

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIÊDA GOIS NOGUEIRA DOS SANTOS
MARIA DA CRUZ SOUZA DE OLIVEIRA

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: uma revisão de literatura

São Luís
2017

**LUCIÊDA GOIS NOGUEIRA DOS SANTOS
MARIA DA CRUZ SOUZA DE OLIVEIRA**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Pública e
Saúde da Família, para obtenção do título de
Especialista.

Orientador(a): Prof.(a). Me. Luciana Cruz
Rodrigues Vieira

São Luís
2017

Santos, Luciêda Gois Nogueira dos

A importância do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura / Luciêda Gois Nogueira dos Santos; Maria da Cruz Souza de Oliveira -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

21 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família) Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Profissional de Saúde. 3. Acolhimento. I. Título.

CDU: 614.2

**LUCIÊDA GOIS NOGUEIRA DOS SANTOS
MARIA DA CRUZ SOUZA DE OLIVEIRA**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Pública e
Saúde da Família, para obtenção do título de
Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)

Graduada em Farmácia
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 1

Examinador 2

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão de literatura

LUCIÊDA GOIS NOGUEIRA DOS SANTOS¹

MARIA DA CRUZ SOUZA DE OLIVEIRA

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar, através de uma revisão de literatura, a importância do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados como fonte, as bases de dados virtuais, tais como: uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), especificamente as bases do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e LILACS. Os trabalhos analisados ressaltam que para melhoria da qualidade da assistência, o acolhimento é um fator essencial, visto que na atenção básica está diretamente ligada a diversos fatores, como humanização, integralidade e vínculo. Nesse contexto, conclui-se que nos trabalhos pesquisados verificou-se que o acolhimento é uma fase do atendimento nos serviços de saúde que vem ganhando importância no trabalho cotidiano dos trabalhos de saúde nas UBS, apesar dos desafios encontrados para a implantação do acolhimento como: grande demanda, conflitos existentes, modelo biomédico hegemônico e outros; é necessário ultrapassar esses desafios, requer maior atenção dos gestores para se crie esse vínculo entre equipe, serviço e usuário, produzindo a humanização do atendimento.

Palavras-chaves: Estratégia de Saúde da Família. Profissional de Saúde. Acolhimento.

¹Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família pela Faculdade Laboro, 2017.

THE IMPORTANCE OF HOSPITALITY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: a
literature review

ABSTRACT

This study aimed to analyze, through a literature review, the importance of the host family Health Strategy. Virtual databases were used as source, such as: a systematic review of the literature in the databases of the Virtual Health Library (BIREME), specifically the bases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and LILACS. The articles analyzed highlight that, to improve the quality of care, reception is an essential factor, since basic care is directly linked to several factors, such as humanization, completeness and bonding. In this context, it can be concluded that in the studies surveyed it was verified that the host is a phase of care in the health services that has been gaining importance in the daily work of health care in the BHU, despite the challenges encountered for the implantation of the host such as: great demand, existing conflicts, hegemonic biomedical model and others; it is necessary to overcome these challenges, it requires greater attention of managers to create this link between team, service and user, producing the humanization of the service.

Keywords: Family Health Strategy. Health Professional.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil conta com 32.970 Equipes de Saúde da Família espalhadas por todo País e existem 253 mil agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2015). No Maranhão, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2017) houve um aumento do percentual de cobertura da população por Equipes de Saúde da Família no Estado, no qual no ano de 2003 a cobertura era de 41%, enquanto no ano de 2015 teve uma ampliação de 81%. Vale ressaltar que a Atenção Básica considera o indivíduo em todo seu contexto sociocultural e objetiva a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a diminuição de riscos que possam alterar a qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2008).

Tal estratégia considera a família como unidade de intervenção e consolida como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Além disso, a ESF (Estratégia de Saúde da Família) passou a ser o primeiro nível de atenção básica, onde sua equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco encontradas na sociedade, elaborar um programa de atividades para combater alguns problemas relacionadas a saúde/doença, desenvolver ações educativas e prestar assistência integral às famílias no âmbito da atenção básica (SCOREL et al., 2007; LEITÃO, 2010).

Nesse contexto, chegou-se a seguinte problemática: como o acolhimento pode ajudar na melhoria do atendimento da ESF?

Nesse prisma, o acolhimento possui um papel importante, no qual faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, que dispõe os princípios e o modo de operar as relações dos profissionais com os usuários, entre os diferentes profissionais e ainda entre os diferentes pontos de atenção à saúde que constituem a rede de atenção à saúde do Sistema único de Saúde (BRASIL, 2011).

Pesquisas demonstram que o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho, podendo ser realizado em um espaço físico determinado através de uma equipe de saúde para atender uma população específica (SOUZA et al., 2008), ou também é percebida como uma “relação de ajuda”, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda (COELHO, JORGE, 2009; SCABELO et al., 2011).

O estudo motivou-se pelo fato de quem o acolhimento é um fator fundamental para o fortalecimento de vínculos entre o profissional de saúde e o

usuário, e principalmente, visando enfrentar e revolucionar os problemas de saúde devido à grande demanda nas unidades de saúde, com ênfase na renovação e confiança entre profissionais e a comunidade.

Portanto, justifica a realização desse estudo, visto que o acolhimento é forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, principalmente possibilitando encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando o acesso universal e a organização da demanda na assistência aos usuários. Nesse contexto, objetivou-se analisar, através de uma revisão de literatura, a importância do acolhimento na Estratégia Saúde da Família.

Foram utilizados como fonte, as bases de dados virtuais, tais como: uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), especificamente as bases do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e LILACS. Os dados foram sistematizados utilizando os seguintes descritores: estratégia de saúde da família, profissional de saúde e acolhimento.

Como critérios de inclusão serão selecionados estudos em publicações divulgadas entre o ano de 2007 a 2017 (10 anos), disponíveis *on-line*, redigidos em português. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura e estudos que não estão associados a temática escolhida. Foram selecionados como aptos para contemplar os objetivos desta revisão e em seguida, foi realizada uma leitura exploratória com o objetivo de verificar se o artigo obtido interessava ao estudo, respeitando os critérios de inclusão estabelecidos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

É importante que se exponha o fato de que o movimento de Reforma Sanitária está intimamente ligado aos contextos históricos das políticas sociais. Em especial no Brasil, a política social caracteriza-se como subordinada aos interesses econômicos e políticos, os quais, historicamente, foram implementados através de práticas assistencialistas, trazendo consigo uma modificação clientelista e refletindo relações que não incorporam o reconhecimento dos direitos sociais. Contrapondo a essa concepção, e no que diz respeito à política de saúde, Bravo (2007) aponta que

essa política deve atender a uma perspectiva social, no sentido de que seu conceito deve ser ampliado (SOUZA et al., 2008).

O setor saúde, propriamente, deve direcionar suas ações para além da simples provisão de serviços. Para o autor, políticas de saúde devem, também, apoiar os sujeitos e as comunidades na perspectiva da inclusão social, desmistificando a compreensão de saúde atrelada ao pensamento de doença. Nesse contexto, a reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, liderada por profissionais da saúde e pelos movimentos sociais e organizações da sociedade civil, em torno da ampliação do conceito de saúde e da perspectiva de incorporação de práticas vinculadas ao acesso universal e igualitário (MENICUCCI, 2014).

Nesse contexto, surgiram personagens importantes, como: os profissionais de saúde buscavam defender uma melhoria na política de saúde; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como setor de divulgação e local de debate sobre a melhoria dos serviços de saúde e os partidos políticos de oposição, que passaram a impor debates sobre a saúde e a criação de programas voltados para essa temática (BRAVO, 2007).

A Reforma Sanitária foi proposta num momento de mudanças intensas na estrutura socioeconômica brasileira. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, em Brasília, teve a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade civil organizada, e propôs um modelo de proteção social com o objetivo de garantir o direito à saúde integral e universal a população (FAUSTO; MATTA, 2007).

Fausto e Matta (2007, p. 67) ressaltam ainda que:

[...] na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

Nesse contexto, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o evento que se contrapôs, incisivamente, às diversificadas propostas de mercado, que visavam deteriorar os serviços públicos de saúde. Portanto, a VIII Conferência pode ser

considerada um marco das conquistas alcançadas no campo da saúde no Brasil (BRAVO, 2007).

A conferência foi norteadada pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988. A reforma sanitária é fruto de um processo social e político que requereu um ambiente democrático para a sua construção, no campo sanitário, e cuja implantação apresentou nítido e sólido caráter de mudança cultural. O movimento sanitário foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) consubstanciado e alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do usuário, família e comunidade (FAUSTO; MATTA, 2007).

Essa conquista foi ratificada na Constituição Federal de 1988, considerando o conceito de proteção social no Estado brasileiro e elevando a saúde ao patamar de direito social. Após a conferência a saúde passou a formar um conjunto de ações e serviços de cunho protetivo, preventivo e promoção resguardadas pelo estado e pela sociedade. Dessa forma, a saúde, a assistência e previdência social constituem a “tríade” da Política de Seguridade Social no país (LEITÃO, 2010).

É importante ressaltar que, na década de 1990, a saúde pública sofreu impactos com a implantação da política neoliberal. Nesse período, a ideologia em questão passou a influenciar o Estado a não intervir na “questão social” e nas suas expressões e a transferir as discussões para o cargo da sociedade civil organizada, através de ONG’s, por exemplo, que passaram a se responsabilizar pela implementação dos programas e projetos sociais, com impactos diretos na política de saúde, a partir da privatização dos bens e serviços públicos dessa área (FÁE, 2011).

Assim, a saúde ganha, no Brasil, um caráter neoliberal. Segundo Bravo (2007, p.110), a perspectiva neoliberal:

[...] foi o responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, diversos problemas da saúde e da educação [...] a saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.

A promulgação da Constituição de 1988 trouxe em seu texto a garantia universal, aos brasileiros, de acesso aos bens públicos de saúde, tornando-se assim, um marco relevante e fundamental para as questões de acesso à saúde, que define garantias sociais e individuais, com a descentralização política e administrativa nas três esferas de governo. Nesta época, ocorreram vários debates acerca de propostas

governamentais, com a finalidade de proporcionar melhorias no setor da saúde. Neste escopo, a saúde passou ser interesse de todos e um aspecto importante para democratização na sociedade (MENICUCCI, 2014).

Assim, a “ideia/conceito” de saúde foi reorientada, a fim de que seu conceito fosse ampliado, pois havia a necessidade de se associar à perspectiva das transformações políticas, sociais, econômicas, imprescindíveis à configuração do bem-estar social, tendo a equidade e não mais o desenvolvimento econômico, como elemento central desse conceito de saúde. Assim, foi essencial pensar em uma justiça distributiva que alcançasse as metas indicadas pelo direito da saúde, retomando o desenvolvimento como proposta global e incluindo saúde e educação como prioridades (MENICUCCI, 2014).

A promulgação da Constituição Federal sobre a saúde no Brasil, foi consubstanciada através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Tais garantias já vinham sendo resguardadas e instituídas nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 que se referem à saúde como “direito de todos”.

Assim, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 define o papel que constitui o Sistema Único de Saúde. A Constituição estabeleceu o Sistema Único de Saúde como de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos seus usuários. Baseado nos preceitos constitucionais, a construção das ações do SUS norteiam-se pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade, todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde, é um direito de cidadania, com isso deixam de existir os ditos como “indigentes” que eram os brasileiros que não eram incluídos no mercado de trabalho e por isso não eram incluídos nos programas de saúde, este princípio é a maior conquista das lutas em favor da Reforma Sanitária: **Preservação da autonomia** das pessoas, visando a sua integridade física ou moral; **Igualdade** da assistência médica, sem preconceitos ou privilégios buscando assim a equidade, pois todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme sua necessidade, cada grupo, região ou classe social tem seus problemas específicos, seu modo de viver e adoecer, com isso devem ser realizadas ações diferentes para que se possa buscar a igualdade; **Integralidade**, entendida como um conjunto articulado de ações e serviços que visem atender o indivíduo como um ser humano integral, vê-lo como um ser biologicamente, psicologicamente e socialmente exposto aos riscos de vida (BRASIL, 2006).

Outros princípios igualmente relevantes do SUS são a resolutividade, ou seja um atendimento eficaz e eficiente, na qual a população procura e necessita; a participação da comunidade, que deve abranger as três esferas políticas: federal, estadual e municipal, onde a participação ocorre por meio de conselheiros de saúde e nas Conferências de saúde, conforme a Lei n.º 8.142/90, e a descentralização político-administrativa, que seria a redistribuição de responsabilidade entre as esferas de governo, na norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

No que se refere ao financiamento do SUS, reitera-se que é responsabilidade comum dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e cujos recursos financeiros de investimento devem ser voltados para melhoria dos acessos e a garantia da integralidade da atenção básica e priorizando, principalmente a prevenção, promoção de saúde e a aumento da rede física de saúde (MENICUCCI, 2014).

Diante de um conjunto de ações de saúde ofertados para população, a Atenção Básica proposta pela NOAS/SUS, tem se destacado onde há responsabilidades e ações estratégicas mínimas. No entanto, em procedimentos de Média e Alta Complexidade é necessário a contratação de profissionais especializados e aquisição de recursos tecnológicos, visto que esses recursos não são oferecidos a todos os municípios devido o custo-benefício ou pela limitação da oferta (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) ressalta ainda que os recursos federais que correspondem a mais de 60% do total, na qual são repassados para os estados e municípios, através do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, como de acordo com o decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Entretanto, esses recursos, ainda que disponíveis pelo governo, encontram-se mal distribuídos ou, ainda, mal-empregados pelos gestores públicos (VARELA; PACHECO, 2012).

É importante ressaltar também que, segundo a Constituição, em casos em que o setor público não consegue possibilitar um atendimento eficaz, o Estado pode contratar serviços de setores privados, porém este setor deve estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Desde o início da construção do Sistema Único de Saúde, a saúde sempre enfrentou um grande desafio: o de garantir, através da formulação e implementação de estratégias de mudanças na gestão,

organização e financiamento do sistema, que se consolidem o processo de transformação do modelo assistencial, processo esse que vem se desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993, quando se desencadearam a municipalização e a implementação do Programa Estratégia de Saúde da Família (VARELA; PACHECO, 2012).

A partir da municipalização, os profissionais de saúde se aproximaram mais da sociedade com a finalidade de transmitir informações sobre a saúde e, com isso, mudar o padrão sanitário da população. Portanto, as ações do profissional de saúde devem estar pautadas conforme o art. 198 da Constituição Federal, que ensina que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, o SUS caracteriza-se como um sistema universal, onde a saúde é um direito de todo cidadão. A implantação do SUS não é facultativa às respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – isto é, essas responsabilidades não podem ser delegadas a outrem. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida. Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país (MENICUCCI, 2014).

O conceito de saúde firmado pela Reforma Sanitária vincula-se à qualidade de vida, ou seja, aos mecanismos que possibilitam os padrões da dignidade humana, como moradia, trabalho, transporte, lazer e propiciem o acesso às ações integrais de saúde, a uma educação de qualidade e a mecanismos de resolução equânime e pacífica dos conflitos. Assim, a consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, não é suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. São claras as evidências que apontam para os limites da atuação de um sistema de assistência. A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde, ou seja, sobre o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2007).

2.2 Estratégia de Saúde da Família

Na Saúde Pública, a ação de saúde representa o instrumento técnico-político que compreende a intervenção no processo saúde-doença. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família desde a sua criação, tem ocasionado o crescimento de equipes de saúde em todo território brasileiro, tendo havido crescimento no número de equipes em todo o Brasil.

Como relatado anteriormente, o modelo assistencial vigorado no país antes da criação do SUS, era o modelo médico-assistencial-privatista, na qual eram executadas ações curativas e especializadas, como o combate às endemias e epidemias através de campanhas e programas especiais. Entretanto, o que se observou foi que esse modelo tornou-se ineficaz e insuficiente para atender necessidades de saúde da população. Após a implantação do SUS surgiu a necessidade de criação de programas que poderiam atender os princípios desse sistema (FÁE, 2011).

Nesse contexto, uma das portas de entrada do SUS são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possui como plano de trabalho o exercício de práticas democráticas, participativas, sanitárias e gerenciais, realizado através do trabalho de equipes que abrangem atividades realizadas em famílias adstritas em sua área de atuação apresentando sob a área em sua responsabilidade (BRASIL, 2007).

As equipes das UBS's são compostas por pelo menos um médico da família ou médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo sua equipe ser ampliada contendo a equipe de saúde bucal, composta por profissionais como um dentista, um técnico em higiene bucal e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2011). Cabe a cada um desses profissionais estar focado em sua comunidade adstrita, considerando o cidadão como um todo, dessa forma propondo melhoras na qualidade de vida do usuário (MACHADO, 2014).

Diante do exposto, visando ampliar a atenção básica e consolidar as diretrizes do SUS, surgiu a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inicialmente, era denominada de Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde. As origens desse programa encontra-se nos moldes dos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, na qual tinham o desejo de

substituir o modelo tradicional de saúde (curativista), por um novo modelo que visava a prevenção e promoção da saúde da população (MACHADO, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) dispõe sobre o ESF:

A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas 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 frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Logo, tal estratégia considera a família como unidade de intervenção e consolida como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Além disso, a ESF passou a ser o primeiro nível de atenção básica, onde sua equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco encontradas na sociedade, elaborar um programa de atividades para combater alguns problemas relacionadas saúde/doença, desenvolver ações educativas e prestar assistência integral às famílias no âmbito da atenção básica (ESCOREL et al., 2007; LEITÃO, 2010).

Portanto, o trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família pressupõe um acompanhamento direto das famílias cadastradas e deve ser composto por: um médico, um enfermeiro e quatro a seis agentes comunitários de saúde, que tem como objetivo desenvolverem ações que visam o bem-estar da comunidade. Assim, além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve (BRASIL, 2008):

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam. II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população. III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. V - Ser um espaço de construção de cidadania.

Vale lembrar que o acompanhamento, a oferta sistemática de ações de saúde preventiva e a assistência médica permanente são os instrumentos utilizados pelas equipes de saúde da família para combater a incidência de doenças e de mortes, especialmente em crianças menores de 1 ano e adultos acima de 60 anos, faixas etárias mais vulneráveis da população. Ressaltando que entre as atividades da ESF, as ações educativas são uma das ferramentas importante para conscientizar e transmitir conhecimento para um determinado público, visando autocuidado e promoção de reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (LEITÃO, 2010).

Portanto, as ações educativas são basicamente, dirigidas para: gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos e ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, além disso inclui os serviços voltados para o planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle da desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção e saúde bucal (BRASIL, 2009).

2.3 Acolhimento

De acordo com literatura, o acolhimento não é um local, nem um espaço, mas um aspecto ético, que engloba escutar e “abraçar” o usuário da comunidade, tentando solucionar os problemas, diferente da triagem, como Abbês (2010, p. 10) ressalta:

[...] é importante ressaltar que o acolhimento não é triagem e sim implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos; é uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; é a construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais, ou seja, é o rompimento com a lógica da exclusão, finalizou.

O acolhimento foi instituído em 1995, sendo este apontado com uma forma de diminuir as filas de atendimento nas UBS, buscando humanizar a atenção revendo suas formas de receber os usuários na porta de entrada dos serviços. Contudo, o acolhimento não restringi somente a organização da demanda espontânea, mas um serviço que pretende escutar o usuário para melhorar as situações que são

apresentadas, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento (OLIVEIRA et al., 2017; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Santos e Santos (2011, p. 705) ressaltam ainda que:

O acolhimento é uma diretriz operacional que parte dos seguintes princípios: 1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 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. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Nesse contexto, o acolhimento não é somente a porta de entrada do serviço, ele vai além de receber o usuário na UBS, passa a ser um vínculo de solidariedade e compromisso entre os profissionais e a população. Essa acolhida não é uma atividade privativa de uma determinada profissão, pois todos os profissionais que atuam no serviço de saúde, independentemente de sua área de atuação, devem estar comprometidos e capacitados para receber a população (OLIVEIRA et al., 2010).

Segundo Mitre et al. (2012) o acolhimento é o pilar fundamental para a construção do novo modelo de atenção de saúde, definido por critérios técnicos, éticos e humanos. Diante do exposto, o acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, proporcionar vínculo entre equipe e população, desenvolvendo responsabilidade de intervir em seu território de atuação, a partir das tais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (SOUZA et al., 2008).

2.4 Estratégia de Saúde da Família e a importância do acolhimento

Costa et al. (2009) ressaltam que no Brasil, refere-se a atenção primária como um dos níveis da atenção básica. Deste modo a ESF deve considerar como proposta da vigilância à saúde na atenção básica: o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural; o objeto da atenção que apresenta uma dimensão coletiva (problemas de saúde de populações e potencialidades de organização social para a promoção da saúde), uma dimensão individual (sujeitos portadores de problemas, projetos e/ou sofrimentos), ações pautadas no princípio da integralidade.

Diante do exposto, a Estratégia de Saúde da Família vem se consolidando como uma ferramenta fundamental na promoção de saúde e da qualidade de vida da população. Essa estratégia possibilitou o resgate dos vínculos de compromisso entre os serviços de saúde, os profissionais e a população evidenciando a importância das relações interpessoais. Assim, a educação permanente é um dos princípios básicos desse modelo de atenção, indo além da assistência puramente curativa. A ampliação da cobertura do programa da ESF possibilitou que a equipe identificasse novas necessidades de saúde, proporcionando assim demandas assistenciais. Vale destacar, que a inserção de outros profissionais de saúde promoveu a integralidade na atenção básica de saúde (FERREIRA, 2013).

A equipe multiprofissional da ESF é um fator de grande valia, pois possibilita a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento. O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde no Brasil, que vai além de uma recepção do usuário, pois permite o maior contato do profissional com o paciente, para que se possa escutar suas queixas e angústias, garantindo uma assistência resolutiva (GARUZI et al., 2014).

O modelo existente na atenção básica exige do profissional de saúde um maior esforço e com a implantação do acolhimento, diminuirá esse esforço e além de integrar trabalhador e usuário, os múltiplos saberes, conciliando as diferenças, com isso ocorrendo a descentralização de atenção da ESF, tornando uma assistência adequada e eficaz e principalmente, melhoramento na adesão à terapêutica, prevenção e controle do adoecimento (SANTOS, SANTOS, 2011).

O acolhimento é de fundamental importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como: porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema e coordenação do fluxo de atenção (SOUZA et al., 2008).

Destaca-se o trabalho em equipe da ESF, na qual deve englobar os seguintes princípios: integralidade, acessibilidade e universalidade da assistência que devem ser praticadas por todos os integrantes. Araújo e Rocha, (2007, p.23) afirmam que:

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe. Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e

vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. A mudança nas relações de trabalho não acontecerá de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das USFs responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas.

Contudo, apesar da importância do acolhimento nas UBS, ainda é um desafio sua implantação, como pode-se observar na pesquisa de Oliveira et al. (2010) em 24 UBSs na Região Metropolitana de Vitória e uma no interior do Estado do Espírito, onde verificaram que existe a presença de um acolhimento efetivo nos serviços de saúde, entretanto, ainda existem desafios para concretizar a implementação do acolhimento como elo de um vínculo profissional e serviço de saúde que facilita uma assistência integral, sob o olhar de todos os profissionais, falta de postura, de escuta e comprometimento com as ações de saúde de sua responsabilidade, serviços despreparados para receber e acolher uma grande demanda de usuários.

Mitre et al. (2012) em seu estudo, ressaltam ainda outros desafios como: a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde. Os mesmos autores reforçam que as práticas cotidianas do acolhimento ainda são tradicionais, pois ainda existe a necessidade de uma atenção por parte dos gestores, além de a existência de conflitos e de desarticulação das equipes, a ausência de reuniões ou espaços para a discussão e reflexões das equipes; e a fragmentação do processo de trabalho pela ausência da participação dos profissionais na formulação das propostas dos serviços.

Já na pesquisa de Medeiros et al. (2010) apesar de verificar a satisfação do acolhimento de 53 usuários de uma UBS em município de médio porte no Brasil, como pontos positivos a resolutividade, humanização e solidariedade, observaram que os pontos negativos referem-se à demanda reprimida, área física precária e não participação.

Nesse contexto, Lima et al. (2007) afirmam que para a melhoria no acolhimento nas UBS é necessário avaliar o desempenho profissional e principalmente, repensar o processo de trabalho na equipe de saúde, reformulando, implementando ou criando tecnologias que possam favorecer mudanças na lógica do atendimento, de modo a torná-lo mais centrado no sujeito e na equipe.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos trabalhos pesquisados verificou-se que o acolhimento é uma fase do atendimento nos serviços de saúde que vem ganhando importância no trabalho cotidiano dos trabalhos de saúde nas UBS, visto que este instrumento, passa a ser uma ferramenta de atendimento que envolve todos os membros da equipe multiprofissional e na qual, além de facilitar o trabalho, possibilita um vínculo entre o profissional e o usuário.

Entretanto, apesar dos desafios encontrados para a implantação do acolhimento como: grande demanda, conflitos existentes, modelo biomédico hegemônico e outros; é necessário ultrapassar esses desafios, necessitando de maior atenção dos gestores para que se crie esse vínculo entre equipe, serviço e usuário, produzindo a humanização do atendimento.

REFERÊNCIAS

- ABBES, Cláudia. **Política de Humanização**. 2010. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/politica-de-humanizacao-e-debatida-durante-seminario Acesso em: 10 out, 2017.
- ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2015. Disponível em: <https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx> Acesso em: 01 de ago, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília - DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Volume 3 – Atenção Hospitalar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília - DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Caderno 1. Brasília - DF, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília - DF, 2006.
- _____. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS. **Equipe Saúde da Família** – São Luís. 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/> Acesso em: 20 ago, 2017.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, Feb, 2009.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 2, n.2, 2007.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. IN: MOROSINI, M.V.G.C. (org.) Modelos de Atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FAÉ, Odimara Regina. **Avaliação do serviço público na estratégia Saúde da Família em município de médio porte na região sul do Brasil**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Londrina, 2011.

FERREIRA, Sara Regina. Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) de Vazante/Lagamar – MG: da implantação aos dias atuais. **Convibra Saúde: Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde**, 2013.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-Pan American Journal of Public Health**, p. 144-149, 2014.

LEITÃO, L.V. **Avaliação longitudinal do impacto da estratégia saúde da família em Nata-RN**. Trabalho de dissertação; UFRN, Natal, 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo**. v. 20, n. 1 (jan./mar. 2007), p. 12-17, 2007.

MACHADO, Francisco Silva. **Atividade física na Estratégia de Saúde da Família: apresentando a realidade de Uibaí-Ba**. Monografia. UNEB, Departamento de Ciências Humanas Campus IV, Jacobina – BA. Jacobina: 2014.

MEDEIROS, Flávia A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**, v. 12, n. 3, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92. Jan.-mar, 2014.

MITRE, Sandra Minardi et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, 2012.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo et al. Acolhimento em Saúde e desafios de sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2010.

- OLIVEIRA, João Lucas Campos et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.
- SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 4, 2011.
- SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, Jan, 2008.
- SCABELO, Heletícia Galavote et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.
- TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.
- VARELA, P. S.; PACHECO, Regina Silvia Viotto Monteiro. Federalismo e gastos em saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Contabilidade & Finanças** (Online), v. 29, p. 116-127, 2012.