



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE**

MARIA VERÔNICA DE ARAÚJO

**A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DO ACOLHIMENTO: uma
revisão integrativa na literatura**

CAMPINA GRANDE – PB
2012

MARIA VERÔNICA DE ARAÚJO

**A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DO ACOLHIMENTO: uma
revisão integrativa na literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, ministrada pela Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento as exigências para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elenilze Josefa Diniz

CAMPINA GRANDE – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

A658p

Araújo, Maria Verônica de.

A percepção de enfermeiros e usuários da estratégia em saúde da família acerca do acolhimento: uma revisão integrativa na literatura [manuscrito] / Maria Verônica de Araújo. – João Pessoa, 2012.

33 f.

Monografia (Especialização em Gestão em saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof^a Dra. Elenilze Josefa Diniz, FACISA”.

1. Acolhimento. 2. Enfermagem. 3. Estratégia saúde da família. I. Título.

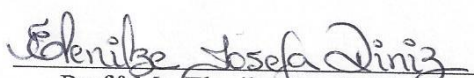
21. ed. CDD 362.12

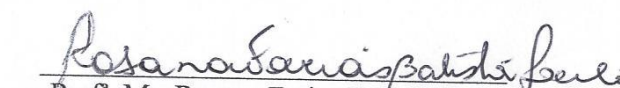
MARIA VERÔNICA DE ARAÚJO

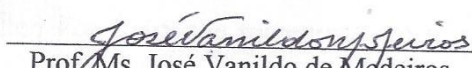
**A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DO ACOLHIMENTO: uma
revisão integrativa na literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Especialista em Gestão em Saúde, ministrada pela Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento as exigências para a obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em 15/06/2012.


Prof.^a Ms. Elenilze Josefa Diniz
Orientadora


Prof.^a Ms. Rosana Farias Batista Leite
Examinador


Prof. Ms. José Vanildo de Medeiros
Examinador

DEDICATÓRIA

A minha mãe por nunca desistir... Por nunca deixar de acreditar no meu sucesso... Pelo exemplo de mulher forte e guerreira que sempre me deu... A meu esposo José Roberto e Filhos Kelvin e Kellen Por tudo que representa em minha vida... O RESULTADO DE TODO ESSE ESFORÇO... Dedico-o

Hã os que ouvem, e os que não ouvem, mas também hã os que fingem que me ouvem, os que fingem que não ouvem...

Saber ouvir, com o Coração é uma Arte...

Neste mundo de ouvintes é difícil integrar aqueles que não ouvem rigorosamente nada... Nem o som do Mar, nem o barulho do vento, nem o tom das vozes... Quanto àqueles que ouvem verifica-se que têm o dom... Ouvir verdadeiramente...

Saber ouvir implica uma atitude consciente, uma vontade expressa, uma disponibilidade interior quase permanente... Acreditem, cansa, mas compensa... Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

(Autor Desconhecido)

RESUMO

O acolhimento apresenta-se como um caminho capaz de operar mudanças na produção dos serviços de saúde visando à garantia do acesso universal e melhoria do cuidado, além de favorecer a relação usuário/profissional/serviço. O estudo teve como objetivo verificar as **Percepções de enfermeiros e usuários da estratégia saúde da família acerca do acolhimento: uma revisão integrativa na literatura**. Trata-se de um estudo de caráter exploratório cujos dados foram coletados através de uma revisão bibliográfica integrativa nos índices LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Foi constatado que as percepções dos profissionais investigados apresentam similaridade quanto ao significado do acolhimento, bem como a intenção de expor e aplicar esse entendimento na sua prática diária. Constatei também que eles compreendem que as necessidades dos usuários são inúmeras e complexas exigindo um esforço coletivo por parte dos gestores, profissionais e usuários para implementar a lógica do acolhimento. Espera-se que o estudo contribua para despertar dos profissionais quanto ao atendimento mais acolhedor, humanizado e centrados no usuário, cujo foco é as suas necessidades apresentadas, pois, acredita-se que o atendimento pela priorização das situações e o encaminhamento mais resolutivo favorece a satisfação dos usuários.

PALAVRAS- CHAVE: Acolhimento, Enfermagem, estratégia saúde da família.

A B S T R A C T

The host presents it self as a way able to make changes in the production of health services aimed at ensuring universal access and improved care, and foster the relation ship user/work/service. The study aimed to verify the users' perceptions of nurses and family health strategy on the host: an integrative review of the literature. This is an exploratory study whose data were collected through a literature review integrative indices LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) in the database of the Virtual Health Library (VHL). The final sample of this review consisted of eight scientific articles selected by inclusion criteria previously established. It was found that perceptions of the professionals surveyed have similarities as to the meaning of the host, and the intention to expose and apply that understanding in their daily practice. I also not end that they understand the needs of the users are many and complex requiring collective effort on the part of managers, professionals and users to implement the logic of the host. It is hoped that the study will contribute to raise the professional and the service more friendly, humane and user-centered, focused on their needs presented because it is believed that the service by prioritizing and routing situations more conducive to resolving satisfaction of users.

KEYWORDS: Reception. Nursing. Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa.....	24
-------------------	--------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	15
2.2	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	20
3	METODOLOGIA.....	23
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
3.2	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	ANEXOS.....	37
	Anexo A - Declaração de Aceite.....	38
	Anexo B - Termo de Autorização Institucional.....	39

1 INTRODUÇÃO

O debate baseado no modelo biomédico teve a contribuição do Relatório de Flexner, dos Estados Unidos da América, em 1910, teve início no século XX, cuja proposta centrava-se na prática assistencial focada na doença e no hospital, de caráter biologicista, com uma proposta de modelo saúde-doença unicausal, conduzindo os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, desenvolvendo as bases para o complexo médico-industrial, constituindo uma base de lucros por sobre as doenças (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Este modelo repercutiu na assistência de todos os profissionais e em especial na Enfermagem. A visão dualista do ser transmitida para aos profissionais acerca da produção de cuidado, associando as condições de assistência, aos procedimentos e às práticas curativas, não deixou espaço para o campo psicossocial.

A saúde, entendida como agrupamento dos diversos fatores, e não apenas de um fator (unicausal), voltou a ser considerada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se deu em Alma-Ata em 1978. Esse movimento, com enfoque “Saúde para todos no ano de 2000” desencadeou no mundo a expectativa de uma nova forma de saúde expressando a urgência na ação dos gestores, trabalhadores e comunidade social em todo o mundo em busca de promover saúde, resultando em um laço de compromisso entre as pessoas com uma meta a ser alcançada através da atenção primária (GONZÁLEZ, 2009).

No Brasil na década de 1980, emergiu o movimento pela reforma sanitária, a partir da necessidade da ressignificação do modelo biomédico. Esse movimento envolveu técnicos, professores e diversos setores da sociedade civil organizada e durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, reivindicou mudanças estruturais em relação ao modelo de atenção à saúde, tornando-se um marco histórico fundamental na definição do Sistema Único de Saúde – SUS, consagrado pela Constituição Federativa Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988; CAMPOS, 2009).

A partir da descentralização dos serviços de saúde para os municípios alimentou-se a expectativa de que os serviços ampliariam os recursos humanos, para reorganização da produção do cuidado na perspectiva da integralidade e, em contrapartida, receberiam a satisfação do usuário referente às suas necessidades atendidas, entretanto, isso não acontece na prática.

Apesar de esforços dos profissionais, percebe-se que a gestão da assistência, ainda, continua diretamente ligada à oferta de procedimentos com alta margem de prescrição, privilegiando a figura médica, com a exposição dos usuários em filas intermináveis sem a

utilização da escuta ativa com o devido acolhimento. Desta forma, tais problemas dificultam a formação de vínculo entre profissionais/usuários.

Merhy (2007) aborda essas questões apresentando a lógica das tecnologias leves, quais sejam: o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização dos sujeitos e a gestão compartilhada de processos de trabalho, como orientadoras das práticas em serviços de saúde, tendo como foco a qualidade de vida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde. Este enfoque respalda a possibilidade de uma assistência de melhor qualidade se houver uma mudança significativa, tanto nas relações entre profissionais, usuários e comunidades, quanto na sua noção de cura, buscando novos elementos norteadores das práticas de saúde.

Ainda, de acordo com Merhy (2007), o acolhimento sendo uma das tecnologias leves, permite a reorganização na produção do cuidado, uma vez que ele incentiva a equipe multiprofissional a praticar responsabilização frente aos problemas trazidos pelos usuários, exercer disputa frente à promoção da saúde e prevenção de danos e se encarregar da escuta sensível, capaz de desencadear no usuário a confiança de obtenção de respostas para as suas indagações ou queixas.

Segundo Merhy (2007) e Ayres (2011), o acolhimento é um caminho estratégico de gestão participativa capaz de operar nos processos de trabalho em saúde de forma a atender a demanda existente nos serviços de saúde. Esse olhar de ouvir as necessidades do usuário assumindo uma postura capaz de acolher e dar respostas mais adequadas representa uma possibilidade de assegurar o acesso e dessa forma contribuir com a humanização do atendimento no Sistema Único de Saúde - SUS.

A crescente espera de usuários na frente das Unidades de Saúde (filas) para o aguardo de atendimento se constitui em necessidade de interesse público, cabendo aos gestores do SUS repensar formas de melhor reordenamento do processo de trabalho em saúde. Devendo ser uma das prioridades da gestão do SUS. Neste sentido, a pesquisa se justifica por favorecer a discussão no espaço acadêmica sobre o acolhimento como um arranjo do processo de trabalho na perspectiva de garantir o acesso com resolutividade das demandas trazidas pelos usuários aos serviços e dessa forma minimizar as questões referentes às filas.

O acolhimento como ação de cuidado é de recepção do usuário, desde sua chegada, chamando-o pelo nome, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas/demandas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, medos, expectativas/sonhos/fantasias, ao mesmo tempo, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (CAMPOS, 2009).

O acolhimento nesses termos não é uma questão de espaço ou local, é uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Então, colocar em ação o acolhimento implica em vontade política da gestão do Sistema Único de Saúde de cada município e dos profissionais e usuários. Essa perspectiva reorganiza a rotina do serviço e a prática dos profissionais. Tal lógica tem como ponto de partida a problematização do processo de trabalho.

Desse modo, a escuta ativa verbal e não verbal [simbólica] se faz necessário por possibilitar interpretar os dados para a necessária intervenção. Isto gera a necessidade de mobilizar toda equipe multiprofissional a fim de garantir a co-gestão do acolhimento com classificação de risco clínico e social que também envolve a compreensão da noção de clínica ampliada defendida pela política de humanização (BRASIL, 2004).

Assim, exige-se dos profissionais uma relação mais aberta e integrada às perspectivas dos modos de viver e dos saberes do outro, dispostos ao entendimento, à pactuação e à construção coletiva (PINHEIRO, 2010).

Ressaltamos que os enfermeiros sempre ocuparam papéis fundamentais na equipe de saúde da família com um forte laço de pertencimento e afeto pela população delimitada sob suas responsabilidades. Dos profissionais da equipe os que mais desenvolvem ações de vínculo como cuidado e exercem o apoio social, são os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Eles fazem baseados na dimensão da escuta ativa, do acolhimento e de relações fundamentadas em uma interface com o cotidiano cultural, da população, com o seu modo de pensar, agir e sentir a vida. Os enfermeiros conhecem os problemas de saúde das pessoas mais frequentes e fazem parte do universo de valores, significados e concepções das famílias.

O apoio social neste estudo é entendido de acordo com Valla (2011), como “um processo de interação entre pessoas ou grupo de pessoas que através do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação”, recebendo apoio material, emocional, afetivo, que contribui para o bem estar dos indivíduos, tendo um papel positivo na prevenção de doenças e na manutenção da saúde. E a escuta ativa como o escutar que permite às pessoas saberem que estão sendo escutadas e entendidas. Quando as pessoas sentem que estão sendo escutadas e entendidas, expressam-se de forma mais completa. Ademais, a pessoa que escuta ativamente, obtém informações úteis sobre a pessoa que está falando. Em outras palavras, é colocar-se no lugar da pessoa que está falando, a fim de compreender melhor o que ela está querendo dizer, o porquê o assunto é tão importante para ela. Exemplo: “Eu te entendo”, “posso imaginar como você se sente.” (MUNHOZ, 2010, p. 12).

Face ao exposto, entendemos ser de relevância social conhecer as produções acadêmicas disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acerca do acolhimento nos últimos três anos. Os resultados dessa produção é uma forma de subsidiar possíveis mudanças na forma de gerenciamento do acesso aos usuários das Unidades de Saúde da Atenção Básica. O estudo se justifica também pela possibilidade de contribuir com a ampliação da utilização dessa inovadora ferramenta de trabalho como estratégia de gestão participativa.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo principal verificar as percepções de enfermeiros e usuários da ESF sobre o acolhimento, por meio de uma revisão na literatura científica produzida nos últimos anos no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Abordaremos a seguir uma explanação teórica baseada em literaturas, documentos institucionais e oficiais, bem como consultas em pesquisas científicas.

2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A VIII Conferência Nacional de Saúde culminou com um ordenamento constitucional que assegurou a saúde como direito de todos e dever do Estado, despontaram diversas propostas de modelos de atenção à saúde como forma de assegurar um sistema integral e igualitário.

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990, neste contexto foi apresentada como um avanço jurídico-político, contudo, na prática não vem sendo capaz de reverter o quadro sócio-sanitário nacional, regional ou local, uma vez que, o modelo assistencial ainda continua sendo centrado na figura do médico e com o foco nas doenças. Dessa forma, o acesso às pessoas que procuram por atendimento nos serviços, não são suficientemente garantido.

Para Figueiredo et al, (2009), a característica dos serviços de atenção básica pressupõe a divisão de trabalho a partir de duas perspectivas: a primeira, de natureza horizontal, exigida pela própria complexidade dos serviços oferecidos (unidades produtoras); e outra, vertical, necessária à subdivisão das unidades produtoras, exigindo assim, como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolubilidade das ações e a garantia da integralidade do atendimento.

É consensual entre os autores do setor saúde que, os profissionais em geral vivenciam constantemente momentos de crise, tanto das pessoas submetidas aos seus cuidados, quanto de seus próprios, no envolvimento num emaranhado de sentimentos e pensamentos, nos quais elementos subjetivos emergem. Em meio a tudo isso, esses profissionais precisam atender às demandas desses pacientes de forma que consigam alcançar os objetivos de seu cuidado. Para que isso ocorra, é preciso que os profissionais estejam apercebidos de seus próprios processos interiores e também dos lampejos de energias sutis, muitas vezes inconscientes que apontam uma saída ou uma estratégia para melhor assistir aos pacientes.

A potencialidade de mudança advém do caráter estratégico, que permite um rompimento no comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando assim o desenvolvimento do trabalho em

equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população.

Outro aspecto que merece destaque está relacionado ao processo de reorganização da atenção básica que permite desencadear mudanças nos outros níveis do sistema de saúde. O seu eixo discursivo convoca para a construção de um novo modo de operar a saúde, humanizada e solidária, compreendendo-se humanização em sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomização, solidariedade e cidadania). Entretanto, a ESF apesar dos princípios e diretrizes estarem esboçados no campo do conhecimento, o campo da operação ainda tem muito a ser percorrido, ou seja, necessita incorporar tais fundamentos (FIGUEIREDO et al., 2009).

Cabe ressaltar que a implantação de uma nova política pressupõe mudanças em vários níveis (político, institucional, organizativo e pessoal), exigindo tempo, vontade política e recursos de várias ordens. Nesse sentido, a ESF como expressão de processos instituintes, ou seja, do que pode vir a ser, fazendo-se assim, necessário pensá-la a partir de dois críticos enfoques: o primeiro, diz respeito ao seu conteúdo minimalista, normatizador e focalizador, expresso pela rigidez e a burocratização do processo de trabalho, extirpando o trabalho vivo; e o segundo, pelo baixo incentivo financeiro destinado a uma equipe mínima, pela quantidade insuficiente de trabalhadores com perfil adequado (MERHY, 2007).

A explanação acima é diferente do discurso biomédico que ainda é hegemônico. A atenção básica em saúde não é uma ação simplificada, quando assumida de forma integral e resolutiva, ela exige dos profissionais e particularmente dos enfermeiros que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante complexos, ou seja, relação intersubjetiva (tecnologia leve) como ferramenta de trabalho.

Araújo (2010) aponta que a forma mais segura de canalização desse fluxo de energia vital é mergulharmos dentro de nós mesmos, caminho árduo, para atingi-lo de forma completa, dado o dinamismo da vida, que sempre apresenta-nos algo a conhecer. Há sempre, ainda, algo que não se mostra plenamente, sem falar nos constantes processos de transformações conscientes e inconscientes. Muitas são as formas de empreender essa caminhada: as tradições religiosas, as psicoterapias, as artes, as crises vivenciadas e os encontros com outras pessoas.

Esses processos de transformações propiciam ligações sutis com imagens, símbolos, valores, fatos ocorridos, sentimentos reprimidos ou não considerados. Assim, intuições e sensações são percebidas, lembradas e valorizadas; os valores são confrontados e tudo vai

gerando energia e aumenta a capacidade de interpretar, refletir e ressignificar as coisas, desenvolvendo, desse modo, uma inteligência espiritual.

Os efeitos dessas buscas refletem na forma como cuidamos de nossos pacientes. Esses efeitos são descritos pelo autor:

Acesso à linguagem simbólica do inconsciente. Aprende a lidar com imagens e pequenas histórias carregadas de simbolismo e poder entrar num diálogo mais profundo com pacientes e grupos envolvidos em problemas de saúde importantes. Passa a poder participar de forma voluntária do processo de elaboração do sentido e da mobilização interior, centrais na dinâmica de enfrentamento da crise do viver de seus pacientes. Abre a porta de acesso ao saber de manejo da subjetividade e das relações que se encontra acumulado no inconsciente. (VASCONCELOS, 2011, p. 67).

No manejo da subjetividade, os profissionais que rotineiramente se deparam com problemas tão complexos, não conseguem visualizar outro caminho a não ser se fechar e criar uma couraça de insensibilidade, reforçada, inclusive, no decorrer da formação pelas exigências dos seus mestres. Para quebrar esse paradigma, é imperativo o desenvolvimento das dimensões sensitiva, afetiva e intuitiva. Do contrário, o sofrimento dos pacientes, intenso e constante, tornar-se-ão insuportáveis para esses cuidadores.

Portanto a prática do acolhimento se apresenta como instrumento favorecedor a descoberta do próprio homem como um ser-para-o-outro, cujo princípio é se unir ao outro a fim de ajudá-lo a fazer a experiência do transcendente. Desse modo, os profissionais conseguirão superar essa tendência de afastamento.

Araújo (2010) lembra que o sofrimento e a proximidade da morte mobilizam muitos processos nos pacientes e familiares. O sentimento de fraqueza frente a situações irremediáveis traz abertura e disponibilidade para o desenvolvimento de relações afetivas intensas, reorganização de prioridades na vida. Além disso, possibilita encontros plenos de significados que possibilitam o perdão, a solidariedade, o amor e o respeito à vida de modo geral. Ao profissional da equipe de saúde cabe favorecer o encontro do sentido do sofrimento a partir de valores dos que sofrem.

O autor continua observando que, indivíduos em situações de sofrimentos decorrentes de doenças degenerativas ou graves vivenciam o luto da perda de si mesmas e das pessoas próximas, além de apresentarem manifestações de angústia espiritual entre as quais: o temor de não serem perdoadas por Deus, a imprevisibilidade do que há após a morte e a falta de sentido na vida (ARAÚJO, 2010).

Da dor e do sofrimento próprios da crise podem gerar felicidade e paz, mesmo que não seja num momento tranquilo, permeado muitas vezes de ansiedade e de desespero, se, nas elaborações subjetivas, forem buscados sentidos para mobilizar a reorganização.

Ajudar o paciente usuário da atenção básica ou hospitalar a descobrir seu sentido de vida, é favorecer sua autonomia como dono de sua história, frente aos níveis de qualidade de vida expressos pelo entrosamento, para fazer escolhas e propiciar a abertura para sua espiritualidade que gerará transformações pessoais e não se fechará no seu sofrimento.

Para tal precisa-se compreender que nas tecnologias em saúde, existem três classificações: leves (acolhimento, comunicação); leves-dura (saberes estruturados como a parte clínica e epidemiológica); e as duras (dentre outro se cita monitores, oxímetros, enfim todos os revices utilizados). Assim, é arriscado definir a tecnologia apenas como instrumentos e técnicas ou associá-la a compreensão de superioridade, especialização e profissionalismo.

Nesse sentido, a mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica, que no conceito aqui trabalhado, significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários (MERHY 2007).

Coelho (2009) tece três significados à tecnologia: a de objetos físicos tais como instrumentos, maquinário, matéria; a de uma forma de conhecimento, na qual significa que é concebido para um objeto através de nosso conhecimento de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo e, ainda, formando parte de um conjunto complexo de atividades humanas.

Essas concepções devem ser compreendidas como a criação de um fenômeno, pois ultrapassa a simples definição de maquinário. Perante este cenário complexo defendemos que a dimensão da subjetividade não deve ser desconsiderada. Pois utilizar as tecnologias leves na prática dos enfermeiros subsidia a produção do cuidado como um valor do direito humano à saúde, bem como reforça o processo de integralidade e humanização (AYRES, 2010).

Para Merhy (2007) Esta produção pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas, são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato. Tal visão é imbricada com a de integralidade como um encontro intersubjetivo entre profissionais e clientes, calcado numa relação dialógica.

Guimarães e Avezum (2007) analisaram 242 artigos referentes ao impacto da espiritualidade na saúde física, concluíram que, a religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de

prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências mais consistentes são para o cenário de prevenção.

A Lei federal 8080 de 1990 é considerada a Lei Orgânica de Saúde. Esta regulamentou os artigos da Constituição Federal de 1988 referentes à saúde (196 a 200), reafirmou assim a reorganização do setor da saúde com base nos princípios doutrinários e organizativos como a universalização da atenção; equidade no atendimento; integralidade das ações; descentralização da execução e da tomada de decisão; participação da sociedade; integração institucional com comando único em cada esfera de governo; e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde com organização distrital (BRASIL, 1990a).

A referida Lei Federal, ordena a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. Já a Lei federal 8142/90, trata da participação popular, através de conferências e conselhos de saúde, trazendo benefícios aos cidadãos para o exercício do controle social da gestão pública da saúde (BRASIL, 1990b).

Para Pinheiro (2010), é premente para os profissionais da saúde a exigência de reconhecer o modo como o homem organiza sua vida, seja nas particularidades da esfera privada, seja nas singularidades produzidas no grupo, na comunidade que entra, seguramente, em uma nova fase da civilização.

Não se pode negar que as visões religiosas populares interagem com os meios sociais e são vivas, não estáticas, podendo ser inúmeras em uma mesma sociedade. Portanto, uma religião também expressa uma estrutura em seu dinamismo e tendências de um contexto particular. Tais concepções são a comunhão e a expressão própria do vínculo entre o profano e o sagrado questão presentes no social (FAVERO, 2010).

De fato em muitas regiões do Brasil as pessoas de baixa renda confiam mais nas tradicionais benzedeiros, raizeiros, jazeiros, mães- de- santo, médiuns, entre outros, do que nas práticas médicas convencionais. Evidenciando assim uma sociedade organizada na desigualdade, em que muitos nunca tiveram acesso a tratamentos médicos adequados e que o apoio místico das benzedeiros foi o único alento em meio ao sofrimento físico, emocional e espiritual (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Para Guimarães 2007 apenas o tratamento médico não resolve todo o problema de saúde, pois se pode correr o risco de perder a alma sem as benzedeiros, os curadores e outros.

Entendemos aqui como raiz, cultura e espírito de uma comunidade, desenvolvido através do tempo e das múltiplas influências psicossociais e espirituais. Esse apoio místico poderá ser visto pelos profissionais da saúde como uma das expressões humanas do comportamento no cuidado com o outro, observado em todas as culturas e épocas.

2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Coerente com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154 em 2008, visando aumentar a oferta de práticas de cuidados à população (BRASIL, 2008).

A finalidade desses núcleos é a priorização do atendimento compartilhado e de forma interdisciplinar mediante trocas de saberes, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos através de amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos ou situações singulares, projetos terapêuticos singulares, orientações e atendimento conjunto, dentre outras iniciativas a critério do grupo.

As equipes do NASF atuam de maneira intersetorial, são comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pelas ESF, de forma que cada profissional a partir de seu conhecimento específico possa contribuir para a resolutividade das problemáticas demandadas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF pauta-se no modelo teórico de Apoio Matricial proposto por Campos em 1999. O assessoramento as equipes de saúde da família se dar pelos conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. Para o referido autor, a equipe de saúde da família é a referência do cuidado para o sujeito, mesmo quando este é encaminhado para um nível diferenciado de assistência.

Ressaltamos que, a equipe de apoio matricial não assume esta referência, nem se caracteriza como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado.

O objetivo das equipes é além de apoiar, ampliar e qualificar o processo de produção do cuidado, devendo ser compostas por profissionais de determinadas especialidades da área de saúde, diversificando as condutas eficazes para cada caso singular, isto é, abrangendo as possibilidades de clínica ampliada por ser um dos dispositivos da política de humanização como também visa à construção de espaços de problematizações do processo de trabalho e discussões teóricas junto às equipes.

Os apoiadores matriciais que acompanham as atividades das equipes da atenção básica também tem a missão de auxiliar na proposição de processos de co-gestão do trabalho em equipe incluso ai o acolhimento bem como a invenção de novas estratégias de ação no território que permitam um cuidado integral e singular dos sujeitos e grupos.

Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) elucidam que o apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e uma maneira de gerir o trabalho em saúde com o intuito de ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

Salienta-se que o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema, e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008, p. 02). Ou seja, espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho coletivo e da gestão participativa do processo de trabalho, no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a transferência de responsabilidade.

Nesse sentido, a responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008, p. 2).

Para tanto, é relevante considerar o discurso apresentado pelo Ministério da Saúde em relação ao fortalecimento da atenção básica, a partir da ampliação de sua resolutividade, e mais especificamente de apoio à inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços.

O princípio da integralidade, fundante do agir em saúde, como valor e processo requerem de todos os profissionais a compreensão teórica do que é acolhimento, escuta ativa e vínculo como forma de afiançar o atendimento integral em todos os níveis da atenção. Já que verificamos na prática a presença de usuário voltando para casa sem o devido atendimento ou aguardando por várias horas para ser atendido nos diversos níveis da rede de atenção à saúde. Temos clareza que essa problemática compromete claramente a acessibilidade e a integralidade da atenção. Portanto, o enfrentamento dessa situação depende do envolvimento de todos os profissionais e usuários.

O acolhimento, ao se pôr enquanto estratégia para reconfigurar o processo de trabalho nas unidades de saúde pretende: melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma tradicional de entrada que se dá através das filas e pela ordem de chegada;

humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários, em especial no que tange a forma de receber estes usuários e de escutar seus problemas e ou demandas, numa abordagem que contemple não apenas a dimensão biológica, mas também a psicológica, a social e a cultural; aperfeiçoar o trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria, buscando o atendimento segundo os riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução, critérios este que são também a base para a definição dos papéis, das competências e responsabilidades de cada categoria profissional no trabalho em equipe; aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde para com os problemas concretos vividos pelos usuários em seu contexto existencial e elevar os coeficientes de vínculo e confiança entre eles.

Por fim, e por demais importantes, a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos; não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgências, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo tecnoassistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

3 METODOLOGIA

A metodologia é a ferramenta que distingue a produção científica, metódica, da produção textual comum, segundo Marconi e Lakatos (2008).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo é de caráter exploratório cujos dados foram coletados através de uma revisão bibliográfica integrativa nos índices LILACS (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde) em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca pelos artigos indexados ocorreu mediante a utilização dos descritores: “percepção de enfermeiro”, “acolhimento” e “estratégia saúde da família”. A revisão foi complementada no Google Acadêmico repetindo-se todo procedimento para pesquisar/consultar os artigos.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Quanto aos critérios adotados para a inclusão dos artigos foram utilizados os seguintes:

- a) critério temporal, isto é, trabalhos ou resultados de pesquisas publicadas nos últimos três anos;
- b) critério temático optou-se por aqueles estudos que demonstrassem, no título, resumo, e eventualmente na introdução uma associação com o tema acolhimento considerando as percepções de Enfermeiros da estratégia de saúde da família;
- c) critério linguístico (idioma) foi incluído estudos abordados na literatura portuguesa.

Os artigos que não obedeceram a esses critérios não foram selecionados. Outro critério de exclusão adotado foi quando o acolhimento relatado nos artigos se referia a grupos específicos como gestantes e pacientes internados em UTI, pacientes portadores de HIV, devido à metodologia proposta que enfoca o acolhimento no serviço de forma global e não ações pontuais específicas.

Após a seleção dos artigos, efetuou-se uma análise tanto da proposta de pesquisa quanto da qualidade metodológica desses trabalhos. Para avaliar foram identificados os seguintes itens:

- a) problemática do estudo está claramente descrita?
- b) os objetivos propostos foram alcançados?

Quadro 1 - Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa

Dados	Autores	Identificação	Problema	Metodologia desenvolvida	Resultados	Revisão Integrativa
Brasil Português BVS – LILACS 2009 Eletrônica	COELH O, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJ O, M. E.	O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde.	Como os usuários percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento?	A metodologia foi descritiva com abordagem qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados a entrevista clínica e a observação assistemática aplicada aos usuários.	Os resultados, organizados em categorias temáticas, evidenciaram aspectos relacionados à ambiência, garantia de atendimento e acesso aos serviços especializados, e a necessidade da escuta nas instituições de saúde.	Aborda a necessidade de reflexão sobre o desafio das equipes de saúde da família na construção de novas práticas de saúde, atreladas ao contexto social, à escuta das necessidades reais e simbólicas, ao diálogo e à troca de saberes entre usuário e profissional de saúde.
Brasil Português BVS – LILACS 2010 Eletrônica	PEREIR A, et al.	As singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento.	Como os trabalhadores de saúde se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho o usuário sujeito e autor da sua história de vida?	Qualitativo-exploratória. Participaram 11 profissionais de enfermagem em Unidade Básica de Saúde localizada na região oeste da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, por meio de um instrumento semi-estruturado nos meses de março e abril de 2008.	As falas resultaram em dois temas convergentes: de um lado as singularidades humanas na atenção à saúde; e o no outro o diálogo e acolhimento como possibilidades interativas.	Evidencia que a atenção à saúde vem ampliando os debates pela valorização da singularidade humana por meio do diálogo e acolhimento como possibilidades interativas.
Brasil Português BVS – LILACS 2010 Eletrônica	SANTO S, E. de V.; SOARE S, N. V.	O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem.	Como se dá o processo de acolhimento junto aos enfermeiros, atuantes na atenção básica?	Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa enfermeiros atuantes na atenção básica do Rio Grande do Sul através de um questionário com perguntas abertas, e interpretadas mediante análise temática, obtendo-se cinco categorias.	O estudo mostrou que os enfermeiros estão cientes da importância do acolhimento e atendimento humanizado ao usuário nos serviços de saúde.	Revela o predomínio de uma prática alicerçada no modelo biomédico, centrada na fragmentação do atendimento ao usuário e na dificuldade do trabalho em equipe.
Brasil Português BVS – LILACS 2010 Eletrônica	BREHM ER, L. C. DE F.; VERDI, M.	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.	Quais as implicações éticas oriundas das práticas do acolhimento na Atenção Básica sobre a atenção à Saúde dos usuários?	Trata-se de um estudo qualitativo de design exploratório-descritivo realizado em cinco UBS da rede municipal de saúde de um município de grande porte do estado de Santa Catarina. Foram entrevistados 26 sujeitos, entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários.	Os resultados obtidos representam um revés na implementação desta prática em consonância com os princípios da universalidade no acesso, da integralidade na atenção e da garantia do direito à saúde.	Analizado à luz dos referenciais das abordagens da bioética cotidiana e da bioética da proteção, o acolhimento nas realidades pesquisadas revelou contextos permeados por conflitos éticos que emergem do dia a dia das ações nos serviços de saúde. Mostrou ainda distanciamentos técnicos e conceituais, bem como limitações estruturais. Na voz dos usuários, sobressaíram diferenças marcantes entre o que se caracterizou como o desejo de se sentir acolhido com respeito, tendo atendidas suas necessidades, e as frustrantes experiências vivenciadas no cotidiano das UBS, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

Continuação - Quadro 1 – Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa

Dados	Autores	Identificação	Problema	Metodologia desenvolvida	Resultados	Revisão Integrativa
Brasil Português LILACS 2011 Eletrônica	BARAL DI, D. C. S.; SOUTO, B. G. A.	A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo, Brasil.	Quais as demandas e necessidades assistenciais, morbidade e os encaminhamentos dados aos usuários do Serviço de Acolhimento da Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha, do município de São Carlos, SP?	A partir de um delineamento descritivo, populacional, transversal e institucional, foram aplicados 305 questionários estruturados, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010, os quais foram informatizados e processados pelo software Epi-info 2000, versão 3.5.1.	Constatou-se que a maior parte dos Acolhimentos atendeu pessoas do sexo feminino em faixa etária adulta jovem e de baixa inserção socioeconômica, com demanda predominantemente biológica de baixa complexidade. Não obstante, 96% das demandas foram resolvidas dentro da própria Unidade de Saúde.	O acolhimento é um dispositivo que está sendo proposto para impulsionar o redirecionamento da assistência em saúde por um modelo de cuidado ampliado, integral, resolutivo e multiprofissional, mas é preciso qualificar o modo como vem sendo aplicado na prática para que contribua com esse redirecionamento. Em outras palavras, reduzir o Acolhimento a uma triagem não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera desse dispositivo.
Brasil Português BVS – LILACS 2010 Eletrônica	MEDEI ROS, et al.	Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.	Qual a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde no tocante ao acolhimento e à satisfação do usuário?	Os dados foram coletados na UBS de um município de médio porte no Brasil. Foram entrevistados 53 usuários que aguardavam atendimento na UBS, seguido os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, pertencer à área adstrita da UBS e ser cadastrado na mesma, além de ter utilizado por mais de três vezes os serviços da Unidade.	A maioria dos usuários mostra-se satisfeita com o atendimento, e revelam como pontos positivos a resolutividade, humanização e solidariedade. Os pontos negativos referem-se à demanda reprimida, área física precária e não participação.	A relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz a diferença entre as práticas das ações de saúde. Apesar das queixas existentes que precisam ser consideradas para um efetivo acolhimento, é necessário haver investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitará melhor trabalho aos profissionais e maior conforto aos usuários
Brasil Português BVS – LILACS 2010 Eletrônica	VIEIRA, et al.	Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008.	Como monitorar e avaliar a implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008?	Foi realizada uma avaliação da implantação do projeto em três momentos, tanto de uma perspectiva externa, por equipe de consultores, quanto resultado de uma autoavaliação por parte dos Gerentes de Unidades. Com isso foi elaborado um modelo lógico da intervenção, do qual foi derivada uma matriz com critérios para a avaliação.	Ao final do primeiro ano, a implantação dos componentes do programa variou entre 45 por cento e 82 por cento das unidades. Seis meses após, verificou-se uma ampliação da implantação. No terceiro e último ano, em 2008, avaliação feita em amostra de 24 Unidades revelou persistência da implantação do projeto, porém com importantes retrocessos.	O elevado grau de implantação verificado, com a redução das filas evitáveis e melhoria da acessibilidade às unidades de saúde, no primeiro ano, podem estar relacionados à estratégia de implantação, bem como a algumas características da gestão municipal. Os autores discutem ainda as possíveis razões dos obstáculos encontrados no contexto da gestão municipal do Sistema Único de Saúde.
Brasil Português BVS – LILACS 2010 Eletrônica	FREIRI A, et al.	O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família.	Quais as perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família sobre acolhimento?	Estudo descritivo e qualitativo com objetivo foi levantar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior paulista sobre acolhimento.	Evidencia-se que os profissionais envolvidos possuem carência quanto ao conceito de acolhimento e sua relação com resolutividade, o que interfere na práxis dessa atividade.	Identifica-se que há necessidade da implementação de educação permanente para que a equipe possa experimentar a escuta qualificada como cidadão e profissional de saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa (2012).

A pesquisa deu início com o descritor acolhimento por título ciência da saúde geral sendo encontrados, 04 em 2012, 11 em 2011, 30 em 2010 e 18 em 2009, após os critérios de exclusão: os de 2012 todos da rede hospitalar então fiquei com 2011, 2010 e 2009 que após afinar mais ainda os descritores ficou dos 11 de 2011 só 1, dos 30 de 2010 restou 06 e de 18 de 2009 ficou 01. Conforme distribuídos no quadro acima.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão conforme já descritos na metodologia. A base de dados utilizada foi a LILACS.

O quadro 1 “Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa” sistematiza os aspectos metodológicos centrais de cada artigo selecionado. Dessa forma, pode-se perceber a incipiência de estudos científicos publicados sobre a percepção de enfermeiros e usuários da estratégia saúde da família acerca do acolhimento.

A revisão integrativa tem a finalidade de contemplar o conhecimento atual produzido sobre uma temática específica, e identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para discussão e possível tomada de decisão.

Espera-se, que os resultados obtidos a partir da revisão aqui proposta sobre a questão do acolhimento por parte dos profissionais (enfermeiros) e usuários da saúde, possam contribuir, mesmo que de forma elementar, para o aprimoramento de políticas públicas na área de saúde direcionadas para a necessidade do acolhimento num contexto de “possibilidades interativas”; de protocolos e procedimentos para uma tomada de decisão. Finalmente, pretende-se contribuir com o debate acadêmico em torno da temática.

A finalidade desta seção é a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparar os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível apresentar propostas para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.

Os autores no artigo “O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde”, aponta para existência de uma grande demanda de atendimento, como também para uma rede informatizada em oposição à fragilidade do sistema de serviços hierarquizados. Os usuários que buscavam os serviços de saúde relataram suas percepções relacionadas ao acesso por meio do acolhimento, com a elaboração subjetiva do atendimento a suas necessidades reais e simbólicas, apresentando aspectos de caráter emocional atrelados ao sofrimento físico (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009).

Quanto aos trabalhadores de saúde, estes são convidados para o constante desafio de repensar suas práticas, valores e reestruturação do serviço voltado para as necessidades do contexto social em que a equipe está inserida.

Diante disso, todos envolvidos no processo (trabalhadores de saúde, gestores, usuários e comunidade) que estão vinculados ao serviço, passam a ter corresponsabilidade pelo reconhecimento e adequação da oferta às reais necessidades, bem como pela conquista de um sistema hierarquizado de assistência à atenção básica e de construção de novos saberes com a intercessão dos participantes.

Pereira et al, (2010) no artigo “Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento” apontam como ideia principal a criação de uma cultura de humanização, implicando uma profunda valorização do potencial humano e uma compreensão de equipe, na qual todos os membros da coletividade se sentem beneficiados e beneficiários. Nessa direção, o atendimento humanizado deve caminhar de mãos dadas com o usuário e o profissional de saúde. Por isso, é premente estimular um ambiente de cuidado humano que envolva a gestão, equipes de trabalhadores e usuários, ou seja, um local onde todos cuidam e são cuidados. O “acolhimento” significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas.

Comparando analiticamente as pesquisas acima, observamos uma convergência dos resultados obtidos no tocante as singularidades humanas na atenção à saúde, diálogo e acolhimento como possibilidades interativas. Remetem ao desafio dos profissionais de saúde, mais especificamente da equipe de enfermagem, diante do cuidado do ser humano como um ser singular e integral, isto é, no sentido de compreender a dimensão física, psíquica, social e espiritual, com compromisso e responsabilidade para com a vida em diferentes manifestações.

Santos e Soares (2010) afirmam no artigo “Acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem” que os profissionais de saúde têm sensibilidade, compromisso e responsabilidade para acolher o usuário, e reconhecem a importância do atendimento integral e resolutivo. Conhecer melhor a realidade vivida pelas famílias, a partir da implantação da saúde da família. Porém percebemos contradições quanto aos direitos dos usuários de SUS, principalmente no que se refere à universalidade do acesso.

Uma das dificuldades observadas foi o aumento da demanda ocorrido após a implantação do Programa Saúde da Família. Tal situação apresenta-se como um dos desafios para mudança do modelo de atenção, sendo necessária a reorganização do processo de trabalho e a incorporação de outros campos de conhecimento, no sentido de que o acolhimento ocorra. O artigo revela, ainda, o predomínio de uma prática alicerçada no modelo biomédico, centrada na fragmentação do atendimento ao usuário e na dificuldade do trabalho em equipe.

Brehmer e Verdi (2010) no artigo “Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários” revelam contradições dos gestores e trabalhadores da saúde entre as percepções subjetivas e a descrição das experiências como atores do processo de acolhimento.

Tais evidências foram dispostas em dois eixos de distanciamento: um com uma face de caráter conceitual, e o outro referente às práticas reais de acolher. Gestores e trabalhadores expõem sua concepção sobre acolhimento e convergem para uma definição baseada fundamentalmente na relação estabelecida com os usuários. Acolher é ouvir suas necessidades, de modo a oferecer respostas. Entretanto, é importante ressaltar que ao ato de ouvir é atribuído um caráter especial, pois envolve muito além do sentido de ouvir, tornando um ato mecânico uma ação humana sensível. É produzir ao simples ato de ouvir a capacidade humana de escutar, de estar atento ao outro.

A qualidade da escuta, presente nos discursos dos entrevistados, distancia-se substancialmente dos modos como os sujeitos descrevem a organização do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde. O conjunto articulado de princípios que orientam a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a PNH (Política Nacional de Humanização) parece ser esquecido, ou mesmo abandonado, no processo de organização dos serviços e execução das ações, revelando, assim, a fragilidade e a inconsistência na construção desses processos. Cabe considerar que a construção deste processo, estão arraigada à superação de limites organizacionais e paradigmáticos. Contudo, a gestão dos serviços mostra-se, de certa forma, atrelada a esses limites. Os trabalhadores, à margem da gestão, algumas vezes parecem impotentes diante dos obstáculos concretos e não sinalizam para algum movimento de reação, pois são absorvidos pela rotina sem perceber; em outras parecem conscientes, porém apáticos à própria condição.

Os autores no artigo “A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo”, descrevem de modo crítico-reflexivo, o perfil demográfico das pessoas e suas demandas assistenciais, a morbidade e os tipos de encaminhamento oferecido às mesmas, na experiência da USF do distrito de Água Vermelha, em São Carlos, São Paulo, como proposta instrumental destinada a apoiar a reorientação do modelo de atenção à saúde nessa localidade. Utiliza a ideia de uma rede constituída por interconexões em todos os sentidos e direções como representação do Acolhimento, uma vez que o conteúdo que caracteriza essa atividade não se restringe ao espaço e ao momento formal da recepção, mas continua por todos os encontros com a assistência que marcam a passagem de um usuário pelo

serviço e interligam diferentes meios e possibilidades de cuidado (BARALDI; SOUTO, 2011).

Medeiros et al., (2010) no artigo “Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco” retratam que a influência política, econômica, social e histórica e sua relevância para o acolhimento, não sendo responsabilidade exclusiva dos usuários e trabalhadores da saúde.

A unidade de saúde tem que estar envolvida com essa temática, pois os problemas são inúmeros e de ordem estrutural, e para melhorar o acolhimento, teríamos que rever a ambiência, ou seja, melhoria da área física, da quantidade de profissionais e da oferta de alguns procedimentos (MEDEIROS et al., 2010).

Tal realidade não é diferente de outras UBS distribuídas por todo o Brasil, o fato verificado neste estudo, envolvendo satisfação e acolhimento, mostra a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, garantindo confortabilidade, condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas.

Entretanto, a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários denota um grau de responsabilidade da ESF com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde.

Nesta perspectiva, os resultados das pesquisas de Medeiros et al., (2010) permanecem semelhantes aos obtidos por aqueles anteriormente analisados no se refere à percepção dos enfermeiros e usuários da unidade de saúde da família com relação ao acolhimento o que implica no estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e sua efetivação estará relacionada com a utilização dos recursos disponíveis que se adequem e concorram para a resolução dos problemas dos usuários.

Os autores no artigo “Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica Salvador 2005-2008” revelam os resultados positivos que foram evidenciados através de monitoramento externo, autoavaliação e pesquisa avaliativa. A articulação dessas estratégias de avaliação que mobilizaram diversas técnicas, tais como inquérito, observação, análise estatística, análise do discurso, revelou o potencial da articulação entre a pesquisa, a gestão e a docência. Tudo isso, para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento com o intuito de saber como extinguir as filas de espera no atendimento das unidades de saúde e como introduzir ações voltadas para a humanização do acolhimento aos usuários (SILVA et al., 2010).

Podemos observar através dessa revisão integrativa o papel da Equipe de Saúde da Família como estratégia de ferramenta voltada aos processos de gestão e organização dos serviços como o acolhimento podendo ser aperfeiçoado e adaptado a diversos contextos locais. Cabendo a refletir sobre os problemas de acesso aos serviços de saúde na atenção básica, e, especialmente a existência de filas para atendimento.

Freiria et al, (2010) em seu artigo “Acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família” ressalta a carência quanto ao conceito de acolhimento e sua relação com resolutividade, o que interfere na práxis dessa atividade pelos profissionais de enfermagem; o autor observar, ainda, a necessidade da implementação de educação permanente para que a equipe possa experimentar a escuta qualificada como cidadão e profissional de saúde, o que nos remete a ideia de que este é um processo em construção. As concepções dos profissionais, sua subjetividade, sua compreensão sobre direitos, cidadania, podem influenciar no atendimento prestado, como neste caso em que o trabalhador entende o sistema de saúde apenas como uma benesse aos menos favorecidos e não um direito constitucional.

Portanto, com base na discussão dos artigos analisados chegamos a um consenso que a prática em saúde depende também dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais. Sendo assim, trabalhadores e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A possibilidade de escuta depende dos sentimentos e afetos mobilizados, tanto pelo usuário no trabalhador, como pelo trabalhador no usuário e também pela forma como o processo de trabalho está organizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática proposta nesta pesquisa baseou-se quanto à percepção de enfermeiros e usuários da estratégia saúde da família acerca do acolhimento, com base na revisão integrativa da literatura sobre a referida questão pode-se observar que nos últimos três anos cresceu a realização de estudos que buscam identificar o que a população usuária e trabalhadores de saúde sentem, pensam e falam sobre o desempenho dos serviços de saúde no Brasil.

Os estudos produzidos demonstraram que há preocupações, restrições e também reconhecimento por parte dos enfermeiros e usuários nos aspectos de acesso aos serviços de saúde, sobretudo, de valorizar as necessidades das pessoas (integralidade) e de identificar variáveis que remetem à relevância da qualidade na atenção à saúde da população.

Temos, portanto, o entendimento de que acolhimento é uma atitude do profissional diante do usuário e de suas necessidades, como uma etapa do processo de trabalho. Contudo, o acolhimento é um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, definido como uma prática que possibilita ao cidadão o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental.

Com base nos resultados dos artigos pesquisados foi possível constatar que o acolhimento está associado ao discurso da inclusão social, na defesa do SUS, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde.

Lançando um olhar mais atento aos artigos analisados percebemos que a humanização não é apenas a manutenção de condições adequadas nos serviços, mas também uma política articuladora entre a assistência, as tecnologias e as relações estabelecidas principalmente entre usuários e profissionais. Como prerrogativa de bom atendimento à população, as unidades de saúde têm como atribuições realizar ações eletivas ambulatoriais e atendimento a intercorrências, recepcionando, acolhendo, encaminhando, agendando consultas e ainda realizando procedimentos clínicos nas diferentes áreas de sua atuação profissional.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2010.

_____. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e conhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011. 342p.

ARAÚJO, 2010.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 1, maio 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 14 de agosto de 2009, Seção 1, p. 80-81.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Lei Federal n.º 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. Lei Federal n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, de 28 de dezembro de 1990. disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. Portaria Ministerial n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:JsSv0wp9NmMJ:www.faders.rs.gov.br/uploads/1286298438PORTARIAx154xNASF.doc+Portaria+Ministerial+n.%C2%BA+154+2008.&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESgJwGD3qGg3cdchrkeY4SRZIGjjjHdtVpASMPeIsb3NhUQjkdvnYPaDgPWSv93e_TJGSihNazkkS2BOOiG2OrlJxb3I3OQTHnkf89F9qmExImCLnDU806d2duTXh3Wh-1RZG6TG&sig=AHIEtbReL3T400LznRyb8qwfN1871Pbpug>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 44.

BREHMER, L. C. de F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

CAMPOS, G. W. S., et. al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

CAMPOS; DOMITTI, 2007.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

FAVERO, Y. **A religião e as religiões africanas no Brasil**. Palmares, 2010. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/A-Religi%C3%A3o-e-as-religi%C3%B5es-africanas-no-Brasil1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

FIGUEIREDO, et. al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS, p.3-64. In: FIGUEIREDO, N. M. F.; TONINI, T. (orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul-SP: Yendis, 2009. 312p.

FREIRIA, A. da; SANTOS, Z. V. dos; SILVA, S. S. da; OLIVEIRA, C. T. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **Nursing**. São Paulo, v. 13, n. 146, p. 348-353, jul. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 31, n. 11, p. 88-94, 2007.

GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul, v. 14, set.-out., 2009. p. 1587-1597.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MEDEIROS, F. A.; ARAUJO-SOUZA, G. C. de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A.; CLARA-COSTA, I. do C. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Saúde Pública**. Natal, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006>. Acesso em: 15 mar. 2012.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296 p.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório fFlexner: para o bem e para o mal. **Rev. Brasileira de Educação**. Santa Catarina, 2008. p. 492-499.

PEREIRA, A. D.; FREITAS, H. M. B.; FERREIRA, C. L. L.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SOUZA, M. H. T.; BACKES, D. S. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, mar., p. 55-61, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9049/8439>>. Acesso em: 12 maio 2012.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano a saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. **Por uma sociedade cuidadora**. 1. ed., Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 448.

SANTOS, E. de V.; SOARES, N. V. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. **Nursing**. São Paulo, v. 12, n. 144, p. 236-240, maio, 2010.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões nos processos de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 423.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v. 10, n. 1, p. 131-143, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

ANEXOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
BIBLIOTECA CENTRAL**

**Termo de autorização de inserção da monografia no Repositório
Institucional da Biblioteca Central da Universidade Estadual da
Paraíba**

Considerando a relevância do acesso à informação, dar visibilidade institucional à produção acadêmica com vistas a sua disponibilização, em caráter global para os usuários de monografias, aprovada no âmbito da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); o Gabinete da Reitora, em conjunto com a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (PRPGP) e Biblioteca Central organiza as regras de publicação dos trabalhos de pós-graduação *lato sensu* a fim de cumprir os requisitos orientados pela UEPB/PRPGP/BC, sendo este documento de meu inteiro conhecimento e ciência.

Assim, eu, _____ residente e domiciliado à _____, portador do documento de identidade _____ - **SSP**/____, na qualidade de titular dos direitos morais patrimoniais da obra

_____, referente aos estudos de especialização, apresentada na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em ____/____/____, com base no disposto na Lei Federal n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, AUTORIZO a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) a reproduzir, disponibilizar em rede mundial de computadores (Internet) e permitir a reprodução por meio eletrônico da obra a partir desta data, e até que manifestação em sentido contrário de minha parte determine a cessação desta autorização. Estou ciente que, embora possa restringir o uso da monografia para acesso na internet, após um ano do depósito na instituição, será integralmente disponível no repositório institucional da UEPB.

Campina Grande, __ de _____ de 2012.

Assinatura do aluno/autor

Ciência do orientador: _____



**UNIVERSIDADE ESTADUAL A PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
BIBLIOTECA CENTRAL**

**Termo de confirmação e cadastramento para publicação da monografia
no Repositório Institucional da Biblioteca Central da Universidade
Estadual da Paraíba**

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, ratifico a autorização para que a **UEPB** disponibilize através do sítio <http://www.uepb.edu.br/bc>, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei n. 9.610/98, o texto integral da obra abaixo citada, conforme permissão assinalada, para fins de leitura, impressão e download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data __ / ____ / **2012**.

1 Identificação do material bibliográfico: monografia

2 Identificação da monografia:

Nome do Programa de Pós-Graduação: _____ Área de concentração ou linha de pesquisa: _____ Autor: _____

Endereço Lattes: _____ Fone: _____ Celular: _____
RG: _____/SSP- _____ CPF: _____ E-mail: _____ Orientador: _____

CPF: _____

E-mail: _____

Co-Orientador: _____

CPF: _____

Membros da banca: _____

E-mail: _____

1 _____ CPF: _____ E-mail: _____

2 _____ CPF: _____ E-mail: _____

3 _____ CPF: _____ E-mail: _____

Data da defesa: _____

Titulação: _____

Título: _____

Palavra-chave: _____

Instituição de defesa: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) CNPJ: 12.671.814/0001-37

Afiliação (instituição de vínculo empregatício do autor): **Universidade Estadual da Paraíba**

CNPJ: **12.671.814/0001-37**

3 Agência de fomento: () CAPES () CNPq () ANP () ESPEP () Outra: **UEPB**

4 Informação de acesso ao

documento:

() liberação para publicação total () liberação para publicação parcial

Assinatura do autor

_____/_____/2012
Data

Assinatura do orientador

_____/_____/2012
Data

Estou ciente que, embora possa restringir o uso da monografia para acesso na internet, após um ano do depósito na instituição, será integralmente disponível no repositório institucional da UEPB.

E-mail: _____