

USUÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECIMENTO E SATISFAÇÃO SOBRE ACOLHIMENTO

Family health program user: knowledge and satisfaction about user embracement

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento e a satisfação dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde acerca da estratégia do acolhimento. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, Fortaleza-CE, Brasil, onde eram efetuadas as atividades práticas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de Fortaleza. Participaram 58 usuários do serviço, estabelecendo-se como critérios de inclusão: estar presente no período da coleta de dados, idade acima de 18 anos, independente do sexo, e a participação voluntária. A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2009, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados associados à identificação dos usuários foram processados no *Microsoft Office Excel 2007*, sendo organizados estatisticamente em tabela. Os dados relacionados aos aspectos qualitativos foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** 56 (97%) eram mulheres, com faixa etária variando entre 21 e 40 anos; 34 (59%) eram casadas; e 53 (91%) alfabetizadas. Sobre a renda familiar, 55 (95%) recebiam menos de dois salários mínimos por mês. Com o objetivo de facilitar o entendimento das falas dos usuários, estas foram avaliadas sob a perspectiva de duas categorias: conhecimento sobre acolhimento e satisfação com o acolhimento. **Conclusão:** Os usuários têm uma visão limitada do que vem a ser o acolhimento e sua magnitude para prover o cuidar. Apesar de satisfeitos com o atendimento, os entrevistados relatam como aspectos negativos: a carência de profissionais; a relação profissional-usuário prejudicada, devido aos constantes atrasos do profissional; e a desumanização no atendimento.

Descritores: Acolhimento; Saúde da Família; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge and satisfaction of users of a Basic Health Unit about the strategy of embracement. **Methods:** Descriptive study with qualitative approach, carried out in a Basic Health Unit, Fortaleza, Brazil, where practical activities of the Education Program of Work for Health of the University of Fortaleza were performed. Fifty eight service users were involved, following inclusion criteria: being present during the data collection, age over 18, regardless of sex, and voluntary participation. Data collection occurred in December 2009, through semi-structured interview. The data associated with the identification of users were processed in *Microsoft Office Excel 2007*, being organized statistically in table. Data related to qualitative aspects were analyzed according to the technique of content analysis. **Results:** 56 (97%) were women, with ages ranging between 21 and 40 years, 34 (59%) were married and 53 (91%) are literate. On family income, 55 (95%) received less than two minimum salaries per month. In order to facilitate understanding the speech of users, these were evaluated from the perspective of two categories: knowledge about embracement and satisfaction with embracement. **Conclusion:** Users have a limited view of the significance and magnitude of the embracement to provide the care. Although satisfied with the service, respondents report as negative aspects: the shortage of professionals, the professional relationship with user impaired due to constant delays of the professional, and the dehumanization of care.

Descriptors: User Embracement; Family Health; Public Health; Primary Health Care; Humanization of Assistance.

Saulo Lacerda Borges de Sá⁽¹⁾
Raquel Rodrigues Mattos⁽¹⁾
Vitor Lima Pinheiro⁽¹⁾
Lucianna Leite Pequeno⁽¹⁾
Maria Albertina Rocha
Diógenes⁽¹⁾

1) Universidade de Fortaleza - UNIFOR -
Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 20/04/2011
Revisado em: 10/10/2011
Aceito em: 30/10/2011

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade⁽¹⁾.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias, atribuição dada às equipes de saúde da família, aponta para necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

O acolhimento é uma estratégia que visa reorganizar o processo de trabalho, identificando necessidades dos usuários; promover o acesso humanizado ao atendimento; incentivar a reorganização do processo de trabalho em unidades de saúde. É mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto composto de atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, de modo a reduzir a centralidade das consultas médicas e otimizar o potencial dos demais trabalhadores de saúde⁽²⁾.

As propostas teórico-metodológicas que utilizam a ideologia do SUS envolvem as instituições, profissionais, usuários e a comunidade, formando uma rede tão complexa que perpassa o campo da saúde⁽³⁾. Assim, a ESF, adotada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil como reorganizadora da atenção básica em saúde, tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; integrar o cuidado e as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado⁽¹⁾.

As UBS constituem-se em porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, sendo responsáveis pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes; os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer; as necessidades presentes, além de planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento.

O acolhimento, nesse contexto, caracteriza-se como um dispositivo de mudança para redefinir a lógica do processo de trabalho em saúde, criando um campo fértil para mudanças, constituindo-se em uma ampla proposta de

humanização da atenção à saúde, consolidada pela Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo MS. O processo de transformação envolve a participação dos trabalhadores, dos gestores e da comunidade, bem como o relacionamento trabalhador-usuário⁽⁴⁾.

O acolhimento proporciona novo significado à relação do profissional com o usuário, o qual é considerado em toda a sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e sócio-ambiental. Ademais, o usuário possui direitos de cidadania, devendo, portanto, ser tratado como sujeito e não como objeto da ação profissional, ou seja, o acolhimento tem como foco principal o usuário e o seu problema de saúde⁽⁵⁾.

Desse modo, a estratégia do acolhimento vem sendo implantada em Fortaleza – CE, com suporte do MS e assessoria técnica do Programa Nacional de Humanização, desde 2005, quando diversos servidores da Secretaria Municipal de Saúde participaram do Curso de Extensão Universitária Humaniza SUS, capacitações de facilitadores e oficinas⁽⁶⁾.

Na área de formação dos profissionais de saúde, o MS implantou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde)⁽⁷⁾ e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)⁽⁸⁾.

O PRÓ-Saúde visa integrar a escola ao serviço público de saúde e fornecer respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, produção do conhecimento e prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a desenvolver o fortalecimento do SUS⁽⁷⁾.

Já o PET-Saúde, por sua vez, constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS⁽⁸⁾.

Assim, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), em atenção aos editais do PRÓ-Saúde e do PET-Saúde, submeteu projetos visando à contemplação desses dois Programas, contemplando oito UBS da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) do município de Fortaleza – CE. Portanto, salienta-se que este estudo integra parte de uma pesquisa desenvolvida pelo PET-Saúde da UNIFOR, intitulado Avaliação da Qualificação da Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família, no qual o recorte para este trabalho objetiva analisar o conhecimento e a satisfação dos usuários acerca da estratégia do acolhimento em uma UBS contemplada pelos Projetos PRÓ-Saúde e PET-Saúde da UNIFOR, em Fortaleza – CE.

MÉTODOS

O estudo foi classificado quanto à sua abordagem em qualitativo e quanto ao nível de pesquisa em descritivo, cujo objetivo é a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de variáveis⁽⁹⁾. É considerado de abordagem qualitativa porque responde às questões muito particulares, ocupando espaço na pesquisa em um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi realizada em uma UBS pertencente à SER VI, local em que foram efetuadas atividades práticas do PRÓ-Saúde e PET-Saúde da UNIFOR.

Participaram do estudo 58 usuários, tendo o fechamento amostral ocorrido por saturação teórica, que é a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽¹¹⁾. Estabeleceu-se como critérios de inclusão estar presente no período da coleta de dados; ter idade acima de 18 anos, independente do sexo; ter a participação voluntária, a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram os usuários que não estavam presentes na UBS no momento da coleta dos dados, os que não quiseram se submeter ao estudo e os menores de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2009, em diferentes dias da semana e nos turnos de atendimento diurno e noturno. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, realizada na UBS, contemplando variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação) e um roteiro pré-estabelecido para analisar o conhecimento e a satisfação dos usuários de uma UBS acerca da estratégia do acolhimento. Ressalta-se que foi utilizado gravador para viabilizar o processo da coleta de dados e respeitar a fidedignidade dos discursos.

Após a coleta, os dados foram transcritos, numerados e tabulados. A caracterização do usuário foi processada no *Microsoft Office Excel 2007* e os dados foram organizados estatisticamente em tabela. As questões que versavam sobre aspectos qualitativos foram analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo⁽¹²⁾, constituída das fases de pré-análise: leitura exaustiva dos dados, selecionando aqueles inerentes ao acolhimento e à satisfação do usuário do serviço, atendendo aos objetivos do trabalho; e de exploração do material: dados coletados foram organizados por recorte, ou seja, associação de dados semelhantes que emergiram das falas dos entrevistados. Após a análise surgiram duas categorias temáticas: Conhecimento dos

usuários sobre acolhimento e Satisfação dos usuários com o acolhimento.

Frisa-se que esta pesquisa atendeu às normas especificadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob parecer nº 270/2009. Para resguardar o nome dos usuários, estes foram identificados pela letra E, de Entrevistado (E1, E2,), seguindo número ordinal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados os resultados que caracterizaram os sujeitos da pesquisa e, posteriormente, serão discutidas as categorias temáticas que emergiram do estudo.

A Tabela I apresenta a distribuição dos usuários, segundo as variáveis demográficas. Dos 58 usuários pesquisados, 56 (97%) eram mulheres, enfatizando resultados de outro estudo⁽¹⁴⁾, que revelou as mulheres como o gênero que mais procura os serviços de saúde. Em relação à faixa etária, observou-se prevalência semelhante entre as faixas etárias 21 - 30 anos e 31 - 40 anos. No que se refere ao estado civil, 34 (59%) dos usuários eram casados (as).

Tabela I - Distribuição dos usuários segundo as variáveis demográficas. Fortaleza-CE, 2009.

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	2	3
Feminino	56	97
Faixa Etária		
10 - 20 anos	3	5
21 - 30 anos	16	28
31 - 40 anos	16	28
41 - 50 anos	11	19
51 - 60 anos	10	17
> 60 anos	2	3
Estado Civil		
Solteiro(a)	23	40
Casado(a)	34	59
Separado(a)	1	1

No tocante à escolaridade, constatou-se que 53 (91%) eram alfabetizadas, fato este que influencia de maneira positiva nos cuidados à saúde. No tocante à situação ocupacional dos entrevistados, 20 (35%) referiram ser “do lar”, seguida por usuários com emprego formal 19 (33%). A respeito da renda mensal do usuário, 55 (95%) recebiam

menos de dois salários mínimos (SM) por mês. O valor do SM na ocasião da pesquisa era de R\$ 465,00.

Conhecimento dos usuários sobre acolhimento

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com objetivo de escutar toda a clientela, solucionar os problemas mais simples ou referenciá-los, se necessário.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada, ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções apresentam relevância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo⁽¹⁾.

Quando os participantes foram indagados sobre o conhecimento acerca do acolhimento, percebeu-se que eles apresentaram ideia divergente referente ao conceito de acolhimento:

É vir ao posto, saber o quê que se tem e marcar consulta (E1).

É o atendimento que a enfermeira faz para passar para o médico (E9).

Serve para diferenciar o atendimento de cada paciente. Se é criança, se é idoso, se necessita ser consultado aqui ou precisa ir pra um hospital mais complexo, de melhor atendimento (E10).

Analisando as falas, observa-se que os usuários compreendem o acolhimento como triagem, significando filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, com base no que o serviço pretende oferecer e em critérios técnicos, sem considerar as diferentes necessidades dos usuários⁽¹⁵⁾.

Contudo, o acolhimento é mais do que uma triagem, sendo ainda uma estratégia nova e desconhecida, que gera conflitos em virtude das mudanças ocorridas na dinâmica do processo de trabalho. É uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde^(15,16).

Os usuários devem compreender que o acolhimento é um espaço de escuta, de boas vindas, atenção e direcionamento de seus diversos problemas, constatando mudanças, percebidas como melhoria após sua implantação⁽¹⁶⁾.

O acolhimento é uma ferramenta assistencial e humanizadora a ser desenvolvido dentro da área de atuação profissional, ocorrendo durante todo o processo de atendimento do usuário. Contudo, o acolhimento é uma ação de saúde pouco esclarecedora para os trabalhadores das UBS, pois é possível observar que, embora os conceitos sobre

acolhimento estejam apreendidos, sua operacionalização ainda é complexa. Isto pode ser constatado quando o acolhimento é traduzido em ações instituídas como triagem, consulta agendada, encaminhamento e normas de acesso⁽²⁾.

Em pesquisa realizada, os autores⁽¹⁷⁾ enfatizam que o trabalho em equipe, quando realizado com qualidade e eficiência, traz resultados mais satisfatórios, pois quando o atendimento não se dá de forma humanizada, conhecendo as reais necessidades dos usuários e estabelecendo vínculos com eles, a assistência poderá ser prejudicada.

Entende-se que, uma vez que a ESF é composta por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de forma interdisciplinar, a realização do acolhimento não deve ser uma atribuição do profissional da enfermagem para identificação de prioridades para o atendimento médico. O envolvimento de todos os membros da ESF neste processo passa a ser um determinante da qualidade e da resolutividade do próprio processo.

Pelas falas dos usuários a seguir, vê-se que o acolhimento para eles é:

... Como se fosse um momento onde fosse escolhido quem tem mais necessidade para ser atendido (E25).

... Quando o médico recebe as pessoas e vê o que precisa ser feito no acolhimento com cada uma (E39).

Antes de o profissional atender, ele atende para ver o que precisa (E58).

Vê-se, portanto, que os usuários associam acolhimento à atenção, rapidez ou agilidade no atendimento, encaminhamentos e orientações, individualidade e escuta, pré-avaliação e resolutividade, corroborando com estudo realizado⁽¹⁶⁾. Esta compreensão pode ser decorrente do fazer cotidiano do acolhimento na UBS, restrito ao processo de classificação de risco da condição de adoecimento apresentada pelo usuário, preocupando-se com a sintomatologia e sua respectiva urgência, ao invés da escuta qualificada.

Este fato também pode explicar a importância retratada nas falas dos usuários em relação à presença e atuação do profissional médico. Ante o contexto, observou-se que a palavra “médico” apresentou-se como um componente importante, pois os relatos reforçaram a centralidade a respeito da concepção do SUS, a partir do modelo de atenção biomédica, que expressa uma percepção conservadora sobre o sistema de saúde.

Apesar de mais de duas décadas de existência do SUS e das mudanças impressas nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país, o caráter conservador se expressa no senso comum, devido, talvez, à baixa institucionalidade alcançada entre formulação e execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde⁽¹⁸⁾.

Ademais, percebeu-se que os usuários lançaram uma noção distorcida do atendimento em equipe, supervalorizando inconscientemente o modelo biológico, centrado na doença, no qual somente o médico é capaz de solucionar o problema de saúde.

A representação social do SUS apresenta, como característica central, a dimensão biomédica, reforçada pela expectativa de medicalização da atenção à saúde, o que decorre provavelmente da experiência dos usuários com uma estrutura assistencial hospitalocêntrica e medicocêntrica, historicamente predominante no setor de saúde brasileiro. Em consequência disso, destaca-se a necessidade da atuação da equipe multiprofissional, centrada em uma clínica solidária, que rompa com a produção de procedimentos, focados, essencialmente, em atos prescritivos, possibilitando adequar o avanço legal à prática cotidiana dos serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

A implementação de estratégias para resolução dos problemas existentes e a construção de um modelo de atenção que seja coerente com os princípios do SUS e com o avanço do seu texto legal, coloca-se todavia como desafio a ser enfrentado.

Satisfação dos usuários com o acolhimento

Com relação à satisfação com o acolhimento prestado na unidade, os usuários relataram satisfação com o serviço.

Estou satisfeito, mas poderia melhorar, tendo mais urgência nos atendimentos, porque é muito demorado pra conseguir consultas, exames (E23).

Estou satisfeita. Só que a fila de espera para encaminhamento poderia ser mais rápida (E25).

Observa-se que, apesar da satisfação com o atendimento, os usuários relataram aspectos negativos, como longo tempo de espera, principalmente para os serviços de atenção secundária. Sabe-se que os serviços de saúde estão hierarquizados em níveis de atenção primária, secundária e terciária, e que a organização destes deve ser em rede, sendo a atenção primária o ponto central desta, funcionando como uma das portas de entrada para o sistema de saúde, interligada com os demais níveis de atenção.

O fato de a atenção primária funcionar como porta de entrada permite aos profissionais da ESF e aos gestores do sistema municipal de saúde identificar o perfil epidemiológico e as necessidades da população, subsidiando o planejamento e a implantação de serviços e ações de saúde de maior complexidade, garantindo o princípio da integralidade do SUS. O longo tempo de espera relatado pode ser decorrente da baixa cobertura destes serviços, aliada à inexistência ou não cumprimento, pelos profissionais da ESF, dos protocolos de atenção à saúde.

Um estudo com usuários do SUS sobre a satisfação com o acolhimento mostrou como pontos positivos a

resolutividade, humanização e solidariedade. Já os aspectos negativos do acolhimento referem-se à demanda reprimida, área física precária e não participação no controle social. A maioria dos entrevistados considerou que a resolutividade do serviço é satisfatória, pois resolvem lá mesmo os seus problemas. A resolutividade do serviço inclui pensar em agir, procurar solucionar os problemas relatados pelos usuários, seja na própria unidade ou através do encaminhamento a outro serviço, quando necessário for. O usuário, ao procurar a UBS, espera que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema e que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios, além das expectativas de que as ações sejam efetivas e o satisfaçam⁽²⁰⁾.

Portanto, quando os problemas de saúde dos usuários não podem ser resolvidos de imediato na UBS ou necessitam de encaminhamento que irão demandar período de espera prolongado, há a compreensão de que os serviços de saúde não estão sendo resolutivos.

Em pesquisa realizada, os autores observaram que os usuários, além de não receberem informações adequadas na UBS, obrigavam-se a esperar longos períodos para serem atendidos, mesmo que estivessem bastante debilitados. Quando atendidos, eram meramente espectadores da promoção de sua saúde; não havia o princípio da integralidade e a visão holística de todo o caso. Quando necessária a internação, desconheciam a terapêutica a ser utilizada com eles, causando inquietação quanto à realização do tratamento⁽¹⁷⁾.

É importante ressaltar que o acolhimento não compreende somente o primeiro contato com o usuário, com o objetivo de definir e classificar sua necessidade. Faz-se necessário o diálogo, o qual tem como ponto de partida a escuta qualificada e seu desenvolvimento, conforme as necessidades e prioridades identificadas, informações e esclarecimentos necessários. É evidente também que, tão importante quanto o direito do usuário à informação, é o respeito à autonomia deste no que diz respeito aos cuidados com sua saúde e ao tratamento indicado.

Outro aspecto observado como insatisfação do usuário com serviço foi a carência de médicos, o não cumprimento dos horários ou de atitudes não profissionais:

Não tem médico no dia para área (E28).

É muita complicação para ser atendida. A gente vem um dia, vem outro, aí o médico falta (E43).

Dentre as formas de manifestação de respeito ao usuário têm-se a assiduidade e pontualidade dos profissionais. Os relatos dos usuários enfatizaram que a não observação desse compromisso profissional pode dificultar o acesso ao atendimento e ao acolhimento:

O atendimento poderia ser melhorado, porque os médicos chegam tarde e saem cedo (E48).

Poderia melhorar e muito. Acho que a doutora da nossa área não tem amor pela profissão, ela é muito estúpida com os pacientes (E47).

Pesquisa realizada comprovou que os usuários destacaram a importância de incorporar às práticas em saúde elementos de acolhida que se traduzam em atitudes humanizadas, éticas e de solidariedade; pois, muitas vezes, os parâmetros técnicos permanecem em segundo plano. Surge cada vez mais a necessidade de buscar pelo cuidado humano, exercitando a escuta, atenuando o sofrimento do outro⁽¹⁶⁾.

Mesmo que o atendimento ao usuário não seja imediato, quando este se sente escutado, acolhido, tem a oportunidade de compreender a situação. Sem o acolhimento, muitos usuários não são recebidos ou escutados na recepção da UBS, em detrimento do número insuficiente de fichas disponíveis.

O acolhimento pressupõe posição de escuta e compromisso em prol de respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, estas incluem cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos⁽¹⁵⁾.

Acolher não significa resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas atenção dispensada na relação, envolvendo escuta, valorização de queixas e identificação de necessidades. É nessa perspectiva que o acolhimento surge, pois além de valorizar a relação usuário, estabelece novo significado nas relações da própria equipe, potencializando a capacidade resolutiva e estimulando a troca de saberes e práticas.

Pesquisa⁽²¹⁾ concluiu que se faz necessária a capacitação dos profissionais de saúde para desenvolvimento de habilidades de aconselhamento e comunicação, proporcionando humanização no atendimento e fortalecimento do vínculo com a clientela.

Assim, considera-se que a relação humanizada depende do respeito ao usuário nos serviços de saúde. Se, anteriormente, as pessoas sofriam pela espera, escassez de recursos, de profissionais e pelo atendimento ineficaz, hoje, há outra representação moldada sobre o atendimento. Embora haja qualificações, geralmente satisfatórias, diante dessa mudança, ainda são percebidas lacunas que precisam ser sanadas. As pessoas agem passivamente, sem valorizar devidamente os direitos que lhes são conferidos, não participam efetivamente da produção de saúde local, não expõem suas sugestões ou ideias, não existe um efetivo compartilhar entre usuários, profissionais ou gerentes⁽²²⁾.

Portanto, intensifica-se o conceito do MS de que acolher é fornecer acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir o acolhimento,

como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, atitude de inclusão⁽¹⁾.

Dessa forma, o profissional e o usuário devem compreender que não se deve restringir o conceito de acolhimento à recepção, tendo em vista que este não é um local para avaliação de risco. A avaliação é realizada com classificação de risco, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, gravidade, risco e sofrimento psíquico, e não na ordem de chegada.

O estudo revelou que os usuários têm uma visão limitada do que vem a ser o acolhimento e toda a sua magnitude para prover o cuidar congruente. Este fato pode estar relacionado ao não exercício da co-participação nas ações da equipe de saúde, gerando conflitos em virtude das mudanças na dinâmica do processo de acolhimento. Desta forma, a adaptação deve ocorrer na medida em que a população é orientada e o serviço organizado.

Em relação à satisfação dos usuários com o atendimento prestado, observou-se que estes estavam satisfeitos com o atendimento, contudo, o longo tempo de espera e a relação profissional-usuário foram reconhecidos como aspectos negativos, apontando a necessidade de ampliação da rede de serviços e de maior compromisso dos profissionais com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde. Dessa forma, recomenda-se que seja revista a carência de profissionais, a relação usuário-profissional, minimizando o descumprimento dos horários e melhorando a humanização no atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da concepção de que houve mudanças na organização do processo de trabalho no serviço, o conhecimento da população sobre o conceito de acolhimento é superficial e apresenta, na maioria das vezes, um sentido deturpado daquele proposto por estudiosos. Este fato pode estar relacionado ao baixo nível de informação, tanto dos usuários quanto dos profissionais, como também à carência de um serviço estruturado, considerando a estratégia do acolhimento.

Percebe-se que o acolhimento é um processo que auxilia no atendimento com qualidade e humanizado, levando a uma assistência integral, de maneira que cada profissional tenha uma visão holística do ser humano a ser atendido. Contudo, essa visão só pode existir se o acolhimento for reconhecido como um processo que deve ser utilizado pela equipe multiprofissional, visando à saúde dos usuários e utilizando uma postura acolhedora de todos e liberdade para que se estabeleça o vínculo dos clientes com o serviço.

Considera-se que, neste trabalho, foram identificados aspectos críticos que devem ser analisados por todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, a fim de que o acolhimento possa se inserir como prática que supere o modelo biológico-hegemônico em direção à centralidade do usuário, que é sujeito e fim do processo assistencial.

Desta forma, devem ser traçadas estratégias de melhoria de acolhimento à comunidade, de forma que esta compreenda o conceito de acolhimento e participe das possíveis decisões para melhoria e satisfação dos usuários com esta estratégia.

AGRADECIMENTO

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), da Universidade de Fortaleza, vinculado ao Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde*. 2008; 34a(1-2):37-43.
3. Cardoso JP, Vilela ABA, Souza NR, Vasconcelos CCO, Caricchio GMN. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Rev Bras Promoç Saude*. 2007; 20(4):252-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Panizzi M, Franco TB. A implantação do acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TB, Peres MAA, Fuschiera MMP, Panizzi M, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 79-109.
6. Secretaria Municipal de Saúde (CE). Assessoria de planejamento, Célula de Atenção Básica, Rede Assistencial em Saúde Mental. Projeto de implementação do acolhimento para avaliação de risco e vulnerabilidades nas unidades de saúde de Fortaleza. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Pet-saúde: programa de educação para o trabalho pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Ministério da Saúde (BR). Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Cozby PC. Métodos de Pesquisa em Ciência do Comportamento. São Paulo: Atlas; 2003.
10. Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):141-51.
11. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. California: Sage Publications; 1994.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Suppl):15-25.
14. Falk MLR, Falk JV, Oliveira FA de, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010; 13(1):4-9.
15. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 88-100.
16. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. *Rev APS*. 2009; 12(2):119-30.
17. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008; 11(1):74-84.
18. Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):377-86.
19. Oliveira DC, Silva LL. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do Sistema Único de Saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):14-8.
20. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Saúde Pública*. 2010; 12(3): 402-13.

-
21. Muñoz RLS, Fernandes BAM, Athayde RAB, Duarte SGC, Silva IBA. Informação do paciente sobre sua doença e terapêutica em projeto de extensão universitária. Rev Bras promoç saude. 2011; 24(3):258-65.
 22. Hemmi APA. Representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/ Escola de Enfermagem; 2008.

Endereço para correspondência:

Saulo Lacerda Borges de Sá
Rua João Carvalho, 27/101
Bairro: Aldeota
CEP: 60140-140 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: saulosalacerda@hotmail.com