

ACOLHIMENTO: TRIAGEM OU ESTRATÉGIA PARA UNIVERSALIDADE DO ACESSO NA ATENÇÃO À SAÚDE?*

WELCOMING SERVICES: TRIAGE OR STRATEGY FOR UNIVERSAL HEALTH ACCESS?

ACOGIDA: ¿TRIAJE O ESTRATEGIA PARA LA UNIVERSALIDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD?

Cláudia Maria de Mattos Penna¹
Roberta Souto Rocha Faria²
Gabrielli Pinho de Rezende³

¹ Enfermeira. Pós-Doc, em Ciências Sociais, Paris. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG. Bolsista Capes/Reuni. Supervisora de Estágio da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte – MG Brasil. Estratégia Saúde da Família de Paraopeba, MG – Brasil.

*Projeto financiado pela FAPEMIG/CNPQ – Edital PPSUS 2010.

Autor Correspondente: Roberta Souto Rocha Faria. E-mail: roenfermagem@yahoo.com.br
Submetido em: 06/11/2013 Aprovado em: 31/10/2014

RESUMO

O presente artigo apresenta o acolhimento como uma das estratégias para o acesso a partir dos discursos de profissionais, considerado como uma tecnologia leve que otimiza e organiza o processo de cuidado nas unidades de saúde. Constitui-se em um estudo de caso qualitativo com objetivo de caracterizar o acolhimento como uma das estratégias para a concretização do acesso na concepção dos profissionais da ESF. Participaram da pesquisa 13 profissionais de saúde de um município de Minas Gerais e a coleta de dados foi feita por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo e foram organizados em duas categorias: a “(in) existência” do acolhimento no cotidiano do cuidado em saúde e a construção de vínculo profissional-usuário. Foram identificados aspectos contraditórios acerca da eficácia do acolhimento que, apesar de estratégia reconhecida para o cuidado integral, não se constitui como tal na prática do serviço, delimitando-se como simples triagem, o que pode ser um dificultador da universalidade do acesso. Entretanto, o acolhimento pode ser uma estratégia de cuidado integral que propicia aproximação entre profissionais e usuários, com a criação de vínculo, e facilita, portanto, o acesso ao serviço. Concluiu-se, porém, que se concretizado na prática cotidiana dos serviços, o acolhimento pode se tornar capaz de construir mudanças no fazer cotidiano da saúde, pautadas na integralidade do cuidado tanto para uma assistência diferenciada como para a organização dos serviços, com vistas à qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento; Assistência Integral à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Triagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This is a qualitative case study that aims at understanding people's access to healthcare services from the point of view of both service users and professional staff. It characterizes welcoming as a low technology tool that optimizes and organizes health care processes in health units. Data was collected through semi-structured interviews to thirteen health care professionals and afterwards analysed using content analysis. Two categories were identified: 1) the (in) existence of a daily welcoming service in health care; and 2) creation of links between professionals and users. The study questioned the effectiveness of the welcoming process: despite being a comprehensive care practice, it was not used on a daily basis being reduced to simple triage. This context may hinder the universal access to health care. Welcoming as a comprehensive care strategy can enable the establishment of bonds between professionals and users and facilitate the access to the service. The study concluded that the implementation of a welcoming service can contribute to change everyday health care practices, guided by a comprehensive approach geared towards differentiated care and to the improvement of the users' quality of life.

Keywords: Welcoming; Comprehensive Health Care; Primary Health Attention; Triage; Nursing Care.

RESUMEN

Este artículo presenta la acogida como tecnología ligera que optima y organiza el proceso de atención en los servicios de salud. Se trata de un estudio de caso cualitativo que estima caracterizar la acogida como una de las estrategias para la concreción del acceso desde el punto de vista de los enfermeros del programa Estrategia Salud de la Familia. En la investigación participaron trece profesionales de un municipio de Minas Gerais; la recogida de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas; los datos se analizaron según el análisis de contenido y organizaron en las categorías: “(in)existencia de acogida en la atención diaria de salud y “construcción del vínculo profesional - usuario”. Se identificaron aspectos contradictorios sobre la eficacia de la acogida: a pesar de ser una estrategia reconocida para la atención integral, no lo es en la práctica, siendo utilizada apenas para el triaje, lo cual podría ser un obstáculo para la universalidad del acceso a los servicios de salud. La acogida podría ser la estrategia de atención integral para aproximar profesionales y usuarios, creando vínculos entre ellos y facilitando, luego, el acceso a los servicios. Llegamos a la conclusión que si la acogida se pudiera concretarse en la práctica diaria de los servicios, podría tornarse capaz de construir cambios

en las tareas cotidianas basadas en la integralidad de la atención, tanto para la atención diferenciada como para la organización de los servicios, con miras a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Palabras clave: Acogimiento; Atención Integral de Salud; Atención Primaria de la Salud; Triaje; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O presente artigo advém dos resultados de uma pesquisa sobre acesso aos serviços de saúde*, que teve por objetivo compreender o acesso na perspectiva de usuários e trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A análise dos dados a partir dos discursos revelou a importância do acolhimento para a inserção e organização do serviço, para o vínculo entre profissionais e usuários e para a integralidade do cuidado. Em contrapartida, apesar desse reconhecimento como uma postura para mais qualidade em saúde, essa prática vem sendo entendida apenas como uma triagem.

Em seu aspecto conceitual, o acolhimento é considerado uma tecnologia leve que otimiza a demanda dos usuários e organiza o processo de cuidado da unidade local, sendo o profissional responsável por acolher, responsabilizar, resolver e automatizar, utilizando relações de vínculo e capacidade de escuta aberta. Essa tecnologia leve do trabalho depende da interação profissional-usuário e sua capacidade de articular e qualificar essa relação por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.¹ Ressalta-se que é uma tecnologia em processo de construção e reorganização diária do trabalho cotidiano das equipes da ESF, que tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a melhoria da oferta dos atendimentos de acordo com a demanda dos usuários.^{2,3}

Estabelecido como diretriz de grande relevância para a reestruturação dos serviços de saúde, a partir da ESF e da Política Nacional de Humanização (PNH), frente às dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços, tais como o aumento do livre acesso dos usuários aos serviços de saúde; a desvalorização do trabalho em saúde; o distanciamento entre profissionais e usuários; e a fragmentação das ações no processo de atenção, o acolhimento ganha força como possibilidade de organização das ações pautada na integralidade do cuidado.⁴

Espera-se, portanto, que com um acolhimento de qualidade possa ser concretizada mais aproximação e construção de vínculo entre profissional e usuário do serviço, compreensão por parte do profissional da necessidade do indivíduo como ser integral e centro da atenção. Por conseguinte, que haja mais capacidade de intervenção, possibilidade de criação de autonomia e resolutividade, mais acesso da população aos serviços de saúde oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) e continuidade do cuidado, ou seja, a possibilidade de transformação nas formas de produzir e prestar serviços.²⁻⁵

Alguns desafios encontrados pelas equipes de saúde da família no cotidiano de trabalho e que refletem diretamente na

qualidade da assistência prestada podem ser causados pela forma mecanizada e técnica como o acolhimento é realizado, redefinido apenas como triagem para a classificação de consultas e procedimentos específicos. Desta forma, os sujeitos inseridos no processo de cuidado em saúde não se sentem acolhidos, bem recebidos e satisfeitos com o atendimento. Esses desafios podem ser minimizados quando a equipe é constituída por profissionais de saúde aptos a desenvolverem um acolhimento de qualidade, com diálogo aberto, escuta qualificada, capaz de reduzir as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde e facilitar a organização do serviço municipal.⁵

Dessa forma, o acolhimento deve estar presente em todos os momentos de encontro com outra pessoa, seja na conversa informal ou durante um atendimento individual. Para que isso aconteça, os profissionais devem demonstrar interesse pela fala do usuário, o que possibilitará maior vínculo e credibilidade nas propostas de ações do cuidado em saúde.^{6,7}

De maneira geral, o acolhimento nos serviços de saúde favorece melhorias a partir do atendimento ético e humanizado, da interação entre os indivíduos e equipe, da organização do serviço e processo de trabalho para atender as pessoas com qualidade e da busca de continuidade do cuidado.⁸ O sucesso do acolhimento está relacionado aos profissionais que sabem respeitar as diferentes demandas da população atendida e assisti-la com integralidade. O atendimento humanizado cria ligações positivas entre a equipe e a comunidade que busca resolver suas necessidades de saúde e os profissionais que trabalham na centrada perspectiva do usuário.^{5,6}

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo caracterizar o acolhimento como uma das estratégias para a concretização do acesso na concepção dos profissionais da ESF. Esses dados foram organizados em uma das categorias de análise da pesquisa do projeto maior, que buscou compreender o acesso aos serviços de saúde na perspectiva de profissionais da ESF.

MÉTODO

Foi realizado estudo de caso de caráter qualitativo em um município do estado de Minas Gerais, desenvolvido como caso único. A escolha desse método se deve ao fato de o acolhimento ser um fenômeno subjetivo, complexo e de diferentes significados atribuídos pelos indivíduos. Além disso, a partir desta abordagem torna-se possível compreender a realidade existente e investigar a realidade social para além do observável na superfície e do quantificável.⁹

O cenário do presente artigo foi um município de pequeno porte localizado no Vale do Jequitinhonha, com duas equipes da ESF que cobrem 100% da população urbana e rural. O critério de inclusão do estudo foi ser profissional de saúde vinculado à ESF e aceitar participar da pesquisa. Os sujeitos foram profissionais de saúde, escolhidos de forma aleatória entre as diversas categorias que compõem ambas as equipes, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo pelo menos uma categoria profissional para cada equipe. Os profissionais de saúde da ESF foram convidados e de acordo com a aceitação dos mesmos iniciou-se a coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nas duas unidades de ESF existentes no município, por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado com questões que tratavam do acesso aos serviços de saúde. As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra, sendo finalizadas quando se percebeu a saturação dos dados com o total de 13 participantes. As entrevistas ocorreram de forma concomitante nas próprias unidades, após marcação prévia com os participantes, que ao serem convidados tinham conhecimento do estudo e, ao aceitarem, leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em respeito ao anonimato, os participantes estão identificados pela letra P, seguida de número de acordo com a aproximação para a entrevista. Não houve diferenciação entre as categorias de profissionais para a codificação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número ETIC 0571.0.203.00-09.

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo temática¹⁰, que inclui a identificação dos temas e o estabelecimento de categorias após a transcrição e leitura sistemática dos discursos. Assim, os resultados relacionados ao acolhimento foram organizados em duas categorias: a “(in)existência” do acolhimento como instrumento de acesso e integralidade e a presença de vínculo profissional-usuário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A “(IN)EXISTÊNCIA” DO ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO E INTEGRALIDADE

Alguns aspectos relevantes referem-se ao conhecimento sobre o acolhimento, desde o conceito à prática e à utilização deste como ferramenta de melhoria do acesso e integralidade da assistência. Compreender o significado do acolhimento e valorizar outros conceitos implícitos nessa prática como humanização, acesso, resolutividade, cuidado integral, trabalho em equipe e até a quem compete acolher pode significar a interação entre teoria e prática, com mais chances de sucesso na assistência prestada e atendimento às demandas dos indivíduos.

Entretanto, o desconhecimento do significado da diretriz acolhimento distancia-se de sua real importância como postura comum a toda a equipe. Contrária à ideia do acolhimento como estratégia para a integralidade, há uma redefinição na prática cotidiana da atenção primária à saúde: “[...] Não existe acolhimento ainda não na unidade. Nós vamos implantar um agora. Porque a gente vai fazer acolhimento com classificação de risco” (P3).

O que se discute no presente artigo, como pode ser observado no discurso apresentado anteriormente, é que, além da ausência equivocada do acolhimento no cotidiano do serviço, implementa-se uma triagem com classificação de risco, denominando-o como tal. A partir dessa visão, a prática do acolhimento torna-se simplesmente um procedimento que tem como objetivo classificar o indivíduo quanto ao risco clínico e categorizar os usuários por ordem de atendimento, de forma tecnicista. O acolhimento com classificação de risco surte poucos efeitos para os usuários que buscam qualidade na assistência individual e integral e padrões satisfatórios às necessidades dos indivíduos, já que irá resolver problemas imediatos, com rapidez, sem garantir adequado acompanhamento. Para alguns profissionais, a classificação de risco melhorou o atendimento, para outros não ocorreram mudanças. Observa-se que só mudou a ordem de atendimento e não as demais condições necessárias para dar qualidade a esse atendimento.¹¹

O acolhimento com classificação de risco foi introduzido nas unidades de saúde por meio do Programa Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de agilizar o atendimento do indivíduo a partir da classificação do seu grau de necessidade, por profissional capacitado, sendo realizado com base em um protocolo. A classificação de risco garante a assistência da população com atendimento prioritário para casos específicos. Permite ainda organizar melhor o fluxo da assistência e a rede de serviços.^{11,12} Essa classificação de risco tem como proposta substituir a tradicional triagem, que é compreendida como um método que prioriza a ordem de chegada e exclui pessoas que necessitam de atendimento e encontram-se no final da fila.^{11,12}

Perde-se, portanto, a possibilidade de aproximação, construção de vínculo, cumplicidade, proposta de integralidade, acesso e escuta qualificada, tão necessários ao processo de cuidado, reduzindo o acolhimento a uma prática clínica de queixa-conduta, voltado para situações de emergência e urgência. Distancia-se o mesmo como um processo que pretende promover qualidade de vida por intermédio do sistema de saúde pública e representar a possibilidade de ampliação do acesso dos usuários a esses serviços.¹³ Mesmo com a existência de um protocolo, deve-se ter escuta qualificada, observar além dos sinais e sintomas, valorizar as angústias e inquietações das pessoas que buscam atendimento e otimizar, assim, a humanização. O grande desafio está relacionado à sua não aplicabilidade.¹¹ Muitos profissionais continuam caracterizando o acolhimento

como uma triagem e este não deve ser simplificado à priorização dos casos, mas sim a uma escuta mais ampla que aquele atendimento pontual num momento de urgência e resolução de problema.¹⁴

A capacitação dos profissionais da área de saúde coletiva é importante para que os mesmos se agreguem de conceitos referentes à assistência humanizada, atenção integral e de qualidade e possam, em seu dia-a-dia, contribuir para a melhoria do processo de trabalho e do atendimento das demandas locais para ofertarem um serviço de melhor qualidade.^{2,3,6}

Existe também divergência entre os profissionais sobre quem deve realizar o acolhimento:

[...] Porque eu acho que quem deveria dar o acolhimento aqui são os enfermeiros, a maioria que a gente faz aqui são eu (técnica de enfermagem) e a auxiliar de enfermagem [...] eu não acho que tem um tanto de gente que poderia fazer, acho que deveria ser da enfermeira. (P1)

Quando os profissionais são questionados sobre quem deve realizar o acolhimento, muitos reconhecem o enfermeiro como o profissional adequado. O acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional capacitado para tal função, mas o acolhimento, de maneira geral, deve ser executado por todos que atuam na unidade de saúde. Saber escutar, receber bem, relacionar-se com as pessoas e direcioná-las de acordo com sua demanda facilita a rotina e o acesso aos serviços.¹⁴

Transforma-o, assim, em técnica a ser utilizada por um trabalhador, distanciando de uma postura acolhedora por parte de qualquer profissional da equipe. Ressalta-se que o acolhimento é um instrumento de comunicação entre os usuários e profissionais de saúde e deve ser trabalhado em equipe, tendo como objetivo maior qualidade e resolutividade.¹⁵ Para a superação da fragmentação dos saberes, como ocorre no acolhimento, ao se pensar sobre o trabalho com a coletividade, como produtor de cuidados, é necessário que as relações interpessoais sejam temas de discussão de reuniões na ESF. Desta forma, conflitos pessoais entre os profissionais serão minimizados e o respeito será consolidado, melhorando, assim, a interação do grupo e comunicação da equipe. O acolhimento é resultado de esforço multiprofissional e construção social, que envolve toda a equipe, instituições e comunidade.¹⁵

Em relação ao acolhimento como processo de melhoria do acesso e integralidade da assistência, os depoimentos indicam a realização de um procedimento ineficaz, com pouca resolutividade, organização e práticas integrais.

[...] [Os pacientes] vem muito cedo pra fila, tem paciente que chega até de madrugada pra fila [...] eu acho que o que atrapalha muito o andar das atividades nos-

as aqui, o acolhimento [...] a triagem [...] ele não tá funcionando bem, porque a gente não precisaria ter essa fila grande de pacientes demandando consultas, porque se a gente tivesse um acolhimento mais eficaz [...] isso diminuiria muito a fila de pacientes que a gente tem aqui (P8).

Observa-se que alguns profissionais reconhecem a importância de alterar o acolhimento existente na ESF para que se possa contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, além de proporcionar bem-estar aos usuários e assistência integral. Refere-se à necessidade de boa acolhida e escuta qualificada, que encaminhem os usuários para resolução de seus problemas naquilo que ele espera do atendimento em saúde, resultando na sua satisfação e melhoria da qualidade de vida¹⁵. Para que as necessidades dos usuários sejam atendidas de maneira integral, é fundamental que a atividade de recepção do usuário no serviço, espaço primordial de investigação/elaboração/negociação, ocorra de maneira acolhedora.¹³

A falta de organização dos serviços de saúde reflete-se em longas filas de espera por consultas e faz com que os profissionais trabalhem muito, de forma repetitiva e não resolutiva e que os usuários fiquem insatisfeitos com o serviço, pois não existe sincronia de informações prestadas. É necessária uma organização interdisciplinar para ir além da reflexão e problematização do processo de trabalho, que permita a eficácia do atendimento clínico. Tal ideia é possível em uma cultura aberta e flexível em que o poder seja delegado a gestores e equipes técnicas qualificadas.^{1,16-18}

O artigo 196 da Constituição Federal¹³ contempla o direito à saúde para todos. A APS é responsável pelo primeiro atendimento do usuário e deve exercer papel acolhedor e resolutivo à comunidade, deve dispor de atendimento humanizado, rede de referência de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos.¹⁹

Alguns problemas referentes à organização do serviço e recepção dos usuários fazem com que demandas passíveis de serem resolvidas na recepção dos serviços de saúde sejam encaminhadas para o profissional médico ou enfermeiro desnecessariamente, na opinião dos participantes.

[...] [O paciente] chega ali na recepção pergunta uma coisa, não sabe falar direito, e aí às vezes o paciente vai embora e xinga ou às vezes uma coisa simples que poderia ser resolvida na recepção já é passada pra mim ou pras outras enfermeiras. Então, eu acho que também tá precisando ter uma reorganização nisso aí (P9).

Nota-se, portanto, certa desorganização do serviço na ausência de uma postura acolhedora, que promova escuta qualificada, desde a recepção do usuário na unidade, proporcionando, assim, uma possibilidade de melhorias de acesso. Infere-se

que isso poderia evitar conflitos entre usuários e serviços, criando espaços propícios para o vínculo.

Outrossim, há ainda mais entraves relacionados à organização dos serviços:

[...] O serviço existe, tá sendo realizado, não só por mim, mas por todos os profissionais, apesar de a gente não trabalhar em equipe, eu acho que todo mundo tenta, da sua forma, da sua maneira, fazer o melhor possível. [...] a maioria das consultas elas podem ser agendadas, mas eles [os profissionais] têm medo de mudar a forma do serviço, é medo [...] Medo porque, se uma pessoa pedir pra marcar uma consulta e alguém falar que vai ter a consulta no mês que vem, na semana que vem ela [o usuário] vai no secretário ou no prefeito e reclama, aí na hora ligam e, assim, obriga quase a arrumar ficha pra aquele dia, independentemente do problema de saúde que ela esteja apresentando (P13).

Evidencia-se uma realidade comum a vários outros municípios, impera ainda uma postura de “quem é amigo do rei”. Resultado de uma herança de um modelo médico-centrado. Afinal, o que se quer é uma consulta médica para atender a uma demanda imediata que nem sempre necessita. Fruto da ausência de um trabalho em equipe, que demarca um fazer individual, mesmo reconhecido com esforço, mas que não proporciona possibilidades de mudanças com vistas a melhor atendimento. Constata-se, em outro estudo,²⁰ que as respostas buscadas ainda são as consultas médicas e medicamentos como alternativa impar às demandas apresentadas pelos usuários, pautadas geralmente nas doenças que se manifestam, porque o modelo de assistência ainda reafirma as questões de causa e efeito.

A implantação do acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário.¹⁶ Essa tecnologia leve deve estar presente em todos os momentos em que o usuário se encontra na unidade básica de saúde (UBS), inclusive na recepção, espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário e onde se pressupõe o estabelecimento de prioridades de atendimento com organização de fluxo. A cordialidade, educação, interesse e gentileza são sinônimos de bom acolhimento. Para isso, é necessário que o profissional de saúde tenha interesse em resolver as demandas dos usuários, relacione-se bem com eles e leve em consideração as particularidades dos sujeitos e o tipo de demanda apresentada, para estabelecerem uma ordem justa de atendimento com vista à assistência integral do usuário.

O fato é que o acolhimento mantém estreita relação com a resolutividade, quando se enfatiza a organização de uma nova “porta de entrada” capaz de acolher todas as pessoas, as-

segurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário.²¹ Para melhoria do acesso aos serviços de saúde, tornam-se fundamentais a prática da integralidade e a implantação do acolhimento como tecnologia de organização do serviço e da demanda programada e espontânea. Basta que os profissionais de saúde, usuários e gestores municipais sensibilizem sobre sua importância, adotem medidas eficazes de implantação e sua efetivação nas ESF.

Alguns problemas e desafios relatados por profissionais em outros estudos realizados são comuns ao presente trabalho e mostram que, independentemente da realização do acolhimento com ou sem classificação de risco, situações como estruturas físicas não adequadas, falta de privacidade para a escuta qualificada e alta rotatividade e despreparo dos profissionais, a fragmentação da rede de serviços e a incompreensão da população sobre o objetivo do acolhimento ainda estão presentes e dificultam a qualidade da assistências.^{1,11,14,21}

Em virtude do exposto, pode-se identificar que existem pontos de vista contraditórios acerca da eficácia do acolhimento presente na ESF. Em relação aos profissionais insatisfeitos com o acolhimento realizado na sua unidade, aspectos referentes a longas filas de espera para consultas, dificuldades relacionadas à recepção dos usuários e ausência de prioridades no atendimento impossibilitam a atenção integral e são entraves evidenciados no estudo. Por outro lado, observa-se um acolhimento eficaz, boa resolutividade das demandas dos usuários e satisfação da comunidade local com o atendimento recebido.

De maneira geral o acolhimento não está sendo realizado com base na integralidade do cuidado como é preconizado. Ele tem sido direcionado para a classificação de atendimentos ao profissional enfermeiro e aos problemas estruturais e organizacionais ainda presentes.

VÍNCULO PROFISSIONAL-USUÁRIO

A existência de vínculo permite o cuidado integral e facilita o acesso do usuário ao serviço de saúde, por ser capaz de promover a satisfação deste com a assistência recebida, a qual inclui escuta qualificada, atenção e interesse dos profissionais pela sua demanda.^{1,5}

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em consonância com a ESF tem como fundamento desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Nesse contexto, o acolhimento visa a melhorias na relação entre os profissionais de saúde e a população, estruturação e organização do serviço de saúde.⁷

A atuação adequada de toda a equipe de saúde a partir de escuta qualificada e dedicação à demanda do usuário pode

facilitar a resolutividade do problema que levou aquele indivíduo à unidade de saúde e permitir o “correto encaminhamento” dos casos. Há de se reconhecer a importância de “saber ouvir” o usuário:

[...] O acolhimento que a gente faz é [...] a gente dá muita atenção, pergunta sobre. Porque tem hora que a pessoa não tá precisando não é realmente de uma consulta, é de uma conversa, né? Aí, às vezes, a gente senta, conversa, aí quando vê mesmo que que tem, que precisa realmente [...] a gente encaminha [...] tem hora que, às vezes, as pessoas saem mais satisfeitas com uma conversa do que realmente com uma consulta (P10).

Para a criação de vínculo é necessária a disponibilização de tempo para ouvir o usuário, estreitando a relação profissional-cliente. Essa relação pode resultar na satisfação por parte do usuário e, também, do trabalhador, pela resolução da demanda. Uma ação simples como a descrita não gera sobrecarga ao serviço, estreita laços para novas ações e intervenções e ainda possibilita a construção do cuidado integral com coparticipação.

A identificação das reais causas que levam o usuário à ESF é possível por meio de um acolhimento de qualidade, em que o profissional de saúde demonstra interesse e atenção pela sua queixa a partir do estabelecimento da relação profissional-usuário.^{15,17}

A sensibilidade do profissional de saúde para a compreensão da necessidade do usuário, não só pela linguagem verbal, mas também por outros tipos de comunicação, é importante para que as interpretações sejam feitas de acordo com a necessidade do indivíduo e para que os resultados sejam alcançados¹⁰. Algumas atitudes podem melhorar o vínculo e o acolhimento da equipe de saúde, com algumas práticas de integralidade, como a aproximação ao cliente, cumprimento, individualização, concentração no atendimento e demonstração de envolvimento com os seus problemas.²²

Percebe-se que a unidade de saúde deixa de ser um espaço apenas para a resolução de assuntos relativos à saúde ou à doença e passa a ser um local de convivência. Se não houvesse vínculo entre os profissionais e os usuários, tornando “aquele” um lugar agradável, certamente a UBS não adquiriria essa característica. Por isso, torna-se possível conhecer as características da população assistida: “[...] Eu acho que essa população ela é um pouco mais carente de atenção. Nem sempre ela tá doente [...] é uma população bem idosa” (P12).

A carência identificada na população é possibilitada pelo vínculo com os usuários e cabe aos profissionais de saúde fazerem uso desses momentos para a realização de ações que possam favorecer melhoria na qualidade de vida da população.

Como a ESF representa um espaço favorável à existência de conflitos éticos em seu cotidiano, deve-se entender o acolhimen-

to como uma forma de garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), com envolvimento de todos os profissionais de saúde.²²

Para que o profissional de saúde consiga aproximar-se mais do usuário e, assim, possibilitar melhorias nos hábitos de vida desses sujeitos, é preciso respeitar as regras existentes na comunidade, conhecer seu funcionamento, facilitar a comunicação da unidade de saúde com a sociedade, auxiliar o indivíduo na busca de suas próprias soluções para os problemas existentes e incentivar a corresponsabilização por meio do vínculo.

Em relação à existência de vínculo, é importante saber reconhecer as diferenças culturais para que o profissional de saúde possa atuar em parceria com a comunidade, já que a equipe de saúde da família trabalha com um território definido e dentro deste existem pessoas com hábitos e modos de vida diferentes: “[...] é um problema a cultura, a gente tem uma população que, ainda, o nível de cultura ainda tá baixo. Então, eu acho que a população nossa ainda precisa de muito esclarecimento, muita educação” (P12).

O conhecimento da população atendida permite reconhecer desigualdades socioculturais, o que pode estabelecer uma preocupação de buscar estratégias com vistas à melhoria das condições das pessoas. Para que isso seja possível, é necessária a criação de vínculo profissional-usuário para se pensarem estratégias de esclarecimentos e educação.

A interação social modifica o comportamento dos indivíduos envolvidos, como resultado do contato e da comunicação que se estabelece. O acolhimento busca resgatar a humanização do atendimento e o compromisso com as necessidades do usuário, isto é, com a defesa da vida individual e coletiva.⁷

O acolhimento traz mudanças nos processos de trabalho e remete os profissionais a atuarem na busca de integralidade e visualização do indivíduo como ser único e com características distintas que podem interferir em seu estado de saúde. O profissional passa a atuar de acordo com as demandas apresentadas pelo cliente, sendo a tolerância à diferença, a inclusão social e a escuta qualificada alguns atributos importantes.^{15,16}

A realização do acolhimento pela equipe da ESF permite a criação de vínculo e, por meio de comunicação adequada, pode permitir mudanças de comportamentos dos usuários frente às informações recebidas. O atendimento recebido pode promover a satisfação ou não do usuário de acordo com suas necessidades.⁸ Para realmente atendê-la, o profissional deve considerar que a demanda é carregada de subjetividade e que entender pode facilitar as respostas para resolvê-la.²³

A existência de confiança na relação profissional-usuário é fundamental, visto que o reconhecimento do respeito, atenção e afeto favorece a credibilidade e o vínculo, melhora a adesão aos tratamentos e comportamentos saudáveis e fortalece o respeito às diferenças culturais². Além disso, as neces-

sidades primárias da população em relação ao atendimento em saúde estão ligadas à produção, reprodução social e acesso às ações de saúde e que o vínculo está relacionado à autonomia e ao autocuidado.³

Afirma-se, portanto, que o vínculo se estabelece a partir de uma postura acolhedora do profissional, que dá segurança ao usuário e possibilita relações de longa duração, o que facilita a longitudinalidade de práticas integrais.²³

De maneira geral, os profissionais de saúde possuem hábitos que viabilizam a integralidade da assistência como, por exemplo, a atenção disponibilizada na escuta e no acolhimento. Essa ação facilita o acesso dos usuários e resolução dos problemas e abrange a integralidade do indivíduo, pois este procura a unidade para resolver demandas que vão além da doença.

Por fim, uma das dificuldades identificadas para a melhoria das ações de saúde é a necessidade de trabalhos educacionais¹⁸ e esclarecimentos sobre hábitos saudáveis e autocuidado à população devido às diferenças culturais. A aproximação da equipe de saúde com os indivíduos e a comunidade pode favorecer esse processo de aprendizagem, trocas de experiências e construção de uma assistência diferenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é uma estratégia de organização da equipe que garante a inserção do usuário e proporciona um trabalho voltado para a integralidade da atenção de forma organizada, ao considerar as necessidades de saúde da população. Fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários contribui para a existência de um trabalho multidisciplinar e pressupõe mudanças nas relações de trabalho e sua rede social.

Discutir o acolhimento com o propósito de acolhida, escuta qualificada e direcionamento das ações torna-se importante para que o mesmo vá além de uma triagem ou classificação de risco para os indivíduos. Mudar o modelo assistencial de uma visão voltada para a doença e focada em uma queixa específica para o atendimento integral baseado na continuidade do cuidado depende da organização do sistema e dedicação dos profissionais.

Para os profissionais de saúde o acolhimento ainda é configurado como uma triagem e como classificação de risco, sendo que na sua essência o acolhimento tem como potencial a escuta ampliada e resolutiva e caracteriza uma abordagem de integralidade do sujeito e universalização do acesso aos serviços de saúde. Essas características simbolizam que o acolhimento ultrapassa essas características do atendimento.

Percebe-se que o fluxo da assistência é realizado pela demanda espontânea dos usuários, que são distribuídos de acordo com a classificação de risco. Dessa forma, o acolhimento está sendo caracterizado como instrumento de acesso aos serviços e não como atendimento integral e humani-

zado, pois sua proposta nesse contexto está relacionada à classificação dos atendimentos clínicos e aos problemas organizacionais apresentados.

A integralidade não se limita apenas ao vínculo e ao acolhimento “eficaz” no município, porém estes podem ser iniciativas que buscam construir mudança com assistência diferenciada na organização, no acolhimento e na integralidade em saúde.

Deve-se considerar que não se pode generalizar o acolhimento somente ao vínculo e à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, já que ele pode acontecer sem que o vínculo esteja construído e que o acesso seja garantido. Entretanto, nota-se que, quando o acolhimento é qualificado, o vínculo e o acesso são efetivados de forma a refletir em resultados positivos no atendimento à população. É necessário que os profissionais trabalhem em equipe de maneira uniforme, com objetivos comuns e identifiquem entraves que interfiram na estratégia da integralidade da atenção à saúde.

É preciso considerar que o acolhimento deve ser estudado no ponto de vista de profissionais de saúde, gestores e usuários, para melhor compreensão da sua abordagem, como a efetivação da classificação de risco e da influência que o vínculo apresenta nesse âmbito. Dessa forma, um dos limites do estudo pode ser o fato de apresentar o acolhimento na perspectiva somente dos profissionais de saúde. Por isso, os resultados apresentados instigam investigações futuras na concepção de diferentes sujeitos, para que se possa compreender o acolhimento como instrumento de universalidade do acesso à atenção à saúde.

Mesmo que os resultados aqui apresentados digam respeito a um município, pode-se inferir que a realidade é comum a muitos outros, inclusive em locais que fizeram parte da pesquisa ampliada, da qual esta faz parte. É necessário repensar a prática dos profissionais de saúde e na própria postura dos usuários nas relações que estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde, para que a assistência reflita melhorias dos serviços.

De maneira geral, espera-se que o acolhimento e o cuidado integral do indivíduo possam ser mais bem discutidos e planejados no município e em outros locais que vivenciam situação semelhante, por profissionais, gestores e população, para que haja melhores condições de acesso, organização, humanização e assistência integral. Espera-se diminuir as falhas que a ESF e a gestão municipal encontram, para que mudanças possam ocorrer, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida para a população local.

REFERÊNCIAS

1. Faria RSR. Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha – MG [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2014. 128f.
2. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(3):479-503.

3. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):19-25.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2012; 13(2):375-85.
6. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013; 17(1):133-41.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
8. Corrêa AACF, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3):451-7.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 4ª ed. Porto Alegre: Kookman; 2010.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70; 2011. 229 p.
11. Oliveira KKD, Amorim KKP, Fernandes APN, Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. *REME - Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):148-56.
12. Sousa, RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME - Rev Min Enferm*. 2008; 12(4):581-6.
13. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos 196-200. Brasília: Senado Federal; 1988.
14. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME - Rev Min Enferm*. 2008; 12(2):271-7.
15. Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. *Bol Saúde*. 2002; 16(2):30-51.
16. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010; 13(1):4-9.
17. Scholze AS, D... Júnior CFD, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009; 13(31):303-14.
18. Silva PM, Morais KP, Torres HC. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *REME - Rev Min Enferm*. 2012; 16(2):225-31.
19. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3569-78.
20. Santos TVC, Penna CMM. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):149-56.
21. Alves e Silva ACM, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Soc*. 2010; 19(1):159-69.
22. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(2):93-5.
23. Queiróz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. *REME - Rev Min Enferm*. 2011; 15(1):62-9.