

Acolhimento: quando o usuário bate à porta

Embracement: when the user knocks on the door

Acogida: cuando el usuario llama a la puerta

**Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes^I, Tânia Maria de Oliva Menezes^{II}, Adriana Cerqueira Miranda^{III},
Kênya Lima de Araújo^{IV}, Eleonora Lima Peixinho Guimarães^V**

^I Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Curso de Medicina e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Salvador-BA, Brasil.

^{II} Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem. Salvador-BA, Brasil.

^{III} Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Coordenação da Atenção Básica. Salvador-BA, Brasil.

^{IV} Secretaria Municipal de Saúde de Serrinha, Coordenação da Atenção Básica. Serrinha-BA, Brasil.

^V Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde da Família. Salvador-BA, Brasil.

Submissão: 17-04-2012 **Aprovação:** 03-12-2013

RESUMO

Estudo qualitativo realizado entre abril e junho de 2010, em uma unidade de saúde docente-assistencial que funciona na Estratégia de Saúde da Família em Salvador-Ba e objetivou analisar a percepção dos usuários sobre o acolhimento. Fizeram parte do estudo 12 sujeitos de ambos os sexos. A análise dos depoimentos foi realizada a partir de análise categorial temática, emergindo quatro categorias: Acolhimento na compreensão do usuário; Relação entre equipe de saúde e acolhimento; Acolhimento como elemento de responsabilização, corresponsabilização e resolutividade; Entraves do acolhimento. Conclui-se que esta é uma proposta em constante aprimoramento, mas, ainda nota-se um esforço para a sua concretização nas práticas de saúde, pois, o acolhimento esbarra na intersubjetividade dos sujeitos envolvidos no processo.

Descritores: Saúde da Família; Acolhimento; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Qualitative study conducted between April and June 2010, in a health-care teacher who works in the Family Health Strategy, located in Salvador -Bahia, the study aimed to analyze the perceptions of users about the embracement. Study participants were 12 subjects of both sexes. The data were submitted to categorical analysis, from which emerged four categories: User understanding on embracement; Relationship between the health team and embracement; Embracement as part of accountability, co-responsibility and problem solving; Barriers to embracement. The analysis and discussion of the above categories suggests that the embracement is a proposal on continuous improvement even when there is an effort to achieve them in health practices coming in the intersubjectivity of the subjects involved.

Key words: Family Health; User Embracement; Health Care.

RESUMEN

Un estudio cualitativo se llevó a cabo entre abril y junio de 2010 en un maestro de atención de salud que trabaja en la Estrategia de Salud de la Familia en Salvador, Bahía, y tuvo como objetivo analizar la percepción de los usuarios en el host. Los participantes del estudio fueron 12 sujetos de ambos sexos. Los datos fueron sometidos a análisis categorial temática, donde emergieron cuatro categorías: Acogida en la comprensión del usuario; Relación entre el equipo de salud y la acogida; Acogida como elemento de responsabilización, responsabilidad compartida y resolución; Barreras de la acogida. La conclusión que se trata de una propuesta en constante mejora, pero todavía podemos ver un esfuerzo por lograr en las prácticas de salud, ya que el host se ejecuta en la intersubjetividad de los sujetos involucrados en el proceso.

Palabras clave: Salud de la Familia; Acogimiento; Atención a la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Tânia Maria de Oliva Menezes E-mail: tomenezes50@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) configura-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas de saúde. Na PNH é atribuído ao termo humanização os seguintes aspectos: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia, do protagonismo, de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos⁽¹⁾.

O acolhimento, enquanto diretriz da PNH, aponta para questões de organização e prática do trabalho, enfatizando a dimensão ética e política na postura dos profissionais em contato com a clientela, bem como a reformulação do modelo assistencial e de gestão, no intuito de facilitar o acesso as ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, favorecer o cuidado interdisciplinar e incluir outras abordagens na compreensão das demandas dos usuários e dos processos de saúde-adoecimento⁽²⁾.

Nesta perspectiva, o acolhimento é considerado um processo, resultado das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, ensejando posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as necessidades do usuário e resgatando a humanização e o respeito com o outro⁽³⁾.

Entretanto, a mudança das estratégias não necessariamente atinge uma transformação real no nível das ações, valores, significados e práticas, com as quais os sujeitos se encontram envolvidos em seu cotidiano⁽¹⁾. Neste sentido, a dinâmica de organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, considerando as necessidades verbalizadas e não verbalizadas dos usuários, requer a cada encontro trabalhador-usuário um agir centrado na singularidade - que orienta o quê e como fazer - convidando a equipe a uma expertise no saber-fazer saúde, exigindo que a mesma faça uso de outras tecnologias que possibilitem a incorporação do usuário nos atos de saúde produzidos, ao tempo em que estimula e potencializa a autonomia do sujeito na produção do cuidado em saúde⁽⁴⁾.

A inserção do acolhimento nas práticas de saúde tem proporcionado o aprofundamento de uma questão extremamente importante e delicada, que é vivenciada no interior das unidades de saúde, a relação trabalhador/usuário, visto que a adoção da postura de acolher favorece uma maior intimidade entre esses dois sujeitos.

Nesse contexto, o interesse em pesquisar sobre o acolhimento sob a ótica da relação trabalhador/usuário emergiu da atuação das pesquisadoras em uma Unidade Docente-Assistencial, localizada no município de Salvador-Bahia, e que já tem implantado o acolhimento nas suas diversas práticas.

A unidade de saúde na qual este estudo foi desenvolvido, estando atenta para investir constantemente no aprimoramento das práticas de saúde, de modo a torná-las efetivamente usuário-centradas, tem proposto ações e projetos para promover o acolhimento das demandas dos usuários. Considerando a relevância de envolver todos os atores neste processo, esta pesquisa teve por objetivo analisar a percepção do usuário de uma unidade docente-assistencial sobre o acolhimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa. Fizeram parte do estudo os usuários de uma unidade de saúde docente-assistencial, localizada em um bairro periférico da cidade de Salvador-BA, pertencendo ao Distrito Sanitário de Pau da Lima, que atua em consonância com a Estratégia de Saúde da Família - ESF, prestando atendimento a 4.000 famílias, sendo campo de estágio para alunos de diversos cursos na área de saúde, bem como para duas pós-graduações em Saúde da Família.

Para seleção dos sujeitos foram adotados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos de idade e estar cadastrado na unidade há mais de um ano. Participaram do estudo 12 sujeitos.

Os usuários foram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam atendimento. As entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala reservada da unidade, a partir de um roteiro de entrevista, com duração média de 15 minutos, gravadas em aparelho MP3 e logo após transcritas em sua íntegra pelas pesquisadoras.

A análise do material empírico apreendido na coleta de dados foi realizada com base na proposta da análise de conteúdo, norteadora por Bardin, sendo desdobrada em: pré-análise, exploração do material; tratamento, inferência e interpretação dos dados⁽⁵⁾. No primeiro momento, as autoras fizeram a transcrição na íntegra das falas, digitação do material com posterior leitura flutuante para organização dos dados. Na etapa seguinte foram destacadas as unidades de registro, com o objetivo de identificar mensagens explícitas e significações não aparentes nas falas dos usuários sobre o acolhimento na unidade de saúde. Por fim, foi realizada a interpretação dos dados, o que permitiu a emergência de 4 categorias temáticas referentes ao conceito, dimensões, expectativas e críticas dos participantes sobre a proposta de acolhimento implementada, que foram discutidas com o que a literatura apresenta e o que foi encontrado no campo de estudo.

Todos os sujeitos participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manutenção do anonimato dos sujeitos foram atribuídos nomes fictícios de flores. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde, sob o protocolo nº 83/2009, de 30 de julho de 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo tinham média de idade de 42 anos (variando entre de 25 e 67 anos). A maioria dos entrevistados eram do gênero feminino (11), com tempo médio de cadastro de 5 anos, podendo ser divididos em dois grupos em relação ao grau de escolaridade: 7 apresentavam o segundo grau incompleto e 5 afirmaram ter ensino fundamental incompleto.

A percepção dos usuários da unidade docente-assistencial expressas nas entrevistas possibilitou a apreensão de 4 categorias, que serão apresentadas a seguir.

A. Acolhimento na compreensão do usuário

O acolhimento é uma ferramenta tecnológica de intervenção, pautado em uma busca pela universalidade do acesso e na avaliação de risco, com definição de prioridades, que representa um importante avanço no sentido da humanização da atenção⁽⁶⁾ e envolve também questões de organização e prática do trabalho⁽²⁾.

Geralmente, dois modos de acolhimento, denominados “formal” e “informal” podem ser encontrados na Atenção Primária à Saúde (APS). O primeiro consiste no atendimento programado e individual dos usuários, com ações, metodologias e espaço definidos. Já o acolhimento denominado informal é o que não predispõe horário e nem local específico, sendo o usuário atendido pelo profissional que no momento apresentar-se disponível⁽⁷⁾.

Nas falas dos entrevistados esses aspectos surgiram na definição dos mesmos sobre a operacionalização do acolhimento, destacando-se a dimensão espacial, a busca de resolutividade das demandas dos usuários no momento em que as mesmas surgem, bem como a postura proativa na atenção e resolução coletiva das questões apresentadas.

Acolhimento é o espaço que se reúne pacientes com os profissionais, para discutir e tentar resolver os problemas do paciente. (Amor-perfeito)

Ver na hora com o que a pessoa está, saber o que é, e tratar o que ela está queixando. (Magnólia)

Além disso, o acolhimento é relacionado tanto à ação clínica quanto às outras atividades desenvolvidas na APS, como a atenção domiciliar, não sendo pontual e específica para um sujeito, mas, acontece de forma ampliada ao contexto social e relacional, percebida a partir de relações de confiança no interesse, envolvimento e responsabilidade dos profissionais com o bem estar dos sujeitos, de acordo com os entrevistados.

Acolhimento é atender toda a família, porque não é só a mim que atendem bem, acolhem todos de dentro da minha família. (Lótus)

Se precisar, eles vão lá no domicílio saber como a gente está. É um acompanhamento bem mais do que de perto. [...] Eu sei que as pessoas se preocupam comigo. (Prímula)

Trata-se, portanto, de uma proposta voltada para melhoria das relações estabelecidas, a partir da procura espontânea do usuário ao serviço, momento no qual ocorre o encontro com os profissionais de saúde, o processamento e busca de resolução de sua demanda, quando possível⁽²⁾, reconhecendo os limites e potencialidade de cada nível de atenção, favorecendo o acesso aos serviços a partir da necessidade de saúde do usuário, a articulação das redes de referência e contra-referência, e a efetivação da responsabilidade contínua, mesmo quando o cuidado ultrapasse o nível de complexidade de seu serviço, conforme apontado no depoimento a seguir:

Mas eu tenho pressão alta e diabetes, e um dia meu açúcar subiu muito e eles me levaram para consulta. [...] Um dia passei mal aqui, e a equipe me levou até lá na emergência de São Marcos. A moça foi até lá comigo para me deixar. (Gardênia)

Apesar de o acolhimento ainda estar em processo de construção, já existe um reconhecimento por parte dos profissionais que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários⁽¹⁾. O vínculo requer a confiança do usuário em relação aos trabalhadores, no sentido dos últimos serem capazes de equacionar os problemas de saúde, e não só isso, capazes de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio ao manejo de obstáculos⁽⁶⁾. Além disso, envolve um grau de afetividade manifestada na expressão corporal e nos modos de comunicação verbal, conforme destacado pelos usuários:

No meu ver é receber bem, dar atenção, a palavra já diz, é um gesto de carinho acolher a pessoa. (Dália)

[...] é você ser bem atendido. É um jeito diferente de atender, de conversar. (Jasmin)

Aponta-se, portanto, para a importância da valorização dos sujeitos e do processo contínuo de construção e fortalecimento de vínculos, a partir da escuta qualificada e interessada sobre as demandas apresentadas pelos usuários. Trata-se, neste sentido, de reduzir os mecanismos que produzem relações automatizadas e pontuais, para estimular encontros promotores de maiores graus de autonomia e cuidado ampliado, no sentido de atender ao princípio da integralidade.

B. Portas abertas: equipe que acolhe

Uma vez que a demanda por cuidados de saúde envolve múltiplos saberes e fazeres, a unidade de saúde na qual este estudo foi desenvolvido conta com um quadro ampliado de profissionais, o que permite a organização de equipes multidisciplinares para uma atenção integral dos sujeitos e famílias atendidas. Algumas falas apontam para a postura acolhedora de diversos membros da equipe, portanto, não restrito aos profissionais de nível superior, como produtora do acolhimento na unidade:

Toda vez que venho me consultar, todos são atenciosos, encaminham bem as consultas, seja médico, estudante, outras profissões, tudo [...]. (Anêmona)

Aqui as atendentes são boas, os médicos são bons; se a gente for olhar, até a moça da limpeza é educada. Todos são bons. (Lótus)

Na atuação das equipes interdisciplinares estudadas por alguns autores confirmou-se o potencial para a realização de mudanças que beneficiam os usuários e os trabalhadores, bem como a reorganização no modo de fazer assistência à saúde, a partir dos micro-espacos de trabalho e devido à conjugação

de vários destes fatores: vínculo, acolhimento, humanização da assistência e melhora no acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde⁽⁸⁾. Tais aspectos também foram relatados por Dália e Amor Perfeito:

Aqui tem nutrição e enfermagem. Pra mim, que sou diabética é muito bom. (Dália)

Aqui tem coisas que a gente não acha com facilidade por aí. Antes, a gente tinha que ir para fora. Agora tem pediatra. Até preventivo já faz. (Amor Perfeito)

Como principal porta de entrada, a unidade estudada conta com um espaço de educação em saúde, conhecido como Humaniza-SUS. Neste espaço, onde começou a ser implementada a primeira proposta de acolhimento há pelo menos 6 anos, os usuários são informados sobre a ESF, a organização do serviço e as ações desenvolvidas pela equipe. Participam de um momento de educação em saúde, fazem a avaliação antropométrica e aferição da pressão arterial e recebem orientação sobre sua condição de saúde. Por fim, é realizada uma escuta individual, sensível às demandas dos usuários, para agendamento da consulta, reaproveitamento de vagas ociosas ou atendimento às pequenas urgências.

Outra porta de entrada para o serviço é a recepção da unidade, espaço onde marcadamente a relação usuário-serviço toca a acessibilidade, por constituir-se em um local que historicamente foi símbolo de poder e de desencontros no contexto da unidade de saúde. Nesse sentido, o acolhimento enquanto postura/atitude impacta na necessidade de pensar a (re)organização do trabalho realizado neste espaço, considerando não só a possibilidade dos problemas enfrentados pelos trabalhadores do serviço, bem como a condição humana frente a demanda reprimida e a situação de vulnerabilidade apresentada pelo usuário que busca o serviço⁽⁹⁾. Apesar das dificuldades neste setor, a presença da postura de acolhimento foi sinalizada, conforme fala abaixo:

Atende a gente com paciência, tratam bem, conversa, pergunta o que está sentindo, o que não está. Atende com calma, entendeu? [...] Trata com amor, com cuidado, respeita o paciente, né? Está ótimo, não tenho o que falar. Tanto faz aqui, como do lado de lá. Eles atendem bem, tem boa vontade. [...] (Cravo)

Entretanto, o trabalhador que está na recepção do centro de saúde, frequentemente, não vai ter soluções para todas as demandas, devido ao limite de serviços oferecidos no local, a não identificação das opções que existem, às dificuldades de encaminhamento para a rede, a não colaboração da equipe, ou mesmo devido à natureza dos problemas que fogem ao seu alcance⁽⁸⁾.

Apesar de ser um lugar de conflito, gerador de angústia e ansiedade, os sujeitos entrevistados perceberam que há um empenho dos profissionais da recepção para atender às demandas dos usuários, para informar, orientar e justificar os limites existentes, mesmo quando extrapolam o espaço da recepção.

O pessoal da recepção é informativo, muito atencioso [...] Em qualquer lugar, até na rua mesmo, elas são muito gentis, receptivas, atendem com interesse. [...] Na marcação da consulta, nos remédios, pode ser que falte, mas, o pessoal diz o porque, que não depende só deles. A medição da pressão tem gente disponível [...] Eu me sinto muito amparado. Em outros postos, eu ia e me sentia completamente perdido, não sabia como funcionava. Ninguém sabia dar uma informação. (Jasmin)

No intuito de diminuir os tensionamentos presentes na recepção, organizar o fluxo dos usuários na unidade, ampliar o acesso, acolher as demandas dos usuários e estabelecer equipes de referência, a unidade implantou a Gerência Acolhedora em março de 2009, que tem como objetivo acolher a demanda expressa pelo usuário que busca o serviço, utilizando-se dos equipamentos disponíveis na unidade. Dentre as ações da equipe interdisciplinar, destaca-se o reaproveitamento de vagas ociosas por critérios de risco e o atendimento às demandas emergentes, encaminhamento adequado para a rede de referência os casos que exijam atenção especializada.

Primeiro, eles colocam quem está precisando mais, eu acho certo. (Magnólia)

Qualquer hora que chegue aqui atende. Tive pressão elevada, minha filha teve febre, eu vim aqui e atendeu. Nos outros lugares, não é assim não. (Amarílis)

Em algumas experiências que buscam reverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro, para aquele que mais precisa tem sido observada que a priorização dos casos passa a ser motivo de conflito de interesses entre o individual e o coletivo e entre gerações, já que idosos e crianças têm lugar prioritário no cuidado⁽¹⁰⁾. A priorização de casos, seja por critério de risco, seja por geração, é compreendido como ruptura do acolhimento por alguns usuários, sendo apontado como motivo de insatisfação.

Às vezes, eles deixam passar gente que não chegou primeiro na frente da gente. Como pode? (Amarílis)

Não é incomum a associação que o usuário faz entre resolutividade e satisfação pessoal, quando na verdade, acolher a necessidade do outro não deve estar associado à satisfação, já que tanto os profissionais quanto os serviços de saúde apresentam inúmeras limitações⁽⁷⁾. Salienta-se, portanto, a importância de compartilhamento de informações sobre a forma de organização do serviço, seus limites e potencialidades, bem como dos critérios de decisão e resolução de conflitos, de modo a reduzir tensões, aumentar os canais de comunicação entre os sujeitos e favorecer a cogestão do processo de acolhimento.

Neste sentido, o acolhimento, além de ampliar o acesso dos usuários ao SUS, potencializa os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial,

e possibilita o estímulo e fortalecimento da autonomia e cidadania, além de corresponsabilização na produção do cuidado à saúde⁽¹¹⁾, individual e coletiva.

Reconhecendo, portanto, as barreiras de acesso e resolutividade, e considerando o acolhimento um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções para seu enfrentamento, outras ações são desenvolvidas na Unidade para atender a este objetivo, tais como: o acolhimento em saúde bucal; acolhimento em psicologia; aconselhamento nutricional coletivo; linhas de cuidado e clínica ampliada para pacientes hipertensos e/ou diabéticos, para gestantes e crianças, entre outros. Trata-se de iniciativas para reduzir a demanda reprimida, desenvolver ações de educação em saúde, atenção às demandas a partir de critérios de risco e potencializar as ações coletivas.

O termo acolhimento é comumente concebido na prática como espaço para “recepção” ou “triagem”. Tal divergência exige a necessidade de um debate sobre as formas de abordagem do acolhimento sob a ótica de cada profissional de saúde e a relação deles com os usuários que buscam a unidade e a influência do mesmo para a produção do cuidado em saúde, sendo necessário destacar que a resolutividade do serviço dialoga com as práticas de acolhimento adotadas, ao contribuir para a constatação de efetividade do atendimento perante a demanda do usuário⁽⁹⁾.

Desse modo, o acolhimento constitui-se como uma atividade oferecida pela unidade, não impedindo que se estabeleça uma relação acolhedora em todos os espaços e momentos da produção de serviços de saúde, entre a equipe e os usuários, tanto aqueles representados pela demanda espontânea, quanto àqueles que não procuram o serviço, mas também necessitam de atenção.

C. Acolhimento como elemento de responsabilização, corresponsabilização e resolutividade: caminhos para a construção do vínculo

O acolhimento é um processo em que trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde de sua população. Neste sentido, a responsabilidade da equipe envolve uma postura compromissada desde a organização do serviço até as ações clínicas, conforme sinalizado na fala abaixo:

Em outros postos que eu já aventurei, às vezes, não tem nem médico. Aqui raramente isso acontece, e quando acontece, o pessoal organiza para você ser atendido no outro dia, ou, o mais próximo possível. (Jasmim)

Cada trabalhador tem responsabilidade na superação dos fatores limitantes que se apresentam, empreendendo esforços para construir alternativas dentro do contexto de sua realidade⁽¹⁰⁾. Na unidade em estudo, a gerência acolhedora facilitou a negociação entre as demandas dos usuários e a capacidade de atendimento da equipe, bem como a busca de alternativas não definidas nos protocolos, mas, isto já acontecia em ações individuais dos membros das equipes e no Humaniza-SUS.

Não tem vaga? Vai e conversa com o médico, para ver o que pode fazer [...] Hoje mesmo, eu queria saber como é que faz para arranjar um atendimento com o clínico de última hora, e já me falaram do reaproveitamento de vagas. (Tulipa)

Nunca saí sem resposta daqui. [...] Sempre que eu preciso, eu conto [...] coloca como extra, dá um jeito de arrumar uma vaguinha, a gente nunca recebe um não totalmente. (Anêmona)

O diálogo e o vínculo apresentam-se como ferramentas importantes para a percepção de acolhimento dos usuários entrevistados. A capacidade de diálogo entre trabalhadores da saúde e destes com os usuários permite a construção de maneira corresponsável de um serviço resolutivo, que atenda as necessidades de todos esses atores, bem como relações que produzam ou fortaleçam a autonomia dos usuários⁽¹⁰⁾. Para Cravo,

Teve uma vez que eu cheguei para procurar uma informação e o pessoal procurou saber, me respondeu com educação. [...] Às vezes fica cheio, todo mundo querendo ter sua vez, e o pessoal tenta ajudar, tem paciência, fala como é, o que tem que fazer. (Cravo)

A responsabilização da equipe também foi citada na fala de Lótus, que identificou a resolutividade nas orientações recebidas sobre a rede de referência.

[...] eles respondem de uma forma esclarecedora, caso não seja atendido aqui, indicando pra outro lugar, caso tenha necessidade e a depender do tipo do problema, da necessidade [...]. (Lótus)

Esta relação poderia se chamar de responsabilidade coletiva, a qual pode ser promovida por meio de processos comunicacionais eficientes, construindo uma rede de influência que provoque um movimento de formação de determinada harmonia nos níveis de envolvimento e comprometimento de todos os interessados⁽¹⁰⁾. Os usuários entrevistados apontaram para a importância da corresponsabilidade dos atores, inclusive de seus pares, para melhor atendimento das necessidades de saúde da população.

Cada um faz seu papel. Como tem profissional ruim, tem também os pacientes. Porque tem uns pacientes aí que, por favor! O paciente depende do médico e o médico depende do paciente, mas, às vezes, o paciente é ignorante, quer chegar e ser logo atendido, passar na frente dos outros e não deve ser assim. (Amor Perfeito)

Mas é cada um pensando no seu, né? Todo mundo querendo resolver o seu problema. E aí não dá, né? Senão, vira bagunça. (Cravo)

Os indivíduos só assumem uma postura ativa a partir do momento em que se entendem como sujeitos no processo,

portadores de direitos e de potencial para contribuir. Vale destacar que, ao focalizar a questão da corresponsabilidade na gestão e no cuidado em saúde no âmbito da ESF, se reconhece a sua vinculação com a temática mais ampla da participação social⁽¹²⁾.

D. Entraves no acolhimento: limites, especificidades e conflitos na intersubjetividade

O vínculo favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde⁽¹³⁾.

É esperado que pessoas se vinculem ou se dirijam aos serviços de saúde, na medida em que esses representam parte do sistema de cuidados socialmente criados e dos mecanismos sociais que elas dispõem para recomposição de suas vidas frente aos processos de saúde-doença. Contudo, é certo que inúmeras necessidades vividas por essas pessoas não se exprimem como demandas aos serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

Acolher uma demanda como uma necessidade de saúde dependerá dos atores em cena, da construção do objeto de ação, da forma como este processo se realiza e das possibilidades de negociação. Desta forma, as propostas da PNH promovem possibilidades de humanização do trabalho no SUS, como geram novas exigências, capazes de sobrecarregar ainda mais os profissionais de saúde, caso estes não estejam instrumentalizados para lidar com o aumento de demanda gerada⁽¹⁵⁾.

Vale destacar que a disposição para esta postura ética não se constitui em uma capacidade absoluta e apriorística do ser humano, ou, em algo que possa ser controlado por um trabalho consciente e voluntário e/ou por mecanismos gerenciais. Além disso, é importante levar em consideração que a disposição para olhar o outro não se distribui uniformemente entre os diversos trabalhadores de saúde de um mesmo serviço, e também não se manifesta de um mesmo modo para um mesmo sujeito, a cada dia e diante de cada caso. Tal disposição depende, em grande medida, do processo de identificação que se estabelece entre o trabalhador e o sujeito de quem deve cuidar, a quem deve assistir⁽¹⁶⁾.

Às vezes, você vai procurar uma informação, um não sabe, o outro já sabe. [...] Semana passada mesmo fui marcar, fiquei lá, não me informaram nada. Aí chegou a pessoa que levou as desistências daqui para lá. Levou algumas pessoas, e quem estava lá ficou sem informação nenhuma. (Amor Perfeito)

Além disso, as especificidades de cada serviço e a singularidade de cada sujeito que o vivencia influenciam na percepção de acolhimento e nas relações estabelecidas. No caso em estudo, por se tratar de uma unidade docente-assistencial, os usuários são atendidos pelos estudantes de medicina e aguardam enquanto o mesmo recebe orientações do docente. Esse processo gera um tempo de espera, que para alguns é incômodo, para outros não.

Não gosto muito porque demora. [...] Fico ansiosa para ser atendida logo. Porque já sei que, quando chego aqui eu

espero, espero, espero [...]. (Amarílis)

[...] nós pacientes é que temos que ser mais pacientes. A gente sabe que o aluno depois da avaliação leva para o professor, então, demora um pouco. Mas, as pessoas reclamam demais. Quase todos reclamam. (Jasmin)

Se por um lado, a unidade tem buscado alternativas para ampliar o atendimento aos usuários, o agendamento/atendimento por demanda programada também é apontado como um dificultador da acessibilidade.

A gente veio aqui em setembro para marcar, e aí só marcou para novembro. Só isso que eu acho chato, entendeu? Demorado. (Cravo)

Ainda como ponto dificultador para alguns entrevistados, identificamos a dificuldade de acessibilidade em outros espaços, como apontado por Acácia, que chega a sugerir a ampliação dos serviços prestados na unidade.

Aqui, o que não tem ainda é laboratório. Mas, também, não temos espaço ainda pra isso né? [...] Por enquanto, só está faltando cardiologista. (Acácia)

Nesse contexto, percebe-se que muitos são os entraves que ocupam o trabalho cotidiano do gerente e o empenho despendido por eles para a resolução dos problemas, canalizando assim, a maior parte da sua atenção⁽¹⁷⁾.

Por fim, compreendemos que a assistência integral à saúde depende também da articulação da rede de serviços, como forma de garantir um encaminhamento seguro e resolutivo, considerando que cada nível de atenção à saúde atende a uma determinada complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta que os processos de trabalho construídos para gerar maior acolhimento na unidade são percebidos pelos usuários entrevistados como mecanismos que promovem maior acessibilidade ao serviço e resolutividade de suas demandas. Entretanto, esses investimentos são limitados pelas dificuldades da rede de referência, especificidades da atenção básica, em especial numa unidade docente-assistencial, e na humanidade dos sujeitos envolvidos.

O processo de mudança das práticas de saúde pode gerar resistências entre os gestores, profissionais e os próprios usuários, porque exige maior esforço para a conformação dos atores envolvidos, gera conflitos de interesses, e revela, muitas vezes, a descrença e o não compartilhamento dos conhecimentos, valores e ideais que norteiam a proposta.

É importante que este processo ocorra, para além das ações burocráticas, na e pela intersubjetividade dos sujeitos que (re) produzem práticas de cuidado. Caso contrário, corre-se o risco de consolidar regras e normas que engessam as ações e constroem práticas mais uma vez estereotipadas, descontextualizadas e acrílicas.

Neste sentido, convidam-se os profissionais de saúde a um encontro com o outro e consigo mesmo. A proposta de acolhimento implica, também, no reconhecimento dos próprios limites enquanto profissional - sujeito e na auto-reflexão sobre a forma que estabelecemos, mantemos e interrompemos o contato com estes outros sujeitos.

Diante desse contexto é preciso estar atento para outro

risco: o de individualizar o problema e culpabilizar o profissional de saúde pela “desumanização” dos serviços. Cabe, portanto, aos gestores promover condições de trabalho apropriadas e estímulo à formação continuada, constituir de fato uma rede de referência funcional, divulgar o potencial dos serviços e da PNH, dentre outros, de modo a permitir a atenção integral e qualificada.

REFERÊNCIAS

1. Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(25):327-38.
2. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Suppl.3):3615-24.
3. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):14-22.
4. Pinto CAG, Coelho IB. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: Cosser A, Massuda A, Oliveira AMF, Guerrero AVP, Pinto CAG, Vianna D, et al; Campos GWS; Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2008. p.323-45.
5. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2009.
6. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ.* 2011;15(36):185-98.
7. Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst.* 2012;30(1):37-40.
8. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero A, Cunha GT. Reflexões sobre Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Cosser A, Massuda A, Oliveira AMF, Guerrero AVP, Pinto CAG, Vianna D, et al; Campos GWS; Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec, 2008. p.132-53.
9. Luz AR, Martins TG, Barbosa ACC, Queiroz ES. Acolhimento: uma reflexão sobre o conceito e a realidade. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde.* 2013;14(2):353-65.
10. Oliveira A, Silva Neto JCS, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(2):749-62.
11. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):2071-85.
12. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(1):557-70.
13. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderá PHD, Pinto AGA, Souza FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3051-60.
14. Cavalcante Filho JBC, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(31):315-28.
15. Scholze AS, Duarte Junior CFD, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(31):303-14.
16. Sá MC. On fraternity: a psychosociological view of healthcare and the humanization of healthcare practices. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(Suppl.1):651-64.
17. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência das unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):11-5.