

## O ACOLHIMENTO COMO MECANISMO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

[Reception as mechanism to implement nursing care]

Roseni Rosângela Sena-Chompré\*  
Juliana C. Araújo Leite\*\*  
Carmem C. Araújo Maia\*\*\*  
Roberta Lopes Gonzaga\*\*\*\*  
Flávia Cunha de Oliveira Santos\*\*\*\*\*

**RESUMO:** O estudo analisa o processo do acolhimento como estratégia de reorganização da assistência de enfermagem nos serviços básicos de saúde de Belo Horizonte. Utiliza uma abordagem qualitativa através de entrevista semi-estruturada e observação em campo aplicada aos profissionais de enfermagem. Foram entrevistados cinco auxiliares de enfermagem e cinco enfermeiros de três centros de saúde. Os dados demonstraram insuficiente capacitação dos auxiliares em face das propostas de reorganização da assistência. Verificou-se a importância da gerência para a integração da equipe. Conclui-se que esta prática sinaliza a reorganização do processo de trabalho em saúde, permitindo a implementação da atenção de enfermagem em busca de uma assistência humanizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; Serviços de saúde; Promoção da saúde.

### 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa a proposta do acolhimento, entendido como estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH) para reverter o modelo de atenção atual, orientado pela demanda espontânea, para um “modelo de porta aberta”, buscando ampliar a capacidade do sistema de atenção básica de acolher e responsabilizar-se pela população adscrita ao Centro de Saúde.

Os estudos anteriormente realizados por Campos & Chompré (1997); Leite, Maia, Chompré (1997); Leite, Maia, Sena-Compré (1998); Coimbra, Lanna (1997) e os documentos produzidos pelas Secretarias Municipais de Saúde de Belo Horizonte e Betim permitem reconhecer a dinamicidade da proposta, seus limites e potencialidades.

Espera-se que a explicitação das contradições contidas no fenômeno acolhimento seja um elemento para reafirmar as dimensões que permitem o aumento de cobertura, a facilitação do acesso, a qualidade e humanização da assistência e a implementação do cuidado de enfermagem.

Este artigo apresenta os resultados do estudo realizado no período de agosto de 1998 a maio de 1999, explicitando as limitações do acolhimento, como estratégia de reorganização do processo de trabalho nos serviços básicos de saúde da SMSA-BH.

Optou-se por um estudo descritivo-exploratório, que utiliza a abordagem metodológica qualitativa. Segundo Minayo (1996, p.10) a pesquisa qualitativa é:

*“aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas”.*

Duas etapas foram estabelecidas para a realização deste trabalho: a primeira consistiu no levantamento do material bibliográfico e documental da instituição utilizada como cenário; e a segunda, tendo como característica a compreensão do fenômeno, consistiu no trabalho de campo, utilizando-se de fonte primária para a obtenção de dados de atores diretamente envolvidos no processo.

Foram selecionados três distritos sanitários aleatoriamente, através de sorteio: Nordeste, Norte e Barreiro. Realizou-se um contato com o serviço de atenção

\* Professora Doutora da Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista de produtividade – CNPq.

\*\* Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Bolsista de Apoio Técnico – CNPq.

\*\*\* Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

\*\*\*\* Bolsista IC CNPQ Discente do 6º período da Escola de Enfermagem de UFMG.

\*\*\*\*\*Bolsista IC FAPEMIG. Discente do 5º período da Escola de Enfermagem da UFMG.

à saúde desses distritos para detectar quais unidades de saúde estavam desenvolvendo o acolhimento nas três áreas básicas – Ginecologia, Pediatria e Clínica Médica. Sorteou-se então, uma unidade por distrito. Os sujeitos da pesquisa foram uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem de cada unidade de saúde, definida como cenário.

Elaborou-se um instrumento para a observação direta dos atores, o fluxograma analisador, adaptado do proposto por Merhy (1997). Para as entrevistas foram utilizados roteiros semi-estruturados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, após a permissão dos atores.

Optou-se por utilizar a análise de discurso para tratamento dos dados orientados por Fiorin (1993, p.11):

*“Os discursos são combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos e falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofisiológica do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso”.*

A análise de discurso incluiu o seguinte: leitura exaustiva do texto (3 vezes) para apreensão do discurso em seus recortes; identificação das figuras e temas; construção e análise da rede de figuras, identificando os temas e elaborando frases temáticas; organização das frases por temas; captação das categorias empíricas e análise destas, relacionando-as com as categorias analíticas.

## 2 ACOLHENDO PARA QUALIFICAR A ASSISTÊNCIA

O acolhimento foi implantado na rede básica de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH) em 1996, objetivando constituir-se em:

*“...uma das ferramentas utilizadas para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos, de qualidade, com responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades de saúde dos usuários” (SMSA/BH, 1997, p.1).*

O acesso da população aos serviços de saúde, compreendido como a possibilidade real de utilização de ações de saúde que possam contribuir para a manutenção da vida, tem sido objeto de discussão e originou proposições diversas para o setor.

Estas proposições, em geral, baseiam-se em aspectos como a disponibilidade de serviços, focalizando a distribuição espacial dos equipamentos existentes como a primeira condição para viabilizar a sua utilização.

Na última década, a ênfase tem incidido na questão da responsabilização dos trabalhadores da saúde em relação aos problemas apresentados pela população. Este aspecto, decorrente da própria organização do processo de trabalho, coloca em pauta que a questão do acesso ultrapassa a simples presença física de recursos e apresenta como condição para a sua concretização a composição tecnológica que permita à população usufruir de serviços de saúde coerentes com o seu padrão de necessidades e demandas.

Ao analisar o acolhimento como proposta em construção, Leite; Maia; Chompré (1997) constataram que esta prática representou uma estratégia de mudança sustentada na adesão dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros; na humanização da relação serviço x profissional de saúde x usuário; na facilidade de acesso e aumento da cobertura, otimizando a capacidade instalada; na inversão da lógica atual do atendimento; na recomposição do processo de trabalho, que estava centrado na atenção clínica individual e no atendimento orientado para as ocorrências clínicas.

Mendes (1994) afirma que, para redirecionar a reorganização e a distribuição dos serviços e ações de modo a responder satisfatoriamente às demandas, bem como às necessidades de saúde, é necessário associar práticas de atendimento à demanda espontânea e de vigilância à saúde.

A partir das concepções anteriormente descritas e estimuladas pelo desejo de maior aproximação do acolhimento, as autoras buscam desvendar as seguintes questões:

- a) O Acolhimento é uma estratégia para a reorganização da assistência.
- b) Como o acolhimento contribui para a qualidade de assistência de enfermagem.
- c) Qual é o papel desempenhado pela enfermeira no acolhimento.
- d) Como têm sido as relações de trabalho no interior da equipe de enfermagem.
- e) Quais os obstáculos para a realização do Acolhimento.
- f) Qual a importância da composição tecnológica dos serviços de saúde na qualidade do cuidado prestado.

## 3 MODELO ASSISTENCIAL: UMA APROXIMAÇÃO DA TEORIA À REALIDADE

O acolhimento surge diante de uma situação de insuficiência dos serviços para responder quantitativamente às necessidades e demandas da

população. Questionam-se os serviços, as práticas e os instrumentos terapêuticos que comprometem o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência à saúde. Assim, o acolhimento é proposto como estratégia para a implementação de um modelo assistencial humanizado, resolutivo e de qualidade. Para criar serviços resolutivos, é necessário tomar o usuário como elemento centralizador e justificador do processo assistencial.

Historicamente, os serviços têm-se organizado dentro de uma concepção de controle da doença instalada, atuando prioritariamente sobre o indivíduo e com pequeno impacto na realidade sanitária. O modelo de atenção primária de livre demanda apresenta baixa resolubilidade e eficiência. A atenção é ocasional e passiva, as relações interpessoais são negadas e existe uma tendência de desumanizar a assistência, predominando cuidados curativos e reabilitadores.

A busca de soluções para a crise no setor saúde em nível mundial propõe novos modelos com características de racionalização dos recursos, eficiência técnica, melhoria da qualidade de serviços e satisfação dos usuários e trabalhadores.

Segundo Mendes (1998), os ministros de saúde dos países membros da Europa lançaram a *Carta de Liubliana* que contém os princípios da reforma para o setor saúde.

*“Autocuidado, atenção familiar e outros cuidados informais, bem como o trabalho de uma variedade de instituições sociais, necessitam ser postos em estreito contato com os serviços formais de saúde. Isto requer comunicação contínua e sistemas de referências e informação apropriados. Estratégias bem desenhadas são necessárias para levar a atenção hospitalar aguda para a atenção primária à saúde, atenção comunitária, hospital/dia e a atenção domiciliar, onde sejam necessários...”*

Fica caracterizada, assim, a necessidade de uma mudança na prática sanitária, que em nível de microsistema se expressa na reorganização do modelo assistencial. Este movimento resgata a concepção de promoção à saúde e de prevenção de riscos, articuladas em cenário que congrega os serviços básicos de saúde, o domicílio e os espaços coletivos comunitários como escolas, creches, asilos e centros de convivência.

O cuidado adquire novo significado neste contexto e vem-se constituindo foco e expressão essencial da enfermagem ao longo de sua história. Sua conceitualização vem-se modificando ao longo do tempo, conforme os valores e convicções dos autores das diversas teorias (Teoria do Cuidado Cultural, de Leninger; Teoria do Cuidado Humano, de Watson; Teoria do Autocuidado, de Orem). O cuidar hoje

envolve uma percepção “globalizada”, contextualizada nas relações de quem cuida e de quem é cuidado.

Silva (1998), ao pesquisar os significados do cuidado na visão de enfermeiros e clientes, revela que:

- a) o cuidado se caracteriza como relação de ajuda;
- b) a criação de vínculo qualifica o cuidado;
- c) cuidadores e seres cuidados aprimoram a arte de se comunicar;
- d) a confiança se fundamenta no saber fazer;
- e) a relação de cuidado é acompanhada de compartilhamento de responsabilidades.

Entendendo acolher como “dar ouvido a, receber; ouvir; estar disponível a”; em uma primeira aproximação conceitual, pode-se considerar que o cuidado é parte indissociável do acolhimento, objeto do presente estudo.

#### 4 PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO SOB O PONTO DE VISTA DAS ENFERMEIRAS E DAS AUXILIARES

Os enunciados revelam o pensar dos atores sobre o que é o acolhimento. Este é visto como forma de dar resposta, sensibilizar, orientar e encaminhar corretamente as pessoas, reconhecendo-o como estratégia que permite a humanização da assistência e resgate da dignidade do trabalho, principalmente das auxiliares de enfermagem. Segundo Merhy (1997):

*“Acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito ainda à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando com a resolução do seu problema. Por conseqüência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde: resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária”.*

Os trabalhadores referem-se ao acolhimento como modalidade que resgata o enfoque de promoção e de prevenção com uma abordagem educativa. O resgate das ações de promoção da saúde pode ser apontado como elemento fundamental da proposta de reorganização do modelo assistencial.

Reabre-se, assim, a discussão sobre a falsa dicotomia entre promoção/prevenção e tratamento. O significado da promoção deve ser analisado como nova qualidade de “assistir”, superando os modelos de assistência com ênfase na atenção médica. Busca-se

romper e eliminar as barreiras que dificultam ou impedem o acesso da população aos serviços básicos de saúde. Abrem-se as “portas”, buscando a reorganização do processo de trabalho. A enfermagem coloca-se na linha de frente: acolhe e escuta; vincula-se e responsabiliza-se pelas pessoas que procuram a unidade básica.

*“...No início foi uma coisa muito difícil, porque as pessoas vão sempre atrás da consulta médica. Esta mudança do conceito foi sendo incorporada aos poucos e foi mudando tanto para a população quanto para a gente.” E2*

Os enunciados orientaram a construção da categoria empírica como é o acolhimento. Evidencia-se o acolhimento como processo em construção e percebe-se a contradição entre o modelo sustentado na oferta, confrontando com o da demanda. O acolhimento, desde sua implantação, sofreu uma série de mudanças, tentando basear-se no critério de necessidade e não na disponibilidade de vagas. A demanda pela consulta médica passa lentamente a ser reorganizada, pois a população passou a compreender o “processo” do Acolhimento e valorizar a equipe de enfermagem.

*“Neste momento está assim, em uma reformulação, tentando adaptar-se melhor, devido às poucas vagas (...) devido ao excesso de trabalho de coisas que ela tem que atender... tem os retornos. A gente está em um período de reformulação (...) para acabar com esse negócio de ordem de chegada”.*

Evidenciam-se contradições: fala-se em acolhimento, mas continua-se com os mesmos mecanismos de trabalho, pautados na hegemonia do modelo sustentado na prática médica, como revela o enunciado abaixo.

*“Eu coloco primeiro as pessoas de 7:30 que estão marcadas para dentro. Aí depois eu vou avisando; se tem vaga para o clínico, eu agendo; as vagas que tem eu vou agendando para aquelas pessoas que estão aqui na fila. Aí depois que eu termino a marcação que vai começar o acolhimento.” A3*

Segundo os dados empíricos, o acolhimento favorece a autonomia dos profissionais de enfermagem para as decisões a serem tomadas, sejam elas administrativas ou assistenciais. Quando a equipe sente necessidade, pela falta do médico, por insegurança ou por insuficiência do próprio serviço, encaminha o usuário aos serviços de referência.

*“...se não tiver a vaga e eu estiver achando que ela precisa de uma consulta médica ou eu tento marcar em outro centro de saúde ou eu encaminho para urgência ou no caso, se eu ficar na dúvida, insegura, se não tem um médico na hora para colaborar, ou se ele não quiser colaborar (...) eu encaminho para a urgência. Eu não fico com a dúvida...” A2*

Existem deficiências no sistema de referência e contra-referência para ações de diagnóstico e propedêutica, dificultando com isto a resolubilidade do serviço.

Os relatos demonstram uma disponibilidade da enfermagem em ouvir e buscar soluções para as situações encontradas. Deixa claro, também, que as dificuldades encontradas relacionam-se ao processo de trabalho, à organização dos serviços de saúde e à insuficiente capacitação tecnológica. Ao realizar o acolhimento, a equipe de enfermagem passa a desempenhar uma série de atividades, além das variadas tarefas assistenciais e educativas já estabelecidas antes da sua implantação.

*“...tem muitas coisas que a gente, às vezes, consegue resolver, uma orientação, alguma coisa mais preventiva tipo verminose; vem em busca de um pedido de exame; às vezes, a gente dá o pedido mas conversa também...” A2*

Os enunciados apontam o resgate da humanização no atendimento da enfermagem, que passou a ouvir, explicar e não somente fornecer respostas. O usuário passou a ser a figura principal do processo de trabalho. O que determina o que fazer é a realidade sanitária e a leitura do processo saúde-doença. Busca-se deslocar, assim, a lógica da hegemonia da prática eminentemente clínica sobre situações instaladas para intervenções antecipatórias de promoção e prevenção de agravos.

A Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em 1986, evidencia a idéia de que a promoção da saúde poderia ser um paradigma válido e alternativo para os enormes problemas de saúde dos países.

O documento ressalta que os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são exclusivos do setor. É necessário construir políticas saudáveis que criem ambientes favoráveis e reformem a ação comunitária. Assim, a população passa a ter maior controle sobre sua própria saúde.

No discurso dos sujeitos desta pesquisa, a categoria promoção do cuidado foi evidenciada, permitindo inferir o que está direcionando o trabalho de enfermagem. Os enunciados revelam as experiências das trabalhadoras de enfermagem na tentativa de reorganização do processo de trabalho.

Afirmam que o acolhimento vem trazer uma modificação na estruturação do serviço de saúde, possibilitando a capacitação e a qualificação de alguns profissionais do setor. Podem-se citar como exemplo as mudanças ocorridas na categoria do auxiliar de enfermagem. O acolhimento possibilitou maior capacitação técnica e maior aprendizado, permitindo ao auxiliar a oportunidade de realizar funções antes não exercidas, além de inovar e

consolidar seus conhecimentos, como expresso no enunciado a seguir:

*“...é gratificante. Tem muita coisa que você consegue resolver. Você acha que você fez legal... Eu acho que modificou (...) você só fazia vacina, injeção, curativo, atendimento de farmácia e, às vezes, marcava consulta, marcava sem saber o que estava marcando, você não sabia, você não tinha retorno de nada. Hoje a gente sabe o que está marcando (...) eu sei o que estou marcando ou estou encaminhando...” A2*

O acolhimento vem permitir maior autonomia de decisão às enfermeiras, ocasionando, porém, uma sobrecarga em seu trabalho, que passou a acumular mais funções assistenciais e limitou sua ação na gerência da equipe de enfermagem.

*“O acolhimento (...) estava tomando muito tempo, não está tendo tempo para a gente fazer a supervisão e reestruturar o serviço. Então está tendo muita desorganização de setores, inclusive eu sempre coloco isso aqui, que a gente precisa fazer reunião para reestruturar as coisas e não dá tempo de fazer. A dificuldade grande que a gente tem aqui é essa também, reorganizar o serviço e discutir com a equipe” E3*

A realização do Acolhimento fica a cargo principalmente das auxiliares de enfermagem, as quais expressam seus limites. Cabe às enfermeiras basicamente o papel de referência e apoio técnico junto às auxiliares, utilizando todo o seu arsenal técnico e instrumentalizando-se com protocolos.

Veloso & Matos (1998) afirmam que:

*“com o acolhimento a valorização e a inclusão do saber de outras categorias profissionais na atenção notadamente dos enfermeiros, motivaram os trabalhadores, que até então atuavam abaixo de sua capacidade profissional. Os protocolos servem como referência de atenção, mas não substituem a riqueza da relação única com cada usuário e sua demanda.”*

Salientam também que a construção de protocolos assistenciais, os treinamentos e as capacitações possibilitam a redefinição do papel de cada um e a qualificação e acompanhamento da atenção prestada nas unidades de saúde. Foi evidenciado que nem sempre os protocolos são seguidos, devido à desarticulação da equipe e pela responsabilização prioritária do auxiliar pelo acolhimento, demonstrando inversões de papéis, como ressalta o relato a seguir:

*“...às vezes eu faço uma coisa que eu não sei se está certa, mas eu faço. Eu pergunto à mãe qual o antitérmico*

*que ela tem o costume de dar para a criança, às vezes não tem médico no posto, não tem a enfermeira (...) dou o Tylenol para mãe para ela dar para a criança; isso eu não sei se está certo, mas eu faço isso.” A1*

Nota-se falta de compreensão por parte das auxiliares de enfermagem quanto ao processo de trabalho que se instala na unidade de saúde. Os auxiliares afirmam que a presença do médico é importante para a execução do acolhimento, mas ao mesmo tempo consideram sua participação como ato de bondade e de ajuda. Os médicos continuam atendendo por rendimento, ou seja, número de consulta/dia

*“...a clínica colaborava muito com a gente, no acolhimento, ajudava bastante mesmo. A gente procurava marcar mais os casos agudos, esses casos de controle de tipo hipertensão, diabéticos (...) a gente agendava...” A2*

O acolhimento fez emergir várias relações conflituosas. As falas demonstram que é preciso refletir sobre a complementaridade das ações dos diversos profissionais de saúde, salientando as especificidades próprias de cada disciplina e a responsabilização coletiva pelo objeto e finalidade do trabalho.

*“...a aceitação dos médicos foi péssima. No início, eles falavam assim – no caso a enfermeira também – como que o auxiliar está preparado para atender e avaliar se uma criança está grave ou não?...olhava para gente e achava que a gente estava querendo (...) era como se a gente estivesse tomando o papel dele (...) querendo fazer diagnóstico, tirando esta consulta. A coisa passava um pouco por aí...” E2*

Nas unidades em que o Acolhimento se tem estruturado melhor e avançou em relação ao trabalho em equipe, é visível o papel da gerência que coordena essa interação. A gerência estimula o planejamento da assistência, o que representa uma alternativa para a superação da fragmentação do cuidado. A formulação do acolhimento surge na perspectiva de uma nova prática que deve ter repercussões na composição tecnológica do trabalho multiprofissional, com enfoque interdisciplinar.

No decorrer das entrevistas, constata-se que na maioria dos lugares existe uma relação harmoniosa entre a comunidade e a enfermagem; mas em outros locais as relações ainda são conflituosas:

*“Eu acho que a relação é – tirando alguns da população que reclamam, mas que nunca saem daqui – é boa. Aqui a gente atende muitas pessoas de fora da área, que só procuram aqui mesmo, acho que eles têm mais facilidade de atendimento”. E2*

Evidencia-se uma insatisfação dos auxiliares de enfermagem, justificada pela falta de integração no interior da própria equipe e entre a equipe e comunidade:

*“...somos nós auxiliares que fazemos o acolhimento; só tem auxiliar (...) raro o médico que às vezes sai para ajudar a gente (...) que sai para dar um apoio (...) o acolhimento é pesado para a gente, nós não temos estrutura para isso, a gente fica cansada (...) é muita sobrecarga, é muita ameaça em cima da gente, a gente tem medo do pessoal porque eles são muito agressivos, violentos mesmo (...) aqui ninguém gosta do acolhimento...” E2*

Os relatos demonstram que os conceitos de cidadania, de público e privado, de serviços, de usuários e de controle social não são discutidos e compartilhados pelos trabalhadores de saúde. Observa-se que o usuário é visto como um paciente e não como um sujeito ativo no processo de trabalho em saúde. É evidente o distanciamento entre trabalhador de saúde-usuário, ainda presente na fala da auxiliar de enfermagem que reside na própria comunidade.

*“A comunidade está sempre vindo procurar. Acho que a comunidade não pode reclamar nada do centro de saúde. Tinham até uns encontros aí, só que acabou, do pessoal da comunidade com o Centro de Saúde. O Centro de Saúde está sempre unido com a comunidade.” A3*

Espaços de gerenciamento conjunto, planejamento, avaliação e controle social já institucionalizados legalmente – Conselhos de Saúde – são pouco implementados e muitas vezes subaproveitados na sua dimensão integradora.

Nesse sentido, o Acolhimento, apesar de trazer a humanização da assistência e maior sensibilização dos profissionais de enfermagem para a responsabilização de suas ações, tem-se mostrado insuficiente no tocante ao estabelecimento de parcerias com a comunidade.

## 5 CONCLUSÃO

A análise das falas dos atores informantes permite construir os elementos que os identificam como responsáveis por uma prática em transformação. A singularidade de cada cuidador no processo de realizar seu trabalho cotidiano permite reconhecer o acolhimento como processo gerador de conflitos e revelador de contradições.

Os serviços de saúde não estão estruturados para solucionar os problemas que emergem com o acolhimento. Observa-se que esta atividade se concentra nas mãos do

auxiliar com o apoio técnico do enfermeiro, não havendo, portanto, o envolvimento de uma equipe multiprofissional, ficando a abordagem interdisciplinar aquém do desejado. O auxiliar de enfermagem engajou-se nesta proposta, apesar de não possuir capacitação adequada para assumir as responsabilidades que a atenção acolhedora exige.

Como a recomposição do processo de trabalho ainda não ocorreu, observa-se sobrecarga para alguns profissionais, como os enfermeiros, insatisfação de alguns e resolubilidade inferior à esperada.

Pode-se concluir que o Acolhimento permite a acumulação de um conjunto de práticas e de conhecimentos; porém, limitado por questões relativas aos profissionais envolvidos e ao processo de trabalho, enfrenta hoje o grande desafio de se manter como estratégia de mudança do modelo assistencial.

**ABSTRACT:** This study analyses the “reception” process as a strategy for reorganization of nursing care in basic health services of Belo Horizonte. It uses a qualitative approach through semi-structured interviews and field observation applied to nursing professionals. Five nursing auxiliaries and five degree-nurses, from three health centers, were interviewed. The data pointed out the lack of qualification of nursing auxiliaries as to the proposals for reorganization of assistance. The importance of management for team integration was shown as crucial. One could notice that such practice signalizes the reorganization of the health work process, allowing the implementation of nursing care in direction of humanized assistance.

**KEY WORDS:** Nursing care; Health services; Health promotion.

## REFERÊNCIAS

- 1 BELO HORIZONTE. Prefeitura municipal. **Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte, 1977. GSM/SA/SUS-BH, nº 521/97, (mimeografado).
- 2 CAMPOS, M.C.; CHOMPRÉ, R.R. **Acolhimento: uma proposta, um desafio - análise de uma tendência**. Belo Horizonte: CEESP, Universidade Federal de Minas Gerais, 1977. Monografia.
- 3 COIMBRA, E.L.; LANNA, F.F. **Análise preliminar da atuação do enfermeiro no programa de controle de diabetes mellitus**. Belo Horizonte: CEESP, Universidade Federal de Minas Gerais, 1977. Monografia.
- 4 FIORIN, J.L. **Linguagem e ideologia**. 3 ed. São Paulo: Contexto/EDUSP, 1993.

- 5 LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A; CHOMPRÉ, R.R.; **Acolhimento**: uma proposta em construção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, 1997, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte,1997. 20p.
- 6 LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A; SENA-CHOMPRÉ, R.R.; **Acolhimento**: perspectiva de reorganização da assistência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM,50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador, 1998. 17p.
- 7 MENDES, E.V. A Reengenharia do Sistema de Saúde no nível local: a gestão da atenção saúde. In: MENDES, E. V. **A organização de saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec. 1998. p.57-86.
- 8 MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec. 1996.
- 9 MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido; a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, H. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997. p. 71-112.
- 10 MINAYO,M.C.S. **O desafio do conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1996. Saúde em Debate,46.
- 11 SILVA, A. L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade de saberes na enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- 12 VELOSO, B.G. MATOS, S.G. A complexa construção do SUS – Belo Horizonte – Os desafios que ele propôs. In: REIS, A.T. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** - reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p 83-102.

Endereço do autor:  
Rua Curitiba, 2332 - apto 301  
30170-122 - Belo Horizonte - MG