo assistencial.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 influenciou a criação de um sistema que representasse a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde. E, segundo Bueno e Merhy (1997), a conferência citada acima conseguiu pela primeira vez dar supremacia a idéia de um sistema único de saúde público sob o controle do Estado. Ela estabeleceu também a saúde como direito de cidadania e, junto com o movimento social, incluiu no processo constituinte, no final dos anos 80, a discussão dos princípios da Reforma Sanitária como diretrizes hegemônicas para o SUS.

Seguindo idéias surgidas nessa conferência, a Constituição da República Federal de 1988 promulgou o SUS que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) de 19 de setembro de 1990 e pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Ele é um dos maiores sistemas de saúde no mundo, garantindo assistência integral a todos os cidadãos gratuitamente e tem por finalidade alterar a desigualdade na assistência à saúde da população, fazendo com que o atendimento seja obrigatório a todos os cidadãos, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (PARA., 2002).

O SUS deve se tornar um mecanismo de promoção

da igualdade no atendimento. Ele se propõe a promover a saúde, priorizando ações preventivas e favorecendo a educação em saúde da população.

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: a universalidade que declara que todas as pessoas têm direito ao atendimento independente da cor, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda; a equidade que declara que os serviços de saúde devem considerar que cada grupo populacional vive de forma diferente, possui problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de oportunidades para satisfazer suas necessidades de vida; a integralidade que declara que o atendimento deve ser feito para a saúde do indivíduo e não só para sua doença, as ações de promoção, prevenção e reabilitação formam um conjunto indivisível, não podendo ser compartimentadas. As unidades prestadoras de serviços devem configurar um sistema capaz de prestar assistência integral, atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida que o levam a adoecer e morrer (SCAFF, 1998).

O SUS no Brasil, após 17 anos de existência, ainda se encontra em processo de construção. A assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser alcançada com eficiência e eficácia, a fim de tornar o sistema efetivo no Brasil.

Ainda hoje se questiona se os brasileiros têm acesso às ações e serviços de saúde com um adequado grau de resolutividade, se as ações e serviços estão sendo planejados de acordo com as reais necessidades da população e com as condições de saúde do local, se os recursos estão sendo mobilizados de forma adequada visando uma assistência de qualidade, se o atendimento à população tem sido equânime e de qualidade e se a atuação setorial tem melhorado as condições de saúde da população e a qualidade do ambiente. Essas questões de difícil resposta, devido aos fatores que influenciam direta ou indiretamente a política de saúde, devem preocupar os gestores da rede SUS de forma a pressionar a transformação qualitativa dos processos de gestão tanto para a efetividade da política de saúde quanto para o alcance dos objetivos e das atribuições em todos os campos de atuação do sistema (LUCCHESI, 2002).

A fim de possibilitar uma reflexão sobre o acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde, além da compreensão da inversão do modelo assistencial, é necessário conhecer as diversas dimensões ou teorias sobre esta importante estratégia do Ministério da Saúde para a humanização na assistência.

O acolhimento é visto por alguns autores como uma estratégia para reorganização dos serviços de saúde, outros

fazem suas abordagens envolvendo as relações humanas entre profissionais e usuários.

Ele pode ser considerado como um resultado de práticas de saúde durante seu desenvolvimento e, segundo Matumoto (1998), consiste em uma ação em que o trabalhador se responsabiliza pelo usuário enquanto este permanece no serviço.

O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, profissionais e usuários em todo processo, com o objetivo de promover a humanização da assistência. Uma das medidas tomadas é a proposta do acolhimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Diferente do que é exposto na Lei Nº 8.080 de 1990 e na Constituição Federal de 1988, o SUS não tem garantido a todos o acesso a saúde. É conhecido, por meio dos meios de comunicação, que várias pessoas estão morrendo em filas de serviços de saúde aguardando atendimento. Percebe-se também que a integralidade não tem sido executada em todos os serviços da rede assistencial, o objeto de trabalho é a doença não o homem, impossibilitando que este encontre valorização das suas queixas, satisfação das suas necessidades e alcance, gradativamente, um maior coeficiente de autonomia diante da promoção de sua saúde.

O trabalho em saúde precisa ser reestruturado, juntamente com o preparo do atendimento, construção de ambientes terapêuticos, qualificação profissional, adequabilidade na relação trabalhador/usuário e busca efetiva pela resolutividade dos problemas dos usuários.

O acolhimento, dentre outras funções, pode ser uma estratégia para essa reestruturação. Ele é um modo de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos os usuários, ouvindo seus pedidos, elegendo suas reais necessidades e assumindo uma postura acolhedora capaz de escutar e pactuar respostas mais adequadas. Este modo de agir permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização.

Um ambiente acolhedor, uma postura responsável e confiável de toda equipe que assistirá esse indivíduo, desde sua entrada até a saída do serviço após o atendimento, são fatores condicionantes para que se estabeleça o acolhimento.

Pereira (2002) enfatiza que acolher não significa simplesmente satisfazer a pessoa atendida, mas buscar a resolutividade ou realizar encaminhamentos a fim de promover a reabilitação da saúde da mesma. A assistência de qualidade, dentre seus objetivos, engloba a satisfação da clientela, mas sabe-se esta nem sempre é possível ou ainda esse ato não é capaz de promover ou reabilitar totalmente a saúde.

Um bom exemplo seria o caso de um determinado usuário com cefaléia que procura um serviço de atenção primária à saúde. Ele recebe atendimento, é coletada sua história de saúde, realizado exame físico completo e a partir dos dados obtidos, o médico, profissional que está assistindo esse indivíduo, prescreve um analgésico e o orienta a retornar ao serviço em caso de persistência da dor. Após 3 dias, o usuário volta ao serviço, apresentando febre, vômitos e persistência da dor. O médico faz o seu encaminhamento para uma instituição de atenção terciária, pois a resolutividade do seu problema não pode ser alcançada neste nível e a permanência ali pode constituir em um risco para sua saúde.

Quando um usuário procura o serviço de saúde e expressa suas necessidades, o profissional que o assiste deve agrupá-las, estabelecer um diagnóstico de acordo com seu campo de atuação e, caso o problema possa ser resolvido dentro de sua área de atribuições, traçar o plano terapêutico ou assistencial, implementar as intervenções necessárias e depois avaliar os resultados. Já quando a resolutividade do problema não pode ser alcançada, o profissional deve estar plenamente consciente de sua responsabilidade em realizar o encaminhamento adequado deste indivíduo. Essas atividades descritas fazem parte de todo o desenvolvimento do processo de acolhimento.

Isso não acontece desta maneira na realidade vivida nos serviços de saúde. Os usuários procuram as instituições buscando a resolutividade de seus problemas, porém não encontram valorização das suas queixas, alguns profissionais mantêm suas posturas de “detentores do saber”, desmerecendo o indivíduo e o conhecimento sobre sua própria saúde e desestimulando-o a alcançar um elevado coeficiente de autonomia. Partindo desse ponto, percebe-se a necessidade de qualificar e capacitar a equipe multiprofissional para que seja implementado, de forma eficaz, o processo de acolhimento nos serviços de saúde, seja de nível de atenção primária, secundária ou terciária.

Segundo Franco *et al.* (1999), o acolhimento constitui-se de uma tecnologia leve para reorganização dos serviços, buscando a garantia do acesso universal, resolutividade e humanização.

Um dos princípios do SUS é a Universalidade, o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde. Segundo Merhy *et al.* (1997), constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é o suficiente para imprimir mudanças que traduzam a saúde como direito e patrimônio de todos. Para isso é preciso que todos tenham livre acesso aos serviços de saúde, sendo atendidos de forma digna e igualitária, que haja responsabilização das instâncias públicas pela

saúde dos indivíduos e que se estabeleça um vínculo entre usuários e profissionais para uma maior confiança e alcance de um adequado nível de resolutividade.

Existe uma relação entre acesso e acolhimento. Para Carvalho e Campos *apud* Schimith e Lima (2004), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar a todos, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização pelos problemas de saúde de uma região. Segundo a Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O acesso aos serviços de saúde não tem sido um direito garantido a todos. Diversas pessoas doentes, carentes de cuidados e de uma assistência com qualidade, têm permanecido dias em filas de espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas, ausência de leitos para internação e até insuficiência no número de profissionais. Esta situação não mostra a garantia do acesso à saúde ao ser humano, ao contrário, mostra que a saúde tem sido um direito de poucos, aqueles que possuem maior resistência para suportar dor ou sofrimentos, aqueles com doenças que não levam a complicações graves imediatamente ou aqueles que possuem um colega ou familiar que trabalhe no serviço que possa conseguir uma vaga ou leito que antes era inexistente.

Os serviços de saúde devem ser capazes de adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor atender os usuários, adequando a assistência prestada a recursos escassos, aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária da população e na rede assistencial, para que todos se sintam acolhidos e possam ser atendidos humanizadamente.

A postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. As dificuldades existem e são conhecidas, mas a força de vontade de cada um, a qualificação e capacitação profissional, a postura adequada, transmissão de confiança para a população, juntamente com o estabelecimento de vínculos com a mesma, tudo isso pode facilitar, de forma eficaz, a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde, adequando medidas que possam garantir atendimento a todos de forma humanizada e qualitativa.

O acolhimento é uma proposta para essa garantia. Sabe-se que muitos serviços fazem uso do acolhimento, mas ainda não conseguem garantir a todos a universalidade

no acesso ao atendimento. Assim como o SUS está em construção, o processo de acolhimento também está se desenvolvendo, por isso a dedicação de cada profissional, a valorização do trabalho em equipe e a capacitação de todos é imprescindível para a implementação dessa proposta, fazendo com que esta alcance seus objetivos e resultados satisfatórios.

A divisão de tarefas e a responsabilidade do profissional pela saúde do usuário devem ser essenciais em todo o processo de trabalho. A enfermeira pode assistir o indivíduo dentro de sua área de atuação. Profissionais dessa categoria possuem uma formação que os capacita a colher informações, conhecer necessidades de saúde e verificar se estas podem ser resolvidas dentro de suas atribuições. Elas podem traçar um plano terapêutico e implementar intervenções que visem a promoção ou reabilitação da saúde do sujeito. Caso seja um problema ou patologia fora do campo de atuação da enfermagem, o profissional deve proceder ao encaminhamento médico adequadamente.

O acolhimento não deve ser visto como forma de “escolher quem será atendido”, ele deve mesclar uma recepção administrativa e um ambiente confortável para a realização da avaliação do estado de saúde e classificação de risco, não atuando como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço saúde. Se estas ações forem tomadas isoladamente, pode resultar numa ação pontual, descomprometida com processo de produção de saúde humanizado, compactuando com a visão tradicional de acolhimento, cujo objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2001), em seu projeto chamado Paidéia, e Pereira (2002), o acolhimento não deve ser realizado por um único profissional ou por um trabalhador de uma categoria específica. Ele deve ser realizado por toda a equipe de saúde, mas é imprescindível que cada membro desta tenha uma postura acolhedora na relação com a população.

Já Souza e Lopes, (2003) acreditam que a enfermeira seja a profissional indicada para esta tarefa pela sua formação de base coletiva e centrada na atenção integral ao ser humano. A integralidade na assistência não deve ser realizada somente por ela, mas sim por toda a equipe multiprofissional. O acolhimento, considerado como um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento deve ser realizado por todos os profissionais, sendo que cada um desses contribuirá positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizadora dentro de sua área de atuação. O usuário que recebe uma assistência inte-

gral e multiprofissional adequada é mais capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da promoção de sua saúde.

O trabalho em equipe, quando realizado com qualidade e eficiência, traz resultados mais satisfatórios, em relação à saúde, e pode-se dizer que, dentre esses resultados, está o bem-estar físico, psicológico, social e emocional dos clientes. Se um profissional de nível técnico não realizar seu trabalho de forma humanizada, conhecendo as reais necessidades dos usuários e estabelecendo vínculos com eles, conseqüentemente a assistência poderá ser prejudicada. O mesmo ocorre com a enfermeira, se esta não realizar e nem zelar por uma assistência de qualidade, a população correrá o risco de não alcançar a resolutividade dos seus problemas. O médico, muitas vezes com sua visão apenas “biologicista”, pode prejudicar o estado de saúde do indivíduo, caso não promova o estabelecimento de vínculo com o mesmo, transmitindo-lhe confiança e responsabilidade, podendo provocar um ceticismo em relação às intervenções terapêuticas implementadas.

O acolhimento deve ser também considerado como um processo de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde nos vários momentos e tipos de atendimento (MATUMOTO, 1998).

A mudança do foco assistencial da doença para o ser humano é também essencial para que se estabeleça o acolhimento. Em um atendimento humanizado e acolhedor, o profissional deve focar o indivíduo integralmente, o objeto de trabalho não é mais a doença, mas o paciente. A visão holística durante o atendimento favorece positivamente todo o processo de saúde, pois durante a assistência é possível conhecer todas as necessidades, até aquelas ocultas pelo próprio indivíduo, intervindo sobre elas.

O acolhimento como estratégia para o processo de produção de saúde implica no protagonismo dos sujeitos do processo de produção de saúde, intervenção de toda equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas, elaboração de planos terapêuticos individuais e coletivos, garantia da equipe aos seus profissionais quanto às dificuldades na acolhida à demanda da população e implica também numa postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades trazidas pelo usuário.

Ao se estabelecer o acolhimento nos serviços de saúde, este passa a resolver os problemas do cliente de forma mais rápida, o profissional escuta suas queixas, medos e expectativas, se responsabiliza para dar uma resposta pactuada perante o problema, conjugando as necessidades imediatas com a oferta dos serviços e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse

contexto, o acolhimento não atua como ação pontual, mas sim como um processo que une inúmeras ações que pressupõem um encontro do sujeito profissional com o sujeito demandante de forma humanizada e resolutiva.

Em relação ao acolhimento estar vinculado à Classificação de Riscos, deve-se tomar muito cuidado, pois nesta medida, é imprescindível que o profissional seja suficientemente capaz de avaliar riscos e vulnerabilidade sem deixar de lado o grau de sofrimento físico e psíquico. Um bom exemplo seria uma pessoa sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiada; esta poderia apresentar um maior grau de risco e vulnerabilidade do que outra com sinais e sintomas de problemas físicos visíveis.

A prevenção e a promoção da saúde devem ter lugar marcado na mente de toda a equipe multiprofissional, mas o atendimento humanizado visando uma assistência de qualidade deve ter também seu lugar garantido. Os usuários, ao procurarem os serviços de saúde, buscam a resolução de seus problemas, visando alcançar a cura de uma doença ou o alcance de medidas preventivas. O profissional de saúde é responsável pela satisfação das necessidades apresentadas, pois o SUS em sua legislação garante que saúde é um direito de todos.

O acolhimento visa conhecer as reais necessidades dos clientes e tentar resolvê-las de forma rápida e eficaz, diminuindo as filas nas recepções dos serviços, proporcionando aos usuários uma assistência de qualidade e contribuindo, em totalidade, para a humanização no serviço.

Segundo Matumoto (1998), o acolhimento é uma ação de responsabilização do trabalhador enquanto o usuário permanece no serviço. Não é uma ferramenta assistencial realizada somente nos consultórios, mas deve ser um processo a ser desenvolvido desde a chegada do usuário no serviço.

Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Ribeirão Preto demonstrou que o acolhimento pode ser iniciado antes de o cliente chegar na instituição de assistência à saúde. O preparo adequado dos profissionais para os receberem, o ambiente terapêutico que é essencial para a implantação de uma assistência de qualidade, a organização burocrática da marcação de consultas, prevendo e provendo medidas que favoreçam o atendimento de todos igualmente, dentre outras, são medidas acolhedoras que podem ser tomadas antes mesmo da chegada dos usuários.

Atualmente, o ambiente encontrado nos serviços de saúde não se parece muito com ambiente terapêutico. Em vários destes, o espaço físico tem se apresentado deteriorado, necessitando de uma reforma, os profissionais não se preparam adequadamente para iniciar seu trabalho

assistencial, utilizando-se de uma vestimenta inadequada e também aspecto fadigado e estressado devido ao acúmulo de funções, intensa jornada de trabalho e, em alguns casos, pela insatisfação com a instituição e com as condições de trabalho. Esses fatores, juntamente com outros já citados neste estudo, dificultam a transmissão de confiabilidade, o estabelecimento de um ambiente terapêutico e, conseqüentemente, o desenvolvimento do acolhimento em todo o processo de trabalho.

O Projeto de Acolhimento de São Paulo destaca que o acolhimento é uma estratégia que fortalece o princípio da universalidade, integralidade e equidade, atendendo a todos que procuram os serviços (SÃO PAULO, 2003). Ele é uma ferramenta assistencial e, como tal, deve estabelecer medidas que melhore a assistência dada aos usuários, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, sem deixar de lado a ênfase no vínculo que deve ser criado entre estes e o serviço e sua autonomia diante dos cuidados com a saúde, fazendo com que deixem de ser “pacientes” e se tornem participantes ativos em todo o processo de promoção de saúde.

De acordo com Merhy *et al.* (1997), o cliente tem interesse em tornar-se cada vez mais autônomo através do alcance do conhecimento que lhe permita, cada vez mais, resolver seus problemas de saúde. Esse conhecimento deve ser fornecido pelo médico ou enfermeira, tomando sempre o cuidado de destacar a grande importância da procura pelo serviço em caso de doenças, complicações e problemas de saúde, sendo que as orientações dadas são para facilitar a promoção de saúde através do autocuidado adequado, medidas preventivas e até ações terapêuticas que podem ser realizadas por ele mesmo sem possibilidade de risco para sua saúde.

Numa visão limitada, Ferreira (1988) acredita que o acolhimento seja a recepção do usuário no serviço. Mas o acolher não é simplesmente receber bem, implica em prestar um atendimento de qualidade, humanizado e com resolutividade dos problemas de saúde que fizeram com que as pessoas procurassem a rede assistencial. Ele não é apenas uma etapa, inclui todo o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Uma das ferramentas essenciais para este processo é a comunicação (MATUMOTO *et al.*, 1998). Ela favorece a relação entre o trabalhador e o usuário. A comunicação terapêutica envolve uma escuta acolhedora e minuciosa nos serviços, juntamente com atendimento individualizado e permite que o indivíduo expresse suas reais necessidades, seja de forma verbal ou não.

Segundo Malta (2006), acolhimento é uma estratégia

para mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. A equipe de saúde que o desenvolve deve utilizar-se de todo seu conhecimento técnico-científico para prestar um atendimento de qualidade. Este processo deve estimular o resgate desse conhecimento por parte de todos os profissionais da equipe, a fim de ampliar suas intervenções, propiciando aos indivíduos um bem-estar em saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada.

A relação de ajuda, discutida por Miranda e Miranda (1996), que a compara com o acolhimento, traduz uma abordagem em que este ocorre quando há o encontro de duas pessoas, um ajudador (profissional) e um ajudado (usuário). Neste encontro, o ajudador recebe o ajudado, transmitindo-lhe receptividade e interesse de modo que se sinta valorizado. O usuário espera ser acolhido para que possa expor suas necessidades e obter uma solução.

Nesse tipo de relação, o ajudador expõe alternativas para o ajudado capazes de satisfazer suas necessidades. O sujeito deve escolher uma dessas alternativas, e o fim do processo é quando o ser ajudado passa a atuar como seu próprio ajudador.

Essa abordagem demonstra uma forma de acolhimento por meio das relações humanas entre trabalhador/usuário, em que há o estabelecimento de uma relação de vínculo, além de promover a autonomia do último, fatores essenciais para uma assistência à saúde de qualidade.

Merhy *et al.* (1997) acreditam que encontros únicos e singulares podem caracterizar o desenvolvimento do acolhimento através do desenvolvimento dos chamados espaços intercessores, ou seja, espaços que demandam relações e intervenções específicas para o atendimento às necessidades dos usuários.

Pode ser desenvolvido em um único encontro, somente se o usuário inserido no caso procurar o serviço nesta única vez e alcançar resolutividade do seu problema neste encontro singular. Já a pessoa que faz um determinado tipo de acompanhamento no serviço de saúde necessita ser acolhido não só em um único ou no primeiro encontro, mas em todos, a fim de que haja o desenvolvimento do acolhimento e que este atue como ferramenta para uma assistência contínua.

Há também uma abordagem que relaciona o acolhimento com uma rede de conversações. Teixeira (2000) acredita que a sustância do trabalho em saúde é a conversa, da qual depende a realização de todo trabalho em saúde. Ela é reconhecida e utilizada conjuntamente por trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde. Este autor declara também que o acolhimento é responsável

por interligar uma conversa à outra formando a chamada rede de conversações.

Esta rede não se restringe apenas ao momento da recepção, considerado por Teixeira (2000), como o momento de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem ser satisfeitas pelo serviço. A rede de conversações, que traduz uma visão de um acolhimento-dialogado, deve estar presente em todos os encontros assistenciais decidindo a trajetória do usuário através do serviço de saúde.

A conversa, entendida como base para a implementação do acolhimento-dialogado, deve ser utilizada por todos os profissionais do serviço, sendo que estes devem verificar quais modos de conversa estão utilizando, ou seja, quais as técnicas de produção de relação que têm participado da configuração da comunicação do encontro.

Ao se discutir essa rede de conversações, caímos no pressuposto já discutido anteriormente sobre a importância da comunicação como ferramenta para o acolhimento. Uma comunicação eficaz é capaz de estabelecer um vínculo entre trabalhador/usuário, produzir o conhecimento das reais necessidades de saúde do indivíduo, transmitir confiança e responsabilidade para o mesmo e também promover a autonomia diante da promoção de sua saúde.

O acolhimento é uma medida para implementar a humanização na assistência à saúde. Ele é uma forma de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos com maior resolutividade e responsabilidade.

Por meio das discussões supracitadas, viu-se que o ato de acolher não significa apenas satisfazer o usuário, mas sim, caso a satisfação não seja possível, o profissional deve encaminhar o indivíduo dentro das especialidades da rede assistencial a fim de promover a reabilitação da saúde do mesmo.

Foram encontradas aproximadamente, quinze referências bibliográficas relacionadas com a prática do acolhimento, dentre elas, a cartilha do Ministério da Saúde, Protocolos utilizados em outros municípios e diversos artigos publicados. No entanto, para a elaboração deste trabalho foram utilizadas aquelas referentes ao SUS para que se pudesse discutir também a inversão do modelo assistencial.

A ordem de chegada estabelecida como critério de atendimento, na maioria dos serviços de saúde, certamente não é uma forma de acolhimento. Os usuários fragilizados devido à debilidade do seu atual estado de saúde precisam chegar de madrugada nos serviços para possivelmente serem atendidos. E, ao chegarem na recepção, correm o risco do profissional responsável pela mesma dizer que não há mais vagas. Esse tipo de atendimento, aparentemente

organizado, não garante a população um atendimento de qualidade.

Em serviços de saúde com alta demanda e pouca oferta, é essencial a implantação de um projeto de acolhimento, categorizando os usuários de acordo com suas vulnerabilidades, estimulando o trabalho de todos os profissionais, que devem ser qualificados e capacitados, de forma que possam prestar uma assistência a todos com qualidade e resolutividade dos problemas, quando possível.

Foi discutida uma forma de acolhimento através da Classificação de Riscos e Agravos. Esta medida deve ser executada juntamente com um trabalho multiprofissional, no qual toda a equipe assume uma postura acolhedora e responsável, trabalhando dentro de sua área de atuação, com objetivo de prestar um melhor atendimento, garantindo que todos sejam atendidos com qualidade e humanização.

Nesta visão acolhedora do atendimento, o foco de trabalho não é mais a doença, mas o doente, prestando-lhe uma assistência integral, valorizando suas queixas e falas, considerando-as essenciais para a elaboração de um plano terapêutico adequado.

É essencial para o acolhimento no processo de trabalho em saúde, a atuação de uma equipe multiprofissional, mas a enfermeira, com sua visão administrativa e formação em saúde coletiva, deve participar de forma mais direta no desenvolvimento do acolhimento, realizando e supervisionando toda a execução desse processo, a fim de zelar por um serviço que funcione de acordo com os princípios do SUS, garantindo o direito da clientela e seguindo a proposta do Ministério da Saúde para a promoção da humanização nos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, pode-se dizer: “Lute pelo acolhimento, ele materializa seus direitos”. Diante de suas diversas abordagens, percebe-se que o acolhimento pode colaborar para a garantia de um atendimento qualitativo e humanizado, facilitar a promoção de uma assistência integral de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido. Mas essa colaboração só pode existir se o acolhimento for entendido como um processo de responsabilização de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada para tal ato, juntamente com a postura acolhedora de todos e liberdade para que se estabeleça o vínculo dos clientes com o serviço.

Para a elaboração deste estudo, foi produzida uma pesquisa bibliográfica sobre as dimensões, teorias do aco-

lhimento e conhecimentos produzidos a cerca do assunto, bem como estudos realizados sobre este em diversas instituições de saúde. Logo após, foi realizada uma discussão e uma reflexão sobre as informações apresentadas.

Através dos dados obtidos, verificaram-se os conceitos do acolhimento, momentos nos quais este deve ser implementado, quais profissionais participam do processo, definições dos objetivos e conseqüências de sua implementação.

Constatou-se que ele pode ser considerado um organizador do processo de trabalho em saúde, uma estratégia para que todos tenham acesso a uma assistência de qualidade e integral e também para enfatizar a importância de uma equipe multiprofissional com postura acolhedora e com objetivo comum: o bem estar físico, emocional e psicológico da população.

O objetivo geral deste estudo foi refletir sobre as diversas dimensões do acolhimento e o objetivo específico foi repensá-lo de modo a favorecer o estabelecimento de uma assistência à saúde humanizada, com qualidade e responsabilidade, garantindo a todos o acesso aos serviços e uma visão integral no atendimento, centrado nas necessidades do ser humano, em uma abordagem integral. Ambos foram alcançados de maneira extremamente satisfatória.

Assim, ressalto a relevância deste estudo, pois o mesmo contribuiu para uma reflexão sobre uma atitude profissional acolhedora, que busca acima de tudo proporcionar bem-estar físico, emocional e psicológico à população. Ele também destaca a importância do trabalho de uma equipe multiprofissional durante a assistência e o papel importante da enfermeira que deve zelar por assistência de qualidade a seus usuários, provendo e prevenindo medidas ou recursos que possam garantir a implementação do acolhimento e a capacitação de todos os profissionais para a execução deste processo.

Sendo assim, acredita-se que este estudo possa ajudar os profissionais de saúde e os serviços de saúde a olhar para suas práticas assistenciais, na busca de desenvolver suas potencialidades do acolhimento. É capaz também de estimular reflexões sobre o trabalho em saúde, para que os profissionais possam praticar uma assistência acolhedora, humanizada, que escutem as necessidades do usuário, valorizando sempre suas queixas, oferecendo autonomia, resolutividade e garantia a todos do direito à saúde.

Foram muitas as dificuldades durante a realização deste estudo. Apesar de já existirem teorias sobre o acolhimento, percebe-se que esta é uma proposta que ainda está em construção, pois a cada análise dos serviços de saúde, no que tange à forma de atendimento, postura dos profissio-

nais, modelo assistencial, podem-se descobrir novas outras dimensões do acolher, construir novas definições, métodos de trabalho, posturas adequadas, esmiuçando cada vez mais o papel de cada profissional especificamente em todo o desenvolvimento do ato de acolher os usuários, sempre com ênfase na importância do trabalho em equipe.

A enfermeira, no serviço de saúde, seja este de nível de atenção primário, secundário ou terciário, deve zelar por uma assistência de qualidade. A atual situação do atendimento à saúde, juntamente com a pouca oferta de serviços e alta demanda, tem proporcionado às enfermeiras maior campo de trabalho, dando-lhes a oportunidade de realizar consultas de enfermagem, avaliar o indivíduo integralmente e proporcionar ao mesmo alcance da resolutividade dos seus problemas. Ela deve complementar sua postura técnica, muitas vezes voltada somente para a realização de procedimentos e delegação de funções, com uma visão mais ampla, de forma que possa abranger a assistência como um todo, podendo se aproximar do usuário, estabelecendo vínculo com o mesmo, visando sempre a promoção de sua saúde. Essa postura da profissional poderá transmitir maior confiabilidade e responsabilidade às pessoas que procuram os serviços e estas então poderão alcançar a resolutividade adequada e tornarem-se cada vez mais autônomas em relação aos cuidados com sua saúde.

O acolhimento deve continuar a ser estudado, tanto pela equipe de enfermagem quanto pelos médicos e demais profissionais. O papel de cada um destes deve ser demonstrado de maneira mais específica nos serviços de saúde. O SUS, mesmo sendo o modelo assistencial vigente, também deve ser mais bem conhecido tanto pelos profissionais quanto pelos acadêmicos da área da saúde, pois estes serão os futuros profissionais inseridos nesse sistema, devendo, portanto conhecê-lo muito bem a fim de evitar falhas em suas atribuições e visar sempre o alcance dos objetivos e princípios propostos pelo mesmo.

Por meio deste estudo, percebe-se que, se o acolhimento pudesse ser desenvolvido em todos os sistemas de saúde, principalmente naqueles do setor público, seria um sonho. O pesadelo vivido pela população quando necessita de assistência, dormindo em filas e permanecendo dias à espera de um leito e até morrendo por falta de atendimento com qualidade, iria acabar. Todos poderiam acordar e vivenciar uma realidade em que os profissionais não consideram os usuários como pacientes, mas sim como sujeitos participantes ativos em seu processo de saúde. Poderia ser vista também uma redução das filas de espera, o controle da balança de oferta e demanda e assim, todos poderiam ser atendidos. As instituições teriam ambientes

acolhedores de forma que proporcionassem conforto, confiança e bem-estar para as pessoas. Nesse sonho, toda equipe multiprofissional seria qualificada e capacitada para desenvolver o acolhimento, ela seria mais estimulada para a execução de seu trabalho com qualidade e possuiria maior responsabilidade em relação à saúde da clientela. Isso seria um sonho, sonho este que poderia ser realizado, caso os profissionais lutassem mais por melhores condições de trabalho, a população lutasse mais para que seus direitos fossem garantidos e também se os gestores e instâncias públicas de saúde previssem e proovessem medidas para que a assistência pudesse ser prestada humanizadamente e com qualidade, garantido a todos o alcance da resolutividade das suas necessidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2005.
- BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.080** Orgânica de Saúde, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 02 dez. 2005.
- BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.142**, 1990b. Disponível: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 02 dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.. Brasília, 2004.
- BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberais?. 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2006.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acolhimento**. 2001. Disponível em: <[http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo\\_acolhimento.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm)> Acesso em: 15 jan. 2006.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. 917 p.
- FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. 214 p.
- LÚCHESE, P.T. **Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública**. Biblioteca Virtual em Saúde. Políticas públicas em Saúde pública, São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.saudepublica.bvs.br/itd/level3.php?channel=polit\\_faq1\\_2](http://www.saudepublica.bvs.br/itd/level3.php?channel=polit_faq1_2)>. Acesso em: 09 mar. 2006.
- MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez. 2000.
- MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 387 p.
- MERHY, E. E. *et al.* **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 334 p.
- MIRANDA, C.F; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996. 261 p.
- PARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **O que é SUS?**. 2002. Disponível em: <[http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus\\_descen.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_descen.htm)>. Acesso em: 15 fev. 2006.
- PEREIRA, R.,P.A. **Acolhimento**: instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na sua relação com o usuário do serviço de saúde. 2002. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>>. Acesso em: 30 de abr. 2006.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal Saúde. **Projeto Acolhimento**: rotinas de fluxo assistencial versão preliminar. 2003. Disponível em: < <http://www.sp.gov.br/sms> >. Acesso em: 14 jan. 2006.

SCAFF, A. **SUS: Sistema Único de Saúde**. 1998. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus/indice.html>>. Acesso em: 04 dez. 2005.

SHIMITH, D.M.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de Programa de Saúde da Família. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 01 jun. 2006.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto

Alegre, v. 24, n. 8, abr. 2003. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/resumos\\_individuais\\_03/acolhimento.htm](http://www.ufrgs.br/eenf/resumos_individuais_03/acolhimento.htm)>. Acesso em : 20 jan. 2006.

TEIXEIRA, R, R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. 2000. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>>. Acesso em: 13 dez.2005.

---

Submissão: abril de 2007

Aprovação: novembro de 2007

---