

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p211-225>

DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Challenges of the user embracement in the family health strategy:
an integrative review*

Camila Vieira Soares de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem
da Universidade Federal de
Pernambuco.

E-mail: camilavso@hotmail.com

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus

Enfermeira. Doutora em Saúde
da Criança e do Adolescente,
Professora Adjunto do
Departamento de Enfermagem da
UFPE.

E-mail: wandenf@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: descrever a partir da literatura científica os principais desafios relacionados ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família, a partir da visão de distintos atores sociais. Fonte de dados: trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme), contemplando as Bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e posteriormente a Publisher Medline (PubMed). Os resultados encontrados foram categorizados em eixos previamente definidos, norteadores da discussão, os quais foram: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe. Resumo das conclusões: dificuldades para referenciar e contrarreferenciar os usuários a partir do acolhimento aos outros níveis de atenção, a infraestrutura precária das Unidades de Saúde, a quantidade insuficiente de profissionais e poucos espaços para discussões e o fortalecimento do trabalho em equipe multidisciplinar são algumas das questões identificadas nos estudos que interferem no acolhimento de forma efetiva aos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: the purpose of this integrative review is to describe from the scientific literature the main challenges related to the user embracement in the Family Health Strategy, from the view of different actors. Data source: the search for articles was held at the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme), contemplating the Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) Databases and later the Publisher Medline (PubMed). The results were categorized into pre-defined axis, guiding the discussion, which were: (I) user embracement in the perspective of accessibility and resolution, (II) user embracement in the bond and communication perspective and (III) user embracement in the perspective of the change in the team work process. Summary of findings: difficulties for reference and counter users from the user embracement to other levels of care, poor infrastructure of the health units, insufficient professional team and few spaces for discussion and strengthening work in a multidisciplinary team are some of the issues identified in the studies that interfere in the user embracement of the users.

Keywords: Primary Health Care; User embracement; Family Health Strategy.

Introdução

As políticas de atenção à saúde no Brasil foram marcadas, historicamente, pela situação econômica e social do país. Nos períodos colonial, imperial e da República Velha, diversas doenças transmissíveis - como a hanseníase, tuberculose, febre amarela, cólera, malária, entre outras - tornaram-se endêmicas no Brasil devido ao fluxo elevado de imigrantes e comerciantes que chegavam ao país. As ações de saúde eram voltadas para o saneamento dos portos, urbanização de áreas de interesse comercial, saneamento básico e campanhas para erradicar as doenças endêmicas, as quais afetando a saúde dos trabalhadores comprometiam a produção. O modelo assistencial de saúde, até meados de 1988, era privatizado, médico centrado, voltado para o indivíduo e com foco na doença. Em 1988, a Constituição Brasileira estabeleceu a saúde como um “direito de todos e dever do estado”, representando uma mudança de visão em relação às ações de saúde, as quais a partir de então buscariam não apenas a cura de doenças, mas também a promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e agravos.¹

No contexto da criação do Sistema Único de Saúde, o qual tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e participação social², surge em 1994 o Programa Saúde da Família, o qual tinha como objetivos “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. O PSF propôs a prestação de uma assistência à saúde de forma integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade, através de uma equipe multiprofissional, levando

em consideração os fatores de risco e vulnerabilidade aos quais a população em territórios determinados está submetida. Tem como finalidade, também, a criação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, a corresponsabilização destes, a educação em saúde da população e o estímulo ao envolvimento da comunidade para o exercício do controle social.³

Fomentado inicialmente como Programa, passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia, através da Portaria Nº2.488/2011⁴, uma vez que possui como objetivo uma mudança no modelo de atenção à saúde, uma reestruturação do sistema, além de englobar os princípios e diretrizes da universalização, descentralização, integralidade e participação popular, os quais constituem a base do SUS.⁵

Em uma análise realizada em 2007 com os 12 primeiros municípios onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada, concluiu-se que o acesso às Unidades de Saúde ocorria de forma restrita devido à dificuldade de integração entre as equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) e as equipes da atenção básica (conhecidas como Unidades de Saúde tradicionais); a falta de integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os níveis de atenção de média e alta complexidade, comprometendo assim a integralidade e a continuidade da atenção; além da sobrecarga de demanda assistencial vivenciada pelas equipes da ESF, ocasionando uma baixa capacidade de articulação com outros setores do governo e da sociedade para ampliar o desenvolvimento das ações para promoção de saúde.⁶

Tendo em vista problemas relacionados ao acesso e a qualidade da atenção básica, em 2003, as secretarias do Ministério da Saúde e entidades vinculadas realizaram uma discussão acerca da conjuntura da saúde no Brasil. Foram apontadas questões como: diminuição do compromisso e da corresponsabilização na produção

de saúde e desrespeito aos direitos dos usuários; fragmentação do processo de trabalho, desgaste das relações entre os profissionais; incompetência por parte das equipes para prestar uma assistência à saúde considerando seus aspectos subjetivos; ausência da reorientação da operacionalização do sistema de saúde, com persistência de ações verticalizadas e não estruturadas em rede; pouco investimento na qualificação dos trabalhadores de saúde direcionado para o trabalho em equipe e a gestão participativa.⁷

Diante dos problemas identificados, ressaltou-se a necessidade de inserir a Humanização como uma Política de Governo para todas as ações de saúde do país. Para isso, o SUS deveria passar por mudanças em todas as suas ações e instâncias, com a adoção de práticas humanizadoras, que promovessem a troca de saberes, diálogos entre os profissionais, maior corresponsabilização na produção de saúde e de sujeitos ativos, trabalho em equipe e consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo de saúde.

A Política de Humanização e da Gestão da Saúde (PNH), a qual não possui portaria que a normatize, tem seus princípios e diretrizes presentes nas legislações das demais políticas, devido ao seu caráter transversal, a exemplo da Portaria Nº2.488/2011.⁴ Com a implementação da PNH, tinha-se como objetivos a garantia da gestão participativa para os usuários e profissionais das unidades de saúde, usuários cientes de quais profissionais cuidam de sua saúde, a garantia do direito dos usuários, acompanhamento pelos familiares e a redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade.⁷

O acolhimento, estabelecido como uma das diretrizes dessa Política de Humanização possui como objetivos melhorar o vínculo entre profissionais e usuários, além de assentir o usuário como participante ativo na produção de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. 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 a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.^{8:05}

São ainda observados: a dificuldade dos profissionais, usuários e gestão em alcançar um consenso a respeito da melhor maneira de acolher o cidadão, a desinformação por parte dos usuários em relação aos objetivos do acolhimento e a relevância deste para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, bem como as dificuldades que envolvem o vínculo dos usuários com a equipe de saúde e consequente influência no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

O acolhimento é caracterizado como uma postura ética, desta maneira, deve se dar em todos os âmbitos dos serviços de saúde e pode ser realizado por todos os profissionais. No acolhimento, o profissional deve realizar uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, considerar suas subjetividades e sua participação como fundamental no processo saúde - doença, além de se responsabilizar pela resolução das demandas identificadas, fazendo uso de redes de compartilhamento de saberes quando necessário.⁹

Considerada uma tecnologia leve, o acolhimento é de fundamental importância para a consolidação da integralidade da

assistência, o controle social e a autonomia dos sujeitos, uma vez que, orienta a organização do trabalho das unidades de saúde, evidencia a necessidade de uma postura ética e humanizada por parte dos profissionais de saúde ao desenvolver qualquer ação de cuidado, chama a atenção para a necessidade de ampliar o acesso e garantir a oferta de serviços de saúde capazes de atender às diferentes demandas dos usuários, preconiza a prática da clínica ampliada, considerando situações de risco e vulnerabilidade às quais os usuários encontram-se submetidos e uma escuta qualificada.¹⁰

A partir das complexas questões envolvidas na operacionalização do acolhimento como tecnologia leve que deve envolver mudanças nos processos de trabalho dos diferentes profissionais, mudanças nas relações subjetivas entre profissionais e usuários, além de proporcionar a resolutividade de problemas por meio de uma articulação na rede de atenção à saúde, foi escolhida a proposta de uma revisão integrativa, no intuito de melhor entender essas questões a partir de resultados encontrados em pesquisas que contemplassem diversos locais do país.

Desse modo, o objetivo desta revisão integrativa foi descrever a partir da literatura científica os principais desafios relacionados ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família, mediante a visão de distintos atores sociais.

Métodos

A revisão integrativa da literatura é a síntese dos resultados de pesquisas previamente realizadas sobre um determinado tema. Consiste em associar tais resultados e analisá-los criticamente de forma comparativa, usando critérios estabelecidos a fim de alcançar um

objetivo específico.¹¹ A revisão integrativa da literatura permite conectar áreas relacionadas de um determinado trabalho e apresenta diversos benefícios: avaliar a qualidade de uma evidência científica; identificar a necessidade de pesquisas futuras sobre o tema, bem como as falhas na pesquisa atual; explorar quais métodos de pesquisas têm sido utilizados com sucesso; apontar erros em um eixo de pesquisa.¹²

As cinco etapas envolvem: a formulação de um problema, a pesquisa na literatura, o processamento dos dados, a análise dos dados e a interpretação e apresentação dos resultados. A execução de uma revisão integrativa comprometida com a integridade científica requer um trabalho detalhado, exaustivo e crítico, o qual pode gerar uma consequência significativa e contribuir para a prática e a pesquisa de uma determinada área de conhecimento.¹²

A busca pelos artigos foi realizada a partir do cruzamento dos seguintes Descritores em Saúde: “Acolhimento” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” e em um segundo momento, cruzou-se os descritores “Acolhimento” AND “Estratégia Saúde da Família na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme), considerando as Bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Ocorreu a busca na base de dados Publisher Medline (PubMed). Foram utilizadas as palavras “User Embracement” AND “Primary Health Care”. Em um segundo momento cruzou-se os descritores “User Embracement” AND “Family Health Strategy” OR “Family Health Program”.

O primeiro cruzamento na BVS resultou em 1968 artigos, o segundo em 195. Na PubMed foram encontrados 4 e 5 artigos no primeiro e segundo cruzamentos respectivamente.

Os critérios para inclusão dos artigos na revisão foram: artigos que abordavam a

temática pesquisada, atingindo o objetivo proposto, com disponibilidade do texto completo online e gratuitamente, nos idiomas português e inglês, publicados em periódicos nacionais, internacionais e especializados, com período de publicação entre os anos de 2010 a 2015. Foram excluídos artigos que se reportavam a grupos específicos como crianças (1), saúde mental (2), pacientes diagnosticados com tuberculose (2) e serviços odontológicos (1), uma vez que, o objetivo desta revisão é trazer o tema sob a ótica dos diversos sujeitos envolvidos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos 1952 artigos do primeiro cruzamento na BVS e 175 do segundo. Os artigos encontrados na primeira busca no PubMed não contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos; dos 5 artigos resultantes do segundo cruzamento, 4 foram excluídos.

Inicialmente, foi realizada a leitura do título e resumo dos artigos encontrados a partir da filtragem por meio da aplicação dos critérios de inclusão. Após esta leitura, foram excluídos artigos que não contemplavam os objetivos e/ou se repetiam.

Concomitante a leitura completa dos artigos selecionados, foi construído um instrumento de coleta de dados contendo os seguintes itens: título, autores, ano de publicação, nome da revista, objetivos, métodos e principais resultados. A partir dos resultados encontrados, os artigos foram agrupados em três categorias previamente definidas: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe.

A partir do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, o corpus desta revisão constituiu-se em 16 artigos da BVS (LILACS e MEDLINE) e 1 da PubMed.

Quadro 1 - Descrição da busca de artigos nas bases de dados, considerando o cruzamento dos descritores. Recife, 2015.

CRUZAMENTOS	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS EXCLUÍDOS	ARTIGOS INCLUÍDOS PARA LEITURA DE TÍTULOS E RESUMOS	ARTIGOS SELECIONADOS APÓS A LEITURA DO TEXTO COMPLETO
“Acolhimento” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária”	1698	1952	16	9
“Acolhimento” AND “Estratégia Saúde da Família”	195	175	20	7
“User Embracement” AND “Primary Health Care”	4	4	0	0
“User embracement” AND “Family Health Strategy” OR “Family Health Program”	5	4	1	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Resultados e discussão

A partir da leitura dos textos completos dos artigos, buscou-se categorizá-los segundo os principais eixos previamente definidos, os quais foram: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe.

Quadro2 - Descrição dos artigos selecionados para a revisão. Recife, 2015.

(continua)

TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	CATEGORIA(S)
Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática	Nora CRD, Junges JR.	2013	Revista de Saúde Pública	I, II e III
Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil	Mitre SM, Andrade EIG, Mitre RM.	2012	Ciência e Saúde Coletiva	I e III
Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros	Santos IMV, Santos AM.	2011	Revista de Salud Publica	II e III
Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários da rede básica. Salvador, 2005-2008	Silva LMV, Esperidião MA, Viana SV, Lemos DVS, Caputo MC, Cardoso MO, et AL.	2010	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	I e II
Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários	Brehmer LCF, Verdi M.	2010	Ciência e Saúde Coletiva	I, II e III

Quadro2 - Descrição dos artigos selecionados para a revisão. Recife, 2015.

(continua)

TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	CATEGORIA(S)
Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família	Tesser CD, Neto PP, Souza GW.	2010	Ciência e Saúde Coletiva	III
A visita domiciliar como pratica de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói	Santos SAS, Souza AC, Abrahão AL, Marques D.	2013	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	II e III
Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil	Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP.	2014	Revista APS	II e III
Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários	Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV.	2011	Revista Enfermagem UERJ	I
Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil	Alves MG, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al.	2014	Revista Saúde em Debate	I
Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte	Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCSP, Silva RAR, et al.	2011	Physis: Revista de Saúde Coletiva	II

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	Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM.	2010	Revista Saúde e Sociedade	II
Sentidos e práticas da humanização na Estratégia da Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste	Bomfim LA, Esperidão MA.	2010	Physis: Revista de Saúde Coletiva	II
A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo	Baraldi DC, Souto BGA.	2010	Revista Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde	III
Saúde da Família: visão dos usuários	Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP.	2011	Revista Enfermagem UERJ	II
Representações sociais e prática do Enfermeiro: limites, avanços e perspectivas	Sampaio DMN, Vilela ABA, Simões AV.	2012	Revista Enfermagem UERJ	III
Acolhimento: quando o usuário bate à porta.	Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda A, Araújo KL, Guimarães ELP.	2013	Revista Brasileira de Enfermagem	I e II

Fonte: Dados da pesquisa.

Acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade

No contexto dos serviços de saúde, o termo acessibilidade pode ser compreendido de duas maneiras. A primeira refere-se aos aspectos geográficos, os quais influenciam a chegada das pessoas às unidades de saúde, como a distância e o tempo de locomoção necessário para chegar ao local. O segundo trata do acesso socioorganizacional, o qual engloba protocolos, normatizações e elementos que podem servir como facilitadores ou barreiras para que os usuários usufruam dos serviços de saúde. Raça, idade e classe social são alguns dos exemplos.¹³ O acesso socioorganizacional diz respeito, também, a garantia da oferta de serviços em conformidade com as necessidades dos usuários, de forma longitudinal e em todos os níveis de atenção.¹⁴ Os artigos selecionados nesta pesquisa abordam o acesso no seu sentido socioorganizacional, e direcionaram a discussão para este âmbito.

Alguns estudos apontaram dificuldades ou ausência de um sistema para referenciar e contrarreferenciar os usuários a partir do acolhimento aos outros níveis de atenção, especialmente para realização de exames de apoio ao diagnóstico e consultas com especialistas.^{15,16,17} Foram apresentados relatos de insatisfação dos usuários quanto à demora para o agendamento de consultas e o recebimento de resultados de exames.¹⁶ Estas questões demonstram que há uma fragmentação dos serviços de saúde, contribuindo para uma descontinuidade do cuidado e uma baixa resolutividade; uma vez que, para que as necessidades dos indivíduos sejam atendidas de forma integral, se faz necessária a disponibilidade de uma rede onde todos os níveis de atenção encontrem-se interligados, possibilitando assim uma assistência continuada.^{15,16,18,19} Pode-se afirmar que os estudos demonstraram que

o objetivo de “orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução”⁸ a partir do acolhimento não foi alcançado.

Outro objeto de mudança através do acolhimento visado pela PNH é o modo de organizar a oferta. A PNH propõe a substituição do modelo burocrático de filas e por ordem de chegada, por um sistema de classificação de risco e vulnerabilidade, buscando assim realizar atendimentos de acordo com as prioridades.²⁰ Entretanto, o fluxo assistencial ainda é caracterizado por um modelo antigo e burocrático, o qual dificulta o acesso dos usuários às Unidades de Saúde.¹⁵ As longas filas de espera para marcação de consultas, o número de vagas incompatível com a demanda, a limitação e irregularidade dos dias e horários reservados para o agendamento de consultas, o extenso período entre o agendamento e a realização do atendimento²¹, a distribuição de senhas por ordem de chegada e em horário muito cedo são fatores que limitam a realização do acolhimento¹⁹ e causam insatisfação e sofrimento aos usuários e profissionais das equipes.¹⁵ Os usuários referem-se à necessidade de esperar demasiadamente em filas como um problema resultante da discrepância entre a oferta e a demanda, revelam considerar este um ato desumano, que os levam a se expor a situações de perigo e violência.¹⁷

O acolhimento com classificação de risco visa “atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada seja de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.”⁸

Na prática, há o risco do profissional de saúde realizar a avaliação dos usuários focando apenas na queixa-conduta, atentando somente para os aspectos

biológicos e clínicos dos problemas apresentados, podendo levar o usuário a exagerar na sua queixa, ao entender que o profissional decidirá se ele será atendido ou não e qual profissional realizará o atendimento. É necessário sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao uso adequado e flexível dos protocolos, de modo a realizar a escuta ampliada para que não haja insatisfação e limitação da autonomia dos usuários.¹⁶ O sistema de classificação de risco deve então ser utilizado como uma estratégia que não alimente o paradoxo existente entre a organização da demanda espontânea e o direito ao acesso universal.¹⁸

Acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários

A Estratégia Saúde da Família possui como uma das prioridades o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, ampliando a noção de compromisso e corresponsabilidade entre estes e gerando práticas de saúde humanizadoras.²² A PNH estabelece o fortalecimento das relações entre equipe e usuários como uma de suas metas, orientando gestores quanto à necessidade de se dispor de serviços confortáveis, visando o respeito à privacidade dos indivíduos e promovendo ambiência acolhedora.²³

Os estudos selecionados nesta revisão revelaram que as Unidades de Saúde não dispõem de estrutura física adequada para realização do acolhimento.^{15,24,21,18,25} Espaço pequeno para atender a demanda, ausência ou quantidade insuficiente de assentos para que os usuários aguardem o atendimento^{15,21} e a não disponibilidade de sala específica para realização do acolhimento²⁶ são alguns dos problemas enfrentados pelas equipes e

seus usuários. Esta inadequação do espaço físico gera insatisfação, desconforto e falta de privacidade para os usuários e condições de trabalho precárias para os trabalhadores de saúde.^{15,21,18}

A ambiência para o acolhimento deve produzir segurança e privacidade.¹⁶ Entretanto, a falta de condições básicas para receber os usuários tem propiciado a exposição dos mesmos e constitui uma barreira para o acolhimento, o qual acaba sendo realizado com limitações, sem condições de proporcionar privacidade e respeito às necessidades individuais dos sujeitos a serem acolhidos.¹⁸ A infraestrutura inadequada e a ausência de projeto de ambiência nas Unidades de Saúde têm levado ao constrangimento dos processos comunicacionais entre os trabalhadores e os usuários²⁴; sendo observadas dificuldades nas relações entre estes, com relatos de descaso, desatenção e desrespeito.²¹

Apesar da estrutura física das USF não contribuir de forma positiva para o acolhimento, a comunicação e a construção de vínculos, estudos destacaram a opinião positiva dos usuários quanto ao relacionamento com os membros da equipe.^{27,17} Em um estudo realizado em seis municípios do Nordeste, 60,2% dos usuários referem confiar nos profissionais e 50,6% relatam que as suas queixas de saúde são compreendidas pela equipe.¹⁵ A paciência, o diálogo, a atenção e o respeito são esperados pelos usuários ao receber o cuidado à saúde.²⁷

O forte vínculo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com a comunidade é um destaque recorrente em algumas pesquisas.^{25,27,17,28} Usuários referem prezar pela linguagem utilizada pelos ACS para esclarecer aspectos relativos à organização dos serviços e aos cuidados de saúde. Entretanto, há também queixas dos usuários quanto à irregularidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, além de registros de conflitos entre estes e os

comunitários; revelando a ambivalência existente nestas relações.¹⁷ Outro membro da equipe apontado como um profissional que possui grande aproximação com os usuários é o enfermeiro, o qual trabalha diretamente com os ACS, que por sua vez intensifica a integração e o vínculo entre a comunidade e a equipe da USF.²⁸

É necessário priorizar ações que valorizem e estreitem a relação entre usuários e profissionais de saúde, a exemplo da visita domiciliar, como um dispositivo para o acolher^{29,30}; construção e pactuação de formas mais eficazes de cuidado a saúde²⁸; bem como a elaboração de projeto terapêutico singular, objetivando a autonomia e o autocuidado, a partir da corresponsabilização entre estes sujeitos.¹⁶ Estratégias de incentivo ao controle social dos usuários não foram encontradas nos estudos. A participação popular na gestão do serviço pode se dar através dos Conselhos de Saúde, sendo este um espaço em que os usuários podem discutir aspectos relacionados às questões internas dos serviços de saúde e fatores político-institucionais.²⁰

Acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe

O acolhimento enquanto estratégia de mudança nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família pressupõe medidas como a reorganização dos serviços de saúde de maneira que toda a equipe multiprofissional possa atuar; alterações estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, com a ampliação de espaços de diálogos e decisões coletivas; construções coletivas de propostas, envolvendo a equipe local, a rede de serviços e as gerências centrais e distritais.⁸

A quantidade insuficiente de profissionais é apontada nos estudos como um entrave para a reorientação no processo de trabalho das equipes.^{15, 16, 18, 25} Devido a esta deficiência, não há tempo suficiente para abordar os sujeitos integralmente²⁵ ou para o desenvolvimento de atividades de grupo em equipe e/ou com os usuários; levando o profissional a uma sobrecarga de trabalho e ao sofrimento,^{15,16} gerando atendimentos rápidos aos usuários.¹⁶

Reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde tendo o acolhimento enquanto diretriz operacional significa passar o eixo central do cuidado do médico para a equipe multiprofissional, a qual usará as tecnologias disponíveis para resolver as demandas dos usuários.^{30,31} Os estudos demonstraram que a falta de articulação entre a atenção primária e os demais níveis de atenção^{15,16,24,18,20,32}, a fragmentação do processo de trabalho - não envolvimento dos profissionais na elaboração de propostas de serviços^{15,16}, e os conflitos e desarticulação das equipes¹⁶ contribuem para que o médico continue sendo o centro do cuidado, a atenção à saúde permaneça focada em atos clínicos e prescritivos²⁴ e os profissionais de saúde trabalhem de forma individualizada.¹⁶

Iniciativas que estimulem a interação entre os membros da equipe de saúde e o fortalecimento da relação interdisciplinar, como grupos de discussões sobre os processos de trabalho^{15,24}, são instrumentos de grande valia, uma vez que em locais onde há maior participação da equipe multidisciplinar no acolhimento e nas demais ações de saúde, observa-se aumento significativo do rendimento profissional e do diálogo entre os profissionais da equipe, resultando em uma melhoria da visão destes a respeito das demandas da área adscrita a Unidade de Saúde.³³

Os estudos retratam a necessidade do desenvolvimento da educação permanente em saúde.^{15,16,20} Além de capacitação clínica

para profissionais não médicos, os quais geralmente não exercitam a sua clínica com tamanha ênfase e participação na avaliação e decisão de cuidados²⁰, sendo estas atitudes necessárias para resolutividade no acolhimento.

Vale ressaltar a importância do planejamento em saúde, o qual consiste na racionalização das atividades humanas, buscando soluções viáveis para os problemas, novas propostas e atendimento das demandas individuais e coletivas.³⁴ Este planejamento é referente tanto às atividades em grupos, às reuniões de equipe, como a agenda dos profissionais. Uma vez que maior tempo dedicado ao atendimento do usuário, viabiliza a escuta, o vínculo e o acolhimento.³⁵

Considerações finais

A maioria dos artigos que compuseram essa revisão foi de abordagem qualitativa, publicados em revista da área de saúde coletiva, com maior quantidade no ano de 2010, com 6 trabalhos.

Dentre as problemáticas levantadas, é possível elucidar ideias e propostas com base nos trabalhos para melhoria das dificuldades.

As principais dificuldades encontradas para a realização do acolhimento se dão nas diferentes dimensões relacionadas — acessibilidade e resolutividade, vínculo e comunicação e no processo de trabalho da equipe. Alguns elementos importantes para o acolhimento, descritos na Política Nacional de Humanização ainda são considerados desafios na Estratégia Saúde da Família, como a ambiência acolhedora e a atenção integral a partir do trabalho em equipe multidisciplinar.

Por outro lado, iniciativas que podem apoiar o alcance do acolhimento

são destacadas nos estudos: a educação permanente em saúde, a criação de grupos de discussões sobre o processo de trabalho e ações que fortaleçam as relações entre usuários e profissionais. Observa-se a necessidade de criação de estratégias que envolvam os usuários das Unidades de Saúde no controle social dos serviços.

O acolhimento deverá ser pautado nas necessidades locais, com a escuta qualificada dos usuários, espaços para o controle social efetivar-se, articulação entre os membros da equipe para favorecer a comunicação e mudanças no processo de trabalho, interligado a todos os níveis de atenção a saúde e pactuado através de parcerias entre comunidade - equipe - gestão.

Recomendações

Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que abordem a participação e a visão dos gestores no acolhimento. Uma vez que, a gestão constitui parte essencial na operacionalização do acolhimento e pode contribuir significativamente na diminuição dos elementos que dificultam a sua execução.

A capacitação dos profissionais e a realização de oficinas de educação em saúde para os usuários sobre o acolhimento são fundamentais para que o mesmo seja operacionalizado de forma eficaz.

Referências

1. Aguiar ZN. Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 1ed. São Paulo: Martinari; 2011.
2. Ministério da Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília: MS; 1990.
3. Rosa WAG, Labare RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 nov-dez; 13(6):1027-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União. 2011 out. 24; seção 1.
5. Ministério da Saúde. Saúde da Família - Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos. Brasília: MS; 2015.
6. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm 2007 mar-abr; 61(2):153-8.
7. Ministério da Saúde. Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2003.
8. Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: MS; 2004.
9. Ministério da Saúde. Dicas em Saúde. Brasília: MS; 2008.
10. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. Rev Bras Enferm 2014 jan-fev; 61(1): 104-10.
11. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor que lhe é exigido [editorial]. Rev Gaúcha Enf; Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33(2):8-9.
12. Russell C. An overview of the integrative research review. Progress in Transplantation 2005 mar; 15(1):8-13.
13. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
14. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes, MFM, Martelli PJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde Debate 2014 out; 38:182-194.
15. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev Saúde Pública 2013 dez; 47(6):1186-200.
16. Mitre SM, Andrade EIG, Mitre RM. 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 2012; 17(8): 2071-2085.
17. Bomfim LA, Esperidão MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia da Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. Physis 2010 dez-abr; 20(4):1099-1117.
18. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciênc saúde coletiva 2010 nov; 15(3):3569-3578.

19. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev enferm UERJ* 2011 jul-set; 19(3): 457-62.
20. Tesser CD, Neto PP, Souza GW. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva* 2010 nov; 15(3):3615-3624.
21. Silva LMV, Esperidião MA, Viana SV, Lemos DVS, Caputo MC, Cardoso MO, et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários da rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010 nov; 10(1): 131-143.
22. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
23. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS; 2010.
24. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev salud pública* 2011 ago; 13(4):703-716.
25. Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. *Rev APS* 2014 jul-set; 17(3):291-302.
26. Alves MG, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate* 2014 out; 38:34-51.
27. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCSP, Silva RAR, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011 nov-abr; 21(3):1061-1076.
28. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev enferm UERJ* 2011 jul-set; 19(3):397-402.
29. Santos SAS, Souza AC, Abrahão AL, Marques D. A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2013 abr-jun; 5(2):3698-3605.
30. Franco TB, Bueno, WS, Merhy EE. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999 abr-jun; 15(2):345-353.
31. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem nas unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Coletiva* 2007 fev; 23(2):331-340.
32. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda A, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev bras enferm* 2014 jan-fev; 67(1): 104-110.
33. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde* 2011 jan-abr; 36(1):10-17.
34. Sampaio DMN, Vilela ABA, Simões AV. Representações sociais e prática do Enfermeiro: limites, avanços e perspectivas. *Rev enferm UERJ* 2012 out-mai; 20(4):481-487.
35. Silva ACMA, 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 São Paulo* 2010; 19(1):159-169.