

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-UNESP-  
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS-ARARAQUARA SP.  
GOVERNANÇA PÚBLICA E NOVOS ARRANJOS DE GESTÃO**

**O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DOS GESTORES DAS  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ARARAQUARA SP.**

**SÔNIA MARIA MASINI AZARITO SILVA**

**Orientadora: Maria Teresa Miceli Kerbauy**

**ARARAQUARA SP  
2010**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-UNESP-  
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS-ARARAQUARA SP.  
GOVERNANÇA PÚBLICA E NOVOS ARRANJOS DE GESTÃO**

**O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DOS GESTORES DAS  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ARARAQUARA SP.**

**SÔNIA MARIA MASINI AZARITO SILVA**

Trabalho apresentado ao curso de pós graduação em Governança Pública e Novos Arranjos de Gestão da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara da Universidade Estadual de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Maria Teresa Miceli Kerbauy

**ARARAQUARA  
2010  
SUMÁRIO**

As Unidades da Atenção Básica de Saúde compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Devem ser uma prioridade na gestão do sistema, porque quando funcionam adequadamente a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes. Mas, a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprir seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. (BRASIL, 2004).....8

Esse estudo foi realizado para atender a um dos requisitos do curso de Governança Pública e Novos Arranjos de Gestão, ano 2009, pós graduação *Latu Sensu*, sendo que o tema eleito para a nossa pesquisa, *Acolhimento*, foi elaborado num recorte centrado no gestor das Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, por um viés que procurou investigar principalmente se eles entendiam o significado desse conceito no atendimento básico de saúde.....8

Essa opção foi acompanhada do interesse pelo estudo das propostas alternativas que têm sido apresentadas, como contrapondo o modelo hegemônico de Saúde no Brasil, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988), onde destacamos o modelo *tecnocrático* em defesa da vida que norteia o sistema de acolhimento. Esse modelo despertou nosso interesse a partir de estudos bibliográficos preliminares, pelo fato de tratar a saúde não apenas como ausência de doença, mas sim, como qualidade de vida que deve ser estendida a todos os cidadãos brasileiros. Por esse prisma, o *Acolhimento* como primeiro passo de um processo que pretende, ao fazer saúde, produzir qualidade de vida para a população que busca o atendimento nos serviços básicos de saúde, polarizou o núcleo de nossa pesquisa.. 8

Assim, para nortear a investigação e sustentar teoricamente seus resultados, partimos da construção e alguns princípios básicos que perpassam o acolhimento. Para tanto, nos referenciamos em algumas publicações que discorrem sobre sua prática efetivada em Campinas (SP), Ipatinga (MG), Caxias do Sul (RS), Betim (MG), Belo Horizonte (MG), Sobral (CE) e Chapecó (SC).....8

Nosso estudo teve por objetivo, propiciar momentos de reflexão junto aos gestores das Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, sobre humanização e acolhimento; coletar dados das opiniões individuais sobre o tema, analisar o grau de conhecimento sobre o assunto e promover uma proposta de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde de Araraquara.....8

Esperamos, com esse trabalho, contribuir de alguma forma para acrescentar novos subsídios sobre o papel do gestor das Unidades Básicas de Saúde e a humanização na atenção a saúde. Nesse sentido pretendemos com os resultados de nossa pesquisa, abrir algum espaço para refletir sobre Acolhimento, questão importante nas relações interpessoais trabalhador-usuário e, quem sabe, apontar para algumas soluções.....8

## RESUMO

Este estudo trata o “acolhimento” como alternativa na forma de atendimento dos serviços básicos de saúde. Apresenta-se como proposta de humanizar os serviços de saúde, ampliar o acesso aos usuários e promover saúde. A pesquisa foi realizada com nove gestoras das Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, SP, tendo como objetivo principal saber o que elas entendem por acolhimento, além de propiciar momentos de reflexão junto às gestoras, sobre humanização e acolhimento, coletar dados da opinião individuais sobre o tema e promover uma proposta de acolhimento para estas unidades de saúde. Evidenciou-se, através de suas respostas, que muitas delas possuem algum entendimento sobre o significado de acolhimento, sendo que suas respostas nos revelaram aspectos que indicam para uma sensibilização e disponibilidade para efetuarem ações e desenvolver atitudes competentes ao cidadão que busca atendimento ao serviço público de saúde. Observamos que apesar do conhecimento

sobre o tema, ainda temos um atendimento por ordem de chegada, através de agendamento e centrado na figura do médico, sem ações voltadas para se lidar com a demanda não agendada ou espontânea de forma qualificada e com critério de acesso implicados com as necessidades das pessoas que procuram o serviço; o que nos leva a reflexão das práticas das gestoras, e a necessidade de se transformar a gestão burocrata em uma gestão mais envolvida com as questões técnicas ou relacionada às políticas de saúde, vislumbrando a criação de uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados “recursos humanos” sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança. Não foi elaborada nenhuma proposta de implantação de acolhimento pelas gestoras que responderam ao questionário. As gestoras levantaram a necessidade de que haja recursos, capacitação da equipe e comprometimento de todo o nível hierárquico para a implantação do acolhimento, pois essa ação, enquanto vista como organização dos serviços de saúde, representa o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e equipe.

Palavras chaves: Acolhimento, Humanização, Gestão, Acesso, Promoção da Saúde.

## I-INTRODUÇÃO

As Unidades da Atenção Básica de Saúde compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Devem ser uma prioridade na gestão do sistema, porque quando funcionam adequadamente a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes. Mas, a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvido nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprir seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. (BRASIL, 2004)

Esse estudo foi realizado para atender a um dos requisitos do curso de Governança Pública e Novos Arranjos de Gestão, ano 2009, pós graduação *Latu Sensu*, sendo que o tema eleito para a nossa pesquisa, Acolhimento, foi elaborado num recorte centrado no gestor das Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, por um viés que procurou investigar principalmente se eles entendiam o significado desse conceito no atendimento básico de saúde.

Essa opção foi acompanhada do interesse pelo estudo das propostas alternativas que têm sido apresentadas, como contrapondo o modelo hegemônico de Saúde no Brasil, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988), onde destacamos o modelo tecnoassistencial Em defesa da vida que norteia o sistema de acolhimento. Esse modelo despertou nosso interesse a partir de estudos bibliográficos preliminares, pelo fato de tratar a saúde não apenas como ausência de doença, mas sim, como qualidade de vida que deve ser estendida a todos os cidadãos brasileiros. Por esse prisma, o Acolhimento como primeiro passo de um processo que pretende, ao fazer saúde, produzir qualidade de vida para a

população que busca o atendimento nos serviços básicos de saúde, polarizou o núcleo de nossa pesquisa.

Assim, para nortear a investigação e sustentar teoricamente seus resultados, partimos da construção e alguns princípios básicos que perpassam acolhimento. Para tanto, nos referenciamos em algumas publicações que discorrem sobre sua prática efetivada em Campinas (SP), Ipatinga (MG), Caxias do Sul (RS), Betim (MG), Belo Horizonte (MG), Sobral (CE) e Chapecó (SC).

Nosso estudo teve por objetivo, propiciar momentos de reflexão junto aos gestores das Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, sobre humanização e acolhimento; coletar dados das opiniões individuais sobre o tema, analisar o grau de conhecimento sobre o assunto e promover uma proposta de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde de Araraquara.

Esperamos, com esse trabalho, contribuir de alguma forma para acrescentar novos subsídios sobre o papel do gestor das Unidades Básicas de Saúde e a humanização na atenção a saúde. Nesse sentido pretendemos com os resultados de nossa pesquisa, abrir algum espaço para refletir sobre Acolhimento, questão importante nas relações interpessoais trabalhador-usuário e, quem sabe, apontar para algumas soluções.

Nosso estudo foi realizado na cidade de Araraquara SP, um município brasileiro localizado na região central do Estado de São Paulo. Localiza-se “a 21°47’40” de latitude sul e “48°10’32” de longitude oeste, a uma altitude de 664 metros. Sua população estimada em 2009 é de 200.666 habitantes, sendo assim a 18ª cidade do interior paulista em número de habitantes. (site de Araraquara, acesso em 19/10/2009).

Segundo um estudo divulgado pelo IBGE ( Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em outubro de 2008 - "Rede de Influência das Cidades", Araraquara foi caracterizada como "capital regional C", influenciando 17 cidades da região. O IBGE cruzou dados relativos à gama de serviços e equipamentos públicos oferecidos pela cidade, que vão desde o seu desenvolvimento econômico, empresas com sede ou filial na cidade, como área de saúde, educação, graduação e pós-graduação, sistema financeiro e transporte público.(site de Araraquara, acesso em 19/10/09).

A área total do município é de 1.005,968 km<sup>2</sup>, com cerca 77,37 km<sup>2</sup> ocupados pelo espaço urbano. A vegetação original dominante é o cerrado, entremeado de formações florestais e campos. Conhecida como "Morada do Sol" (do tupi "ara", que significa claridade, luz do dia e "quara", toca, buraco, morada), é considerada uma das cidades mais arborizadas do país, com 34,2 m<sup>2</sup> de área verde por habitante. São cerca de 90 mil árvores que ornamentam as vias públicas e 105 praças da cidade. (Site de Araraquara, acesso 19/10/09)

Araraquara possui um clima “Tropical de Altitude”, caracterizado por duas estações bem definidas: um verão com temperaturas altas (média de 31°C) e pluviosidade elevada e um inverno de temperaturas amenas e pluviosidade reduzida. Possui uma área de 1.005,968 km<sup>2</sup>. (site de Araraquara, acesso em 19/10/09)

A cidade possui um distrito, Bueno de Andrada a noroeste do distrito-sede, que juntamente com São Carlos e outras 25 cidades, integram a Região Administrativa Central do Estado, compreendendo uma população de cerca de um milhão de habitantes. A topografia se apresenta com características tabulares, pouco onduladas, aplanadas pelo trabalho da rede hidrográfica, comandada pelo Rio Mogi Guaçu e cursos d'água da bacia do Rio Tietê. (Site de Araraquara, acesso 19/10/2009).

Apresenta IDH ( Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,790. (Fonte: IPEADATA, 2006) e renda per capita: 441,875 (CENSO IBGE, 2000). Mortalidade infantil até 1 ano (por mil): 14,14; Expectativa de vida (anos): 72,17(Fonte: IPEADATA, 2006); Esperança de vida ao nascer:72,166( CENSO IBGE 2000); Número de Hospitais: 04; Leitos Hospitalares: 755 (CENSO IBGE,2000; IDH-M Educação: 0,915Fonte: IPEADATA, 2006); Taxa de Alfabetização: 94,80% (Fonte: IPEADATA, 2006).

Araraquara é um importante pólo regional, que atrai consumidores de dezenas de outras cidades, possui um movimentado e sólido atacado e varejo além de uma gama enorme de empresas prestadoras de serviços. A cidade conta com vários corredores comerciais e também com 3 Shopping Centers: Shopping Jaraguá, Shopping Lupo, Tropical Shopping (atualmente desativado) (site Araraquara, acesso 19/10/090).

Araraquara tem grande tradição esportiva, principalmente no futebol, com a Ferroviária e, no basquete, com o antigo time do clube 22 de Agosto e, mais atualmente, com o UNIARA/Fundesport que agora chama-se Lupo/Fundesport. (Site de Araraquara, acesso 19/10/09).

### **1.1- Serviços de Saúde, Programas e Políticas de Saúde do Município de Araraquara-SP**

O município de Araraquara assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde em maio de 1998 e desde então gerencia todas as atividades do Sistema Único de Saúde. Para tanto, recebe recursos anuais repassados pelo Ministério da Saúde. (ARARAQUARA, 2006)

Resgatando o histórico da implementação do sistema de atenção à saúde de Araraquara, relataremos alguns marcos importantes: em 1977, é instalado o Pronto Socorro Municipal; em 1982, ocorre a formação de um grupo de estudos para a implementação de um sistema de saúde municipal, e em 1982 são instaladas as 02 primeiras Unidades Básicas de Saúde, uma no bairro Jardim América e outra no Selmi Dei I. Após três anos, 1985, mais 05 unidades básicas de saúde são inauguradas, nos bairros: Jardim Paulistano, Cecap, Santa Lúcia, Parque das Laranjeiras, e Yolanda Ópce. A partir de 1988, ocorre o início do atendimento básico em pediatria, clínica médica e tocoginecologia, seguido da criação de serviços especializados, tais como: saúde bucal, Centro Regional de Reabilitação, Unidade de Métodos Diagnósticos. Ainda nesse ano é inaugurado mais um Pronto Socorro, na Vila Xavier e o Centro de Saúde de Gavião Peixoto. (ARARAQUARA, 2006)

Atualmente em Araraquara há 13 Unidades Básicas de Saúde, que estão nos bairros: Jardim Paulistano, Jardim América, Yolanda Ópice, Cecap, Iguatemi, Santa Lúcia, Parque das Laranjeiras, Santa Angelina, Selmi Dei I, Selmi Dei VI, Melhado, Vila Xavier, Parque Residencial São Paulo. Três dessas unidades apresentam o Programa de Agentes Comunitários (PACS) anexo: a unidade do Parque das Laranjeiras, a do Parque Residencial São Paulo e a do Jardim Santa Lúcia. Os agentes comunitários de saúde visitam mensalmente as famílias dos bairros, levando orientações de saúde e procurando identificar problemas de saúde, e/ou sociais passíveis de uma intervenção precoce pela equipe da unidade de Saúde. As UBS's (Unidades Básicas de Saúde) são centros de atendimento e serviços médicos nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral). Oferecem vacinas, curativos, retirada de pontos, aplicação de medicamentos, inalação, exame do pezinho, controle pressão arterial, peso e estatura, atividade educativas, preventivas e curativas nos seguintes programas:

hipertensão arterial e diabetes mellitus, prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, pré-natal e puerpério, climatério, puericultura, prevenção das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) /AIDS, prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), saúde bucal (direcionado principalmente às gestantes e crianças em idade escolar e pré-escolar).

As Unidades Básicas de Saúde atendem a qualquer pessoa que esteja domiciliada em Araraquara, sendo que cada unidade tem sua área de abrangência (bairros que atendem). Para ser atendido o/a cidadão (ã) tem que ser matriculado, pois todos os dados de sua saúde são registrados em um prontuário, que só pode ser localizado por meio do número de sua matrícula, que é anotado num cartão que deve ser apresentado por cada membro da família que procura a unidade. O atendimento da unidade básica de saúde é previamente agendado procurando com isso evitar filas e proporcionar um atendimento programado, efetuado com calma, atenção e qualidade. Para qualquer encaminhamento ou qualquer solicitação de exame é necessário passar por consulta médica na unidade. Por meio da consulta, o profissional médico verifica a necessidade e a especificidade de cada solicitação.

Quanto aos medicamentos, a unidade fornece os que são padronizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde, desde que a receita seja recente (menos de dois dias) e de uma unidade de saúde pública. Em caso de necessidade de atendimento de urgência, dependendo do problema ou intercorrência, há a possibilidade de atendimento imediato. No acolhimento ou triagem é verificada, de acordo com os sintomas e sinais apresentados por cada pessoa, a melhor forma de atendê-la: na hora, por meio de agendamento ou por encaminhamento aos Prontos Socorros. (ARARAQUARA, 2006)

Há duas unidades de NIS (Núcleos Integrados de Saúde), sendo uma no Jardim Roberto Selmi Dei e outra no Jardim Iguatemi. Esses núcleos também estão anexos às Unidades Básicas de Saúde, oferecendo consultas em especialidades como ortopedia, otorrinolaringologia e cardiologia e pronto atendimento à noite e finais de semana. O Núcleo Integrado de Saúde visa a descentralizar e facilitar o acesso da população de bairros distantes aos serviços de saúde. (ARARAQUARA, 2006)

O município de Araraquara atualmente possui 10 Unidades de Saúde da Família, com 14 equipes: Vale do Sol, Jardim das Hortênsias, Assentamento Bela Vista e Bueno de Andrada, Jardim Pinheiros, Jardim Marivan, Jardim Maria Luiza, Jardim Ieda, Jardim Cruzeiro do Sul e Jardim Brasil. O Programa de Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação,

reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (ARARAQUARA, 2006)

A atuação das equipes é baseada em territorialização, trabalhando com área de abrangência definida e que fica responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita a essa área. A recomendação é que a equipe seja responsável por no mínimo 2.400 e, no máximo 4.500 habitantes (média obtida dos dados do IBGE/1991), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode acompanhar um número mínimo de 400 e, máximo de 750 habitantes residentes em uma micro-área. A equipe de saúde da família tem como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

Em Araraquara, a equipe de profissionais que atuam nos Programas de Saúde da Família está hierarquicamente em um mesmo nível, sendo profissionais (médico e enfermeiro), assistenciais, sendo que o gerenciamento de todas as unidades está a cargo de uma única gerente de programa de Saúde da Família. Já nas Unidades Básicas de Saúde, cada unidade tem um gestor de unidade, todas enfermeiras. Acima destes gestores, está o gerente de Unidades Básicas de Saúde e o Coordenador de Atenção Básica de Saúde. Estudamos a visão dos gestores das unidades básicas de saúde sobre o acolhimento e a humanização, analisando o grau de conhecimento sobre o assunto e buscando promover junto com esses gestores, uma proposta de acolhimento para os usuários desta unidade.

## **II- METODOLOGIA E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA**

### **2.1 Justificativa:**

Sou enfermeira, e trabalho na Prefeitura Municipal de Araraquara desde 1996. Hoje assumo um cargo de gerência dentro da Secretaria de Saúde. A atual secretária da Saúde, Dr<sup>a</sup>. Maria Regina Goulart Barbieri Ferreira, ao assumir em janeiro de 2009, apresentou como ação prioritária em saúde, o fortalecimento da rede básica de saúde.

O cenário encontrado ao assumir a Secretaria de Saúde, foi uma rede de Atenção Básica totalmente sucateada. Em entrevista publicada em 20/12/08 ao jornal Tribuna Imprensa e que reproduzimos abaixo alguns trechos que revelam a situação de saúde encontrada:

*“Quando chegar 2009, o Governo Municipal do prefeito eleito Marcelo Barbieri (PMDB) terá muitos desafios na área de saúde. Os problemas vão desde a falta de médicos à desestruturação sofrida pelo Pronto-Socorro do Melhado, que enfrenta superlotação e problemas com médicos plantonistas. A rede básica de saúde será fortalecida contemplando as necessidades de cada região de Araraquara, ou seja, toda a unidade de saúde existente, incluindo o Posto e unidades do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), tudo será fortalecido. Isso para que as quatro áreas de prioridade - clínica médica, ginecologia, obstetria e pediatria - sejam desenvolvidas de forma adequada, evitando que essa demanda reprimida chegue ao Pronto-Socorro. Então é devolver na rede básica o potencial de execução, o que ela pode fazer. Também a implantação de saúde preventiva, com fortalecimento e melhoria dos postos de saúde, principalmente as quatro áreas que falei, além da saúde mental e saúde bucal. O foco será a rede básica mesmo. Teoricamente essa atenção deve situar em torno de 85% para evitar que essa população se desloque para locais mais distantes em busca de atendimento de urgência e emergência. A intenção é ampliar os PAC's e PSF's, mas acredito que ainda é necessário melhorar a organização para que todos eles tenham um protocolo de atenção. Porém, seguramente é um serviço que dá retorno muito positivo e a gente precisa ter equipes cada vez melhores. Por isso, antes de ampliar, nós temos que melhorar a qualidade para que todos eles sejam eficientes. Para eu ampliar preciso ter certeza que ele funciona bem e é isso que ainda falta, ter gerenciamento desse setor e que padronize as ações.”*

*(FERREIRA, 2008)*

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, de equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006)

Acreditamos que o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde poderá favorecer a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde e também a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Portanto, este trabalho através de uma pesquisa entre os gestores de cada unidade básica de saúde, procurou propiciar um momento de reflexão junto a esses gestores sobre humanização e acolhimento, coletando dados das opiniões individuais e do grau de conhecimento sobre o assunto, buscando promover uma proposta de acolhimento entre cada gestor.

## **2.2 Metodologia:**

Para atingirmos o objetivo proposto, fizemos uma entrevista com questões abertas, com cada gestora das unidades básicas de saúde. Elaboramos três perguntas abertas que foram enviadas a cada gestora de cada Centro de Saúde, após contato prévio

informando o objetivo da pesquisa e tornando livre a participação ou não das mesmas na referida pesquisa. Estas gestoras responderam as questões, sem se identificarem.

Através da primeira questão buscamos analisar o grau de conhecimento de cada gestora sobre o assunto. A segunda questão foi elaborada com o objetivo de propiciarmos momentos de reflexão sobre acolhimento, além da busca do conhecimento sobre as opiniões individuais das gestoras sobre o assunto. Por meio da terceira questão, buscamos a promoção de uma proposta de acolhimento para a unidade básica de saúde e o conhecimento dos pontos negativos e positivos do acolhimento no caso da gestora já considerar implantada tal proposta.

Desenvolvemos nossa pesquisa nos treze Centros de Saúde, e definimos que não iríamos estendê-la às Equipes de Saúde da Família, pelo fato que nestas unidades não há gestores. A relevância em buscar a visão dos gestores de Centros de Saúde, está nas diferenças de modelo de atenção entre uma e outra unidade, que discutiremos brevemente a seguir.

As unidades de Programa da Saúde da Família (PSF) contam com Equipes de Saúde da Família (ESF) em conformidade com as normas do Ministério da Saúde e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. Já as Unidades Básicas de Saúde contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Há também a presença de médicos de diversas especialidades (dentre os quais oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), distribuídos irregularmente pelas unidades. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. No caso das Unidades Básicas de Saúde não há adstrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde.

A Unidade Básica de Saúde da Família é um posto de saúde que oferece atendimento contínuo nas especialidades básicas, como: clínica médica, pediatria e ginecologia; desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Programa de Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, substituindo as práticas convencionais por ter maior capacidade para atender às necessidades de saúde da população de sua área, e acompanhar de maneira integral a

saúde da população que vive no território adstrito, tem por objetivo reorganizar o atendimento básico de saúde, ao prestar assistência à comunidade por meio da prevenção, educação, reabilitação e promoção. O trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional que atende na própria unidade e visita as residências, tendo como meta não só o atendimento integral ao paciente, mas também o incentivo à organização e participação comunitária. Os centros de saúde que adotam um modelo tradicional de atenção têm como foco principal a doença da população que chega à unidade de saúde. As unidades convencionais não realizam visitas domiciliares, embora possuam alguns programas de atenção à saúde, semelhantes aos do Programa de Saúde da Família. Atualmente, algumas agregam outros serviços complementares e atendimento em algumas especialidades. Já as unidades do Programa de Saúde da Família, se constituem na porta de entrada do sistema de saúde, onde os profissionais realizam consultas e procedimentos básicos, efetuam visitas domiciliares, supervisionam e capacitam os agentes comunitários, que só existem nos Programas de Saúde da Família. São profissionais que devem residir na área adstrita e atuam como um elo entre a população adstrita às equipes de saúde. Essas diferenças entre Programa de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde com modelo de assistência tradicional foram os princípios norteadores para escolha do universo desta pesquisa.

A escolha do sujeito da pesquisa foi norteada através do estudo prévio que fizemos sobre o assunto. Segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é entendido como um processo de inter relações e atitudes humanas nas práticas de atenção e de gestão, pautadas na resposta, na solidariedade, no reconhecimento dos direitos e no fortalecimento da autonomia dos usuários, trabalhadores e gestores. Pretende-se que a prática do acolhimento nos espaços de saúde qualifique a atenção e a gestão, potencializando a garantia do atendimento, a resolutividade, o estabelecimento de vínculo, a promoção da saúde e as alianças entre usuários, trabalhadores e gestores. (BRASIL, 2006)

O tempo restrito para a apresentação deste trabalho nos levou a restringir o sujeito da pesquisa aos gestores das Unidades Básicas de Saúde, uma vez que o acolhimento é reconhecido pela Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, como uma importante ferramenta de gestão na busca da promoção da saúde.

### III- ANÁLISES DOS DADOS

Das treze Unidades de Saúde estudadas 01 gestora não respondeu por estar de licença médica, 02 de férias e 01 apesar de ter concordado em participar não respondeu ou enviou o questionário. Então, 69,23 % das gestoras das Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, responderam as perguntas desta pesquisa.

Por trabalharmos com perguntas abertas, fizemos a transcrição das respostas e um paralelo com a literatura sobre o assunto estudado.

Obtivemos as seguintes respostas para a questão: O que você entende por acolhimento:

*“Acolher é receber as pessoas com educação, respeito, saber ouvir suas necessidades.”* (Gestora A)

*“É o acolhimento do cliente em todos os sentidos, quando ele procura o serviço, tentar solucionar seus problemas ou pelo menos amenizar.”* (Gestora B)

*“É o ato de acolher a pessoa, escutando-a, e direcionando seu atendimento conforme suas necessidades”* (Gestora C)

*“Receber, aceitar o cliente, ouvir, atender as necessidades, utilizando os recursos disponíveis e encaminhá-lo para outras estâncias caso seja necessário; além de orientá-lo quanto suas necessidades e prevenção de patologias”* (Gestora D)

*“Entendo que seja o ato de acolher, assumir para si, preocupar-se com o outro, dar ouvidos às suas necessidades e tentar resolver na medida das possibilidades”* (Gestora E)

*“Acolhimento vem do verbo “acolher”; que significa acolher, receber, recepcionar o paciente logo que adentra a unidade. Praticamos no nosso dia a dia; o acolhimento humanizado, que visa o bem estar físico, mental e social, olhando o paciente como um **todo** (destaque do gestor) e não somente seu problema de saúde.”* (Gestora F)

*“Acolhimento: acolher, ouvir, receber com empatia, proporcionar atendimento ou pelo menos dar andamento para que este ocorra. (O cliente não pode sair sem uma resposta).”* (Gestora G)

*“Acolhimento é uma postura ética, onde os profissionais envolvidos realizam uma escuta qualificada, esforçando-se por dar uma resposta ao usuário ou encaminhá-lo para o local onde o seu problema poderá ser resolvido. Este encaminhamento precisa ser realizado através de uma “rede” que se comunica e onde todos os envolvidos estão sensibilizados e dispostos a trabalhar em equipe dando continuidade ao trabalho iniciado.”* (Gestora H)

*“É procurar resolver o problema de saúde da pessoa que procura a unidade de saúde, estabelecendo uma relação solidária de confiança entre o profissional e o usuário, garantindo um atendimento de acordo com análise de*

*risco, informações e orientações e um ambiente higienizado, além de uma política de saúde funcionante que atenda as necessidades reais de um paciente que necessite de uma especialidade ou cirurgia e fica aguardando por longo período numa fila de espera.” (Gestora I)*

Para o Ministério da Saúde, acolhimento é a recepção do [usuário](#), desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL. 2006)

Pudemos observar que 44% dos entrevistados restringiram-se a definir acolhimento como o ato de “receber bem”, de ouvir, de dar acolhida, mas não enfatizaram a resolutividade das ações do acolhimento, que são pautadas através da garantia da atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Merhy (1997) considera o acolhimento como um espaço de encontro entre os trabalhadores e usuários de saúde, que se abre para um processo de escuta dos problemas, não só para troca de informações e mútuo reconhecimento de direitos e deveres, como também para um processo de decisões que podem possibilitar intervenções pertinentes e ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários. A acolhida prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade por meio das tecnologias disponíveis.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrado, partindo dos seguintes princípios: 1- atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2- reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde e 3- qualificar a relação trabalhadores e usuários, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Observamos que nenhuma gestora em sua definição sobre acolhimento fez menção a reorganização do processo de trabalho ou sobre o deslocamento das ações de saúde focadas na consulta médica.

Tal perspectiva possibilita a reorganização do processo de trabalho que rompe com a produção imaginária em busca da ficha de consulta médica e permite identificar outras necessidades dos usuários, diante de sua dificuldade de acessibilidade ao atendimento médico. Dessa forma, a reorganização dos serviços de saúde, tem como pressuposto a integralidade na produção do cuidado, em um processo de trabalho centrado no usuário e relações acolhedoras da equipe multiprofissional capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionadas para a assistência aos usuários, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado. (ANDRADE, *et al*, 2005).

Pudemos observar que as gestoras das unidades básicas de saúde têm conhecimento sobre acolhimento, a maioria das respostas foi muito semelhantes às definições do Ministério da Saúde, contidas na Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, sinalizando conhecimento sobre o assunto.

Para a questão: você acredita no acolhimento como estratégia de obtenção de vínculo dos trabalhadores de saúde com os usuários das Unidades Básicas de Saúde, obtivemos como respostas:

*“Ninguém pode dar algo que não possui como diz o ditado. Particularmente detesto o termo “acolhimento”, pois a mim soa muito falso. Nas reuniões de equipe, no dia a dia, vou conscientizando os trabalhadores desta unidade, sobre a importância de atender o indivíduo com respeito, educação e não dispensá-lo sem ao menos procurar dar encaminhamento às suas necessidades”* (Gestora A)

*“Sim, mas quando tem estrutura física adequada, profissionais capacitados”* (Gestora B)

*“Sim, o atendimento inicial é fundamental para o bom relacionamento entre a unidade e a população”* (Gestora C)

*“Sim.”* (Gestora D)

*“Sim, acredito que ele seja o “laço” principal para a obtenção de vínculo com os usuários, mas precisamos de serviços completos (eficientes e rápidos), Por exemplo: de que adianta fazer busca ativa, “trazer” /receber os usuários na Unidade, e estes passarem no médico / enfermeira /dentista/ auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, sendo acolhidos por estes, e de repente, o médico pede*

*uma consulta com certo especialista ou determinado exame, e este demora a ser agendado ou realizado. Acredito que este momento pode ser crucial ou fundamental possibilitando a perda ou diminuição desse vínculo, ou seja, “destruindo” parte ou todo o trabalho realizado anteriormente.” (Gestora E)*

*“O acolhimento é, com certeza, uma estratégia de vínculo dos servidores para com os clientes, pois é a porta de entrada dos mesmos, uma vez que contam seus problemas e ouvem conselhos e orientações que os servidores têm para passar, ressaltando que saem satisfeitos somente pelo fato de terem sido tão bem atendidos ao comparecem à unidade de saúde” (Gestora F)*

*“Sim, o acolhimento é uma estratégia importante para criar esse vínculo” (Gestora G)*

*“Sim, apesar de alguns fatores relacionados a este modelo de atenção (**unidade básica tradicional**) (grifo da gestora) dificultar o acolhimento. Mesmo nas UBS são utilizadas algumas estratégias que favorecem o acolhimento: escuta qualificada por parte dos profissionais, que se empenham para encontrar a solução do problema ou dúvida do usuário. AER (Atendimento de enfermagem de rotina) sendo realizado mensalmente com os usuários fortalecendo o vínculo. Grupo de gestante fortalecendo a confiança que a gestante deposita nos profissionais daquela unidade, atendimento domiciliar, curativos, sondagem, visitas, busca ativa. O usuário percebe que os trabalhadores da unidade se importam com o seu problema e de que ele não está abandonado. Reunião de equipe e de conselho gestor com estudos de casos para elaboração de alguns planos de cuidado, discussão em grupo sobre como melhorar os processos de trabalho. Apesar das dificuldades que são apresentadas na forma da organização do trabalho, **o acolhimento** pode ser realizado colocando-se em prática o princípio da equidade, priorizando os casos que necessitam de uma resposta imediata. (Gestora H) (grifos da gestora).*

*“Sim, quando o usuário é acolhido por um profissional, este passa a ser referência para o mesmo de modo que sempre que acontece algo o usuário sempre procura pelo funcionário que lhe acolheu pela primeira vez.” (Gestora I)*

Com relação à citação da gestora B; Mariotti (2002), afirma: “É claro que uma mudança que passa por conhecimentos e atitudes é cultural, não se faz com rapidez, é um processo pedagógico. Trata-se de ir alcançando cada profissional, cada usuário, cada dirigente, até que a disposição para uma relação de confiança mútua tenha se instalado como regra e não como exceção.”

O “desabafo” expressado pela gestora E, nos faz refletir que a disposição para a relação de produção da saúde ou de tratamento da doença é perpassada por essa tensão entre os sujeitos: o profissional de saúde e o usuário dos serviços. Ambos têm de trabalhar com seus limites individuais e com os limites do outro, por limites impostos

pelos fatores de risco e de agravos que estão além dos saberes e/ou dos poderes dos profissionais de saúde ou dos limites do próprio sistema de saúde.

Inojosa (2005), afirma:

Na prática temos de um lado alguém com medo, com dor, com ansiedade, e de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angustia diante das limitações humanas e do sistema de saúde. Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde seja de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua essencial para a produção de saúde. (INOJOSA, 2005)

Compreendendo acolhimento como um conjunto de atitudes que permeiam todo trabalho e a relação que se estabelece no encontro da produção de saúde, é necessário tecer uma rede de confiança entre o usuário e os profissionais de saúde.

O acolhimento é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégia para toda a relação. Permeando todos os momentos da atenção à saúde, o acolhimento deve envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontrem. (INOJOSA, 2005)

A gestora H faz uma importante citação sobre as dificuldades do modelo de atenção tradicional das Unidades Básicas de Saúde, e aqui ressaltamos que esse foi um dos motivos de termos como universo de estudos estas unidades. As reflexões críticas que se fizeram sobre o modelo hegemônico de atenção a saúde, intensificadas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), assentavam precisamente sobre as questões de humanização do sistema de saúde pública no Brasil, numa proposta que envolve todo o processo de atendimento do sistema básico de saúde, desde a chegada do usuário nos serviços de saúde, sua recepção e os passos posteriores ao seu atendimento, sugerindo uma harmonização na qualidade desse atendimento para que a terapêutica possa produzir qualidade de vida e o direito social de todos os cidadãos.

Sobre a citação da gestora I Merhy (1997), afirma que “o usuário, qualquer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde e usuário seja capaz de gerar acolhimento que permita uma atuação sobre seu sofrimento, o seu problema.”

Criar vínculo implica ter relações tão próximas e tão claras que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. (MENRHY, 1994)

Para Menrhy (1994), a noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade.

O que podemos inferir nesse contexto é que grande parte das gestoras que responderam ao questionário, possuem um entendimento sobre acolhimento e desenvolvem ações neste sentido.

Também aquelas que não referiram elementos categorizados para o tema poderão ser sensibilizadas a desenvolver um trabalho eficiente junto à atenção básica de saúde que possa produzir qualidade de vida. De outra parte, toda a trajetória desse processo nos serviu de referência para constatarmos o quanto é importante, também saber a opinião das gestoras, que nos revelou aspectos que indicam para uma sensibilização e disponibilidade para efetuarem ações e desenvolver atitudes competentes ao cidadão que busca o atendimento do serviço público de saúde.

Para a questão: você acha que nesta Unidade Básica de Saúde, está implantado o “acolhimento”, conforme proposta do Ministério da saúde? Em caso positivo, descreva as ações realizadas neste sentido e os pontos positivos e negativos. Em caso negativo, elabore uma proposta de implantação de acolhimento nesta Unidade de Saúde; obtivemos as seguintes respostas:

*“A grande maioria das propostas de órgãos públicos, são concebidos por “técnicos” que nunca trabalharam em UBS/PSF, portanto NÃO TEM NOÇÃO DO FUNCIONAMENTO (grifo e destaque da gestora) das mesmas. Vão criando e despejando “FÓRMULAS MIRABOLANTES” e sem dar suporte técnico e/ou treinamento. Nesta UBS estamos desenvolvendo a valorização da equipe, a necessidade da humanização (amanhã poderá ser algum familiar ou até nós mesmos precisando do atendimento). Em nossas reuniões de equipe vamos nos capacitando para melhorar o atendimento ao ser humano, não como proposta do ministério da saúde e sim por que devemos fazer para o próximo o que desejamos para nós.” (Gestora A)*

“Não, pois não temos estrutura física para realizarmos o acolhimento, quando é realizado em outra sala é sempre interrompido; profissionais não foram capacitados, os que se predispõe a fazer são sempre criticados pelos colegas não só da UBS como das UBS de fora.

*\*Mudança de comportamento da equipe, estrutura física adequada, com estes dois quesitos conseguiremos realizar o acolhimento.*”(Gestora B)

“Acho que estamos caminhando para a melhoria deste atendimento, mas acredito que um número adequado de funcionários e local (infra estrutura) contribua para este processo” (Gestora C)

“Não, todos os membros da equipe (enfermeiros, médicos, dentistas, ACS, agentes administrativos, auxiliar de dentista, agente de saúde) sobre o que é acolhimento, como ele deve ser realizado, com base em protocolos desenvolvidos pelo ministério da saúde, secretaria municipal de saúde, código de ética profissional” (Gestora D)

“Acredito que sim, estamos tentando melhorar ainda mais, acredito que com paciência e comprometimento, respeito, conhecimento, ética e motivação atingiremos nosso objetivo.” (Gestora E)

“Sim, positivos: tenta satisfazer as necessidades do cliente como um todo.

Maioria sai satisfeita, pois sente que tem alguém que pode ajudá-lo

Acalma o paciente que chega estressado na unidade.

Negativo: não aderência de alguns funcionários. (minoria)” (Gestora F)

“Não, ainda tem muito que fazer e implantar para realmente acontecer, mas já existe a idéia. Para implantação necessitamos de alguns recursos (humanos, nova unidade, materiais, médicos nas 10 horas em que o posto funciona) e treinamento (capacitação da equipe, educação permanente). E também especificamente nesta unidade a implantação de um PAC's e um grupo de visita domiciliar, mais um geriatra e 01 enfermeira. (Gestora G)

“Acredito que dentro do modelo proposto pelo Ministério da Saúde, não está implementado o acolhimento na UBS tradicional, pois a própria arquitetura da unidade não facilita a escuta qualificada a todos os que nos procuram, além da demanda muito grande de usuários. Fatores que dificultam que o acolhimento seja realizado para todos: - ausência do agente comunitário dificulta o vínculo, área de abrangência muito extensa e território sem definição. O profissional demora anos para conhecer o seu território e seus problemas. Grande quantidade de fichas família (aproximadamente 24.000 usuários nesta unidade) impossibilitando maior aproximação com todos os usuários. Profissional especialista que não tiveram

*formação e muitas vezes não possuem afinidade ou perfil para trabalhar com saúde pública, promoção e prevenção. Ambiência a arquitetura da unidade não propicia privacidade, muitas vezes os pacientes são atendidos juntos ( 2, 3 usuários na pós consulta) recepção o usuário fala sua queixa com uma fila de usuários atrás dele ouvindo seu problema pessoal. **O acolhimento realizado como o ministério propõe, aplica-se com maior facilidade à estratégia de saúde da família.**(grifo e destaques da gestora). (Gestora H)*

*“Na minha opinião a implantação do acolhimento é parcial, porque os profissionais que atuam aqui são receptivos e acolhedores, mas nós ainda ficamos em dívida com o paciente quando ele retorna varias vezes a procura de uma cirurgia que não foi agendado, nem mesmo a avaliação do cirurgião por falta de vaga e desta forma o usuário retorna várias vezes a unidade sem conseguir resolver o seu problema ou a procura do seu exame que foi solicitado há dois anos não foi agendado.(Gestora I)*

Observamos no relato das gestoras, que muitas delas apontam dificuldades no atendimento que poderiam ser melhoradas com uma reorganização do serviço.

Ainda observamos a assistência centrada na figura do médico (há a solicitação de médico para as 10 horas em que a unidade fica aberta). Atitudes como atendimento de 2 ou 3 usuários juntos na “pós consulta”, “Na recepção o usuário fala sua queixa com uma fila de usuários atrás dele ouvindo seu problema pessoal”, nos demonstram claramente que ainda a unidade funciona com atendimento exclusivamente agendado, por ordem de chegada, e nos revelam posturas que estão longe de serem acolhedoras.

Apesar das gestoras revelarem nas respostas das questões anteriores conhecimento sobre acolhimento, parece-nos estar “anestesiadas” e incapazes de transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde, nos levando a reflexão de suas práticas, que deveriam ser norteadas pelas tecnologias de relações sociais enquanto instrumento do processo de trabalho em saúde, considerando-as ferramentas potentes de mudanças, na micro política do trabalho vivo em saúde.

Segundo Mishima (1995), o conceito do trabalho expõe a gestão como atividade extremamente burocrática, no sentido de manipular papeis, sendo um trabalho rotinizado, pré-determinado, com poucas chances de criação, onde se tem intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente às normas colocadas. Este quadro se contrapõe ao desejo de desenvolver um trabalho mais amplo. O perfil que surge na prática é estritamente burocrata, não sendo a princípio, necessária nenhuma atuação nas questões técnicas ou relacionadas à política de saúde.

Dessa forma, concordamos inteiramente com Campos (2000), quando diz que o pensamento da Administração Científica imprime um estilo de governar e que seus princípios gerais ainda não foram superados. Mesmo que o campo da gestão tenha se ampliado, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. O autor denomina esse eixo conformador do taylorismo de "Racionalidade Gerencial Hegemônica": "A estratégia de viabilização do SUS não pode se basear centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos. Há que se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados "recursos humanos" seja um dos principais sujeitos do processo de mudança."

Não foram elaboradas nenhuma proposta de implantação de acolhimento, conforme solicitamos na questão.

Concordamos com a opinião da maioria das gestoras sobre a necessidade de que haja recursos, capacitação da equipe, e comprometimento de todo o nível hierárquico. Como organização de serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal.

Acolhimento é definido por Silva Jr. (2001) como: "tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados".

Para Camargo Jr., *et al* (2008), acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da

qualidade das ações de saúde. Podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas. A dimensão acolhimento, como postura, abrange ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário.

O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados.

Como organização de serviços, como já citamos o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

Para Camargo Jr. *et al* (2008), se faz necessário também por incorporar a idéia de acessibilidade organizacional para complementar o conceito de acolhimento. No campo da saúde, acesso pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos.

Segundo Merhy (1997), outro aspecto fundamental da atenção integral é o vínculo, definido como: "o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário".

Segundo Boff (1999), podemos pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade.

Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho. A idéia de vínculo como uma relação terapêutica, põe em relevo a palavra terapêutica, tomada em um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado, em que "cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro"

A continuidade é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente.

Vínculo também implica a responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal.

#### **IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O exame do tema acolhimento nos reportou ao marco histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ponto de partida para mobilização dos profissionais do campo de saúde no sentido de apresentar novas propostas alternativas ao modelo hegemônico de atendimento na saúde pública esse, centrado no médico e na terapêutica administrada por eles, consubstanciando-se numa forma de entender saúde somente como ausência de doença. O acolhimento propõe uma atitude humanizadora do sistema de saúde ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Pesquisar o significado de acolhimento, bem como analisar as experiências vivenciadas com esse sistema, serviu de apoio para o foro central do nosso trabalho, o que as gestoras das Unidades Básicas de Saúde entendem por acolhimento?

Teoricamente, a trajetória e as etapas desse processo nos apontaram para alguns pontos relevantes. Antes de tudo, concluímos que esse sistema significa uma mudança na forma de atendimento das unidades básicas de saúde. Nele, os trabalhadores de saúde desempenham um papel importante para a efetivação dessa proposta.

Entendemos que trabalhar acolhimento significa permitir maior acesso ao usuário à humanização dos serviços, passando por uma boa acolhida e uma escuta qualificada, que encaminha os usuários para a resolução de seus problemas, naquilo que ele espera do atendimento em saúde, resultando na sua satisfação e melhoria da qualidade de vida.

Essas constatações nos serviram de pressupostos para examinar os resultados da pesquisa efetuada junto às gestoras das Unidades Básicas de Saúde, que responderam ao questionário no nosso trabalho. Evidenciamos através da leitura de suas opiniões, que muitas delas possuem algum entendimento sobre o significado de acolhimento, uma vez que perpassaram em suas respostas elementos que constituem as características e o significado de fazer saúde.

Analisadas à luz das características que constituem o conceito de acolhimento, as opiniões das gestoras das Unidades Básicas de Saúde, de um modo geral, revelaram que elas possuem noções sobre o tema. Palavras como, escuta, ouvir, receber, encaminhar, assim como outras que identificaram o acolhimento, fizeram parte das citações.

Além de atender o nosso objetivo proposto, de estudar o que as gestoras entendem por acolhimento, as respostas das gestoras abriram outra questão nesse percurso, quando apontaram para citações técnico-estruturais do sistema de atendimento público. Isso nos leva a conclusão de que também devemos escutar os trabalhadores de saúde. Como sujeito do processo de melhoria do sistema de saúde do Brasil, o trabalhador de saúde traz contribuições com suas sugestões para que possamos refletir e elaborar a construção de um serviço de saúde mais humano para todos.

Lamentamos não termos atingido o objetivo de elaboração de uma proposta de acolhimento para as Unidades Básicas de Saúde de Araraquara, pois nenhuma gestora respondeu a este questionamento.

---

## V- BIBLIOGRAFIA

ABBÊS, Cláudia. O acolhimento como diretriz da política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, agosto 2006.

ANDRADE, C.S; FRANCO, T.B; FERREIRA, U.S. C; SILVA, N.C. Acolhimento, necessidade e desafio. Universidade Estadual de Santa Cruz- Uesc, 2005.

ANDRADE, C.S; FRANCO, T.B; FERREIRA, U.S. C; SILVA; Acolhimento: uma experiência de pesquisa ação na mudança do processo de trabalho em saúde. Itabuna BA.

ARARAQUARA.SP.<http://pt.wikipedia.org/wiki/Araraquara>Acesso em 19/10/2009.

ARARAQUARA, Gerência de Educação Continuada, Secretaria Municipal de Saúde; Implementação do Sistema de Atenção à Saúde no Município de Araraquara; (Acesso em 25/11/2008), Disponível em: [www.easysite.com.br/secretariadasaude](http://www.easysite.com.br/secretariadasaude). Araraquara, 2006.

BOFF. L Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.

BRASIL, 2004. SUS de A a Z. CONASENS. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. SAS. MS, 2004.

BRASIL, POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Série Pactos pela Saúde, Volume 4, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE

PRODUÇÃO DE SAÚDE 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde). Autores: NEVES, Claudia. A. B.& ROLLO. Adail. ISBN: 85-3341268-1. Ano: 2006.

CAMARGOJR,K.R;CAMPOS,E.M.S,TEIXEIRA,M.T.B;MASCARENHAS, M.T.M; MAUAP, N.M; FRANCO, T.B; RIBEIRO, L.C; ALVES, M.J.M; Avaliação da Atenção Básica pela Óptica Político-Institucional e da Organização da atenção com ênfase na Integralidade. Caderno de Saúde Pública, vol24. Rio de Janeiro, 2008.

CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

DANIZZI, M. O acolhimento como dispositivo de mudança do processo de trabalho em saúde. A experiência de Chapecó, Secretaria Municipal de Saúde.

FERREIRA, Maria Regina G. Barbieri. Jornal Tribuna Imprensa. 20/12/2008.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E; O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/censo>. Acesso em 19/10/2009.

INOJOSA, M.R., Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuário. X congresso internacional sobre La reforma Del Estado y de La administración pública; Santiago; Chile, 2005.

IPEA -Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEADData, base de dados macroeconômicos. Copyright © Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) 2006.

LIMA, M.A.D. S; RAMOS, D.D; ROSA, R.B, NAUDERER, T.M. DAVIS, R. Acesso a acolhimento em unidade de saúde na visão do usuário. Acta Paul Enferm, 2007

MARIOTTI, H. Mudança no modelo mental in acolhimento, o pensar, o fazer, o viver São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Associação Palas Athena, 2002.

MENRY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de saúde de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio, L.C. O Inventado a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E; Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MISHIMA, SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.

SILVA JR. AG. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza PR, organizador. Curso de especialização autogestão em saúde: guia do aluno. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.