

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

MARIA DE FÁTIMA DA ROCHA PINTO

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE
CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

VOLTA REDONDA – RJ

2013

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE
CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como requisito à obtenção do título de Mestre.

Mestranda: Maria de Fátima da Rocha Pinto.

Orientadora: Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles.

VOLTA REDONDA – RJ

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

P659a Pinto, Maria de Fatima da Rocha.
Acolhimento na atenção básica: uma proposta de capacitação para profissionais de saúde. / Maria de Fatima da Rocha Pinto. – Volta Redonda: UniFOA, 2013.

99 p. : II

Orientador(a): Profª Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva
Dissertação (mestrado) / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2013.

1. Saúde da família - dissertação. 2. Profissionais da saúde - capacitação . I. Silva, Ilda Cecília Moreira da. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Maria de Fátima da Rocha Pinto

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Orientadora:

Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva

Co-orientadora:

Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles

Banca Examinadora



Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva



Profa. Dra. Tânia Cristina Franco Santos



Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos Carolina e Daniel. Às suas escolhas, meus filhos de coração Rafael, meu genro e Gleiciane minha nora. Ao nosso pequeno Davi, meu neto, alegria de nossas vidas. Pessoas muito queridas, por serem presentes que a vida me deu.

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha força e fonte de inspiração.

À Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva, minha orientadora e, em especial minha amiga, pelos ensinamentos e orientações e, principalmente, por acreditar que eu seria capaz de produzir um trabalho científico deste porte.

À Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles pelo carinho, pelas orientações ministradas e pelo aprendizado adquirido nesses anos.

Aos membros da banca de qualificação Dras. Valéria Vieira e Maria de Fátima Alves e aos membros da banca de defesa Dras. Tania Cristina Franco e Maria de Fátima Alves por aceitarem o convite e deixarem aqui suas contribuições.

Aos professores e colegas do Mestrado pelas amizades conquistadas e convívio compartilhado.

Às secretárias do Mestrado Ana Maria e Bruna pela atenção que sempre me dispensaram.

À Profa. Maria Cecília pela confecção do abstract e revisão da língua portuguesa deste trabalho e ao Laerte por deixar sua marca criativa no produto desta dissertação.

Aos meus pais Alice e Gaspar que tinham sensibilidade demais para continuar vivendo.

Aos meus queridos irmãos e às minhas cunhadas, que são minhas irmãs de coração, e também, aos meus queridos sobrinhos e sobrinhas, pessoas de força, a minha eterna gratidão.

RESUMO

O acolhimento de qualidade consiste em uma prática de cuidado em todos os níveis de atendimento e é reconhecida como um ponto de dificuldade. Não se trata de uma simples etapa de trabalho, mas sim uma forma de permitir um novo significado para a prática do cuidado. Este estudo tem como objeto o entendimento de profissionais que atuam em Unidades Saúde da Família acerca do Acolhimento na Atenção Primária. Estabeleceu-se como objetivo geral elaborar um curso de capacitação sobre acolhimento como instrumento de apoio ao trabalho de profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Utilizou-se de pesquisa de campo com abordagem qualitativa e descritiva. O cenário foi quatro Unidades Saúde da Família. Os sujeitos envolvidos foram 16 profissionais de saúde. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista com cinco perguntas abertas semiestruturadas. O estudo foi organizado em quatro categorias de análise: escuta qualificada; condições desfavoráveis e favoráveis ao acolhimento; classificação de risco; observação da prática do acolhimento. Os resultados apontaram que os profissionais entendem e realizam o acolhimento, apresentando dificuldade na classificação de risco e facilidade no favorecimento para a humanização das ações. Sugerem a aprendizagem do acolhimento observando o outro em sua prática, identificando o problema a partir da realidade vivenciada, envolvendo a comunidade em um processo de ensino e aprendizagem e pela troca de experiências entre trabalhadores e usuários. Concluiu-se que profissionais de saúde entendem que a prática do acolhimento está relacionada à ação de ouvir, receber bem e ser resolutivo ao problema apresentado.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Produção do Cuidado; Ensino em Saúde.

ABSTRACT

The reception quality consists in a take care practice in all attendance levels and it is recognized as a point of difficulty. It isn't a simple working stage, but a way to allow a new meaning for the take care practice. This study has as object the professional understanding, which perform in Family Health Care Unit, concerning the reception in primary attention. It was established as general objective to elaborate a reception training course as support instrument to professional work in Family Health Care Strategy (FHCS). It was used field research with qualitative and descriptive approach. The scenario was four Family Health Care Units. The subject involved was sixteen health professionals. The data collect occur through interview with five semi-structured open questions. The study was organized in four analysis category: qualified hearing; favorable and unfavorable reception condition; risk classification; reception practice observation. The results pointed that the professionals understand and accomplish the reception, showing difficulties in risk classification and easiness in favoritism for the actions humanization. They suggest the reception learning by observing the other's practice, identifying the problem starting from lived reality, involving the community on a teaching learning process, and, by experience exchange among workers and users. It was concluded that health professionals understand that the reception practice is related to hearing action, well receive and be decisive to the presented problem.

Key words: Health Family Strategy; Reception; Take care production.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	95
---------------	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A.....	97
APÊNDICE B.....	98
APÊNDICE C	99

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Objetivo Geral.....	13
1.2. Objetivos Específicos	13
2. ABORDAGEM TEÓRICA.....	16
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1. Resgates da História Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).....	19
3.2. A Atenção Primária como Porta de Entrada.....	23
3.3. Estratégia Saúde da Família (ESF)	24
3.4. Produção do Cuidado.....	26
3.5. Acolhimento em Saúde e Suas Dimensões.....	30
3.6. Acolhimento Demanda Espontânea e Processo de Trabalho	33
3.7. Relação Complexidade e Ensino do Acolhimento	40
3.7.1. <i>Aprendizagem Significativa</i>	42
3.7.2. <i>Pedagogia da Problematização</i>	43
3.7.3. <i>Política de Educação Permanente</i>	45
4. ABORDAGEM METODOLÓGICA	51
4.1. Contexto da Pesquisa	52
4.2. A Construção do Produto	54
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
5.1. Categorias	56
5.1.1. <i>Escuta qualificada</i>	56
5.1.2. <i>Condições Desfavoráveis e Favoráveis ao Acolhimento</i>	61
5.1.3. <i>Classificação de Risco</i>	66
5.1.4. <i>Observação da Prática do Acolhimento</i>	69
6. O PRODUTO: ESTRUTURA CURRICULAR DA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.....	74
6.1. Curso de Capacitação em Acolhimento para Profissionais de Saúde.....	75
6.1.1. <i>Apresentação</i>	75
6.2. Justificativa	76
6.2.1. <i>Objetivo Geral</i>	77
6.2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	77
6.2.3. <i>Metodologia de Ensino</i>	78

6.2.4. Público a que se Destina	79
6.2.5. Instrutores	79
6.2.6. Avaliação	79
7. CONCLUSÃO	81
8. REFERÊNCIAS	85

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento de qualidade consiste em uma prática de cuidado em todos os níveis de atendimento e é reconhecida como um ponto de dificuldade. Não se trata de uma simples etapa de trabalho, mas sim uma forma de permitir um novo significado para a prática do cuidado. Entende-se que o acolhimento denota um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e definir respostas mais adequadas aos usuários, prestando um atendimento resolutivo e responsável.

Acolher o outro transcende a ação de receber bem, com cordialidade e atenção. É considerado um processo de relações humanas e deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os locais de atendimento. Significa estabelecer vínculos entre profissionais e usuários que procuram os serviços de saúde e responsabilizar-se por suas necessidades de saúde tendo em vista possibilitar a intervenção de toda a equipe por meio da escuta qualificada na resolução do problema ou necessidade apresentada pelo usuário. O acolhimento incorpora uma sequência de atos e atitudes que constituem o processo de trabalho fazendo com que se repense a reorganização do processo de trabalho em saúde (SANTOS; MIRANDA, 2007).

A humanização do atendimento é a principal competência do acolhimento, o que implica na garantia de ampliar o acesso à assistência integral aos serviços por todas as pessoas que os procuram, surgindo como estratégia para alavancar mudanças na forma como se organizam os processos de trabalho (CAPOZZOLO, 2004; SOLLA, 2005). Os autores afirmam que os profissionais de saúde são os protagonistas desse processo e possuem domínio sobre a forma de produzir o cuidado em saúde, tomando decisões no sentido da resolubilidade, promovendo discussão e reflexão coletiva de casos do processo de trabalho. Também em igual importância se deve repensar a orientação e adequação de protocolos voltados à realidade, estabelecendo o desenvolvimento de fluxogramas descritores e analisadores de atendimento, qualificar a escuta e a capacidade resolutiva desses profissionais na atenção ao usuário.

O fato de ser docente em um Curso de Enfermagem trouxe a necessidade de buscar aprofundamento em conceitos de ensino em saúde, com destaque para a Atenção Básica. Assim, em leituras pertinentes foi possível perceber que no modelo Estratégia Saúde da Família o eixo estruturante da sistematização da prática de cuidar, estava no acolhimento. Além disso, ao atuar como gerente em Unidade Saúde da Família (USF) com grande demanda, reparou-se nas dificuldades que profissionais de saúde apresentam ao conduzir suas práticas junto aos usuários nessas unidades, como também perceber a necessidade de se organizar a oferta dos serviços e garantir o acesso de usuários ao procurarem a resolução de seus problemas nessas unidades de saúde. Outro interesse surgiu ao participar de Oficinas de Atenção Básica promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde com ênfase no acolhimento e nesta oportunidade os conhecimentos sobre o tema foram aprofundados.

Estudar e investigar sobre acolhimento torna-se importante porque permite tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários a oportunidade de aprender e ensinar. É um caminho para a construção do conhecimento na área da saúde como prática libertadora e emancipatória na proposta de desenvolver a autonomia do indivíduo (FREIRE, 1996).

De acordo com essa perspectiva, faz-se necessário um estudo que contemple novas estratégias metodológicas que atendam a mudanças nas práticas de profissionais de saúde. Nesse sentido é necessário conhecer, refletir e analisar o que profissionais de saúde têm vivenciado com estratégias de atendimento, suas dificuldades e possibilidades. Essa necessidade de conhecer, estudar e praticar novas metodologias de atendimento justifica este estudo. A proposição de curso de capacitação em Acolhimento à luz do entendimento de profissionais que atuam na ESF no município de Volta Redonda torna-se o objeto desse estudo.

O acolhimento em saúde está pautado em duas dimensões distintas, tendo o compromisso de resolver demandas e necessidades identificadas. A primeira dimensão está no campo das ideias quando se pratica a escuta qualificada que vai além da ação de receber bem. É a percepção do outro em sua singularidade permeada pelo sentido da solidariedade e da humanização ao se ter uma atitude

resolutiva. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; TAKEMOTO; SILVA, 2007). Uma resolução positiva é a atitude de cuidar do problema de saúde do usuário e envolve as ações relacionais entre o binômio trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

No entendimento de Merhy e Silva (1997; 2012), no caminho de um serviço de saúde, o usuário é um sujeito complexo e sempre está em busca de identificar alguém que possa conduzi-lo à almejada solução de seus problemas de saúde. Os autores afirmam que o usuário deseja ser acolhido, compreendido em suas necessidades, avaliado, examinado e, sobretudo sentir-se confiante na atenção, responsabilização e orientação que irá receber dos profissionais no sentido de manter, recuperar ou restabelecer seu bem-estar. Esses autores ressaltam ainda a importância de se esclarecer a diferença entre acolhimento e triagem. A triagem não tem o compromisso de resolver, apenas selecionar. Já o acolhimento não faz seleção, tendo o compromisso da resolutividade, trabalhando com a lógica, sendo a porta aberta para a escuta individual.

A segunda dimensão está na organização do processo de trabalho. A palavra organização remete a uma das funções básicas da administração, praticada por aqueles que desempenham funções gerenciais com a finalidade de alcançar resultados por intermédio das pessoas (FERREIRA, 2007). Seguindo a linha de pensamento abordada pelo autor, pode-se afirmar que a organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde é uma atividade gerencial, na qual todos os componentes da equipe possuem atribuições e responsabilidades no desempenho de suas atividades.

Na saúde não existe um profissional autossuficiente e o acolhimento só acontece se o trabalho se realizar em equipe e quando o acolhimento depende do trabalho de todos envolvidos (FRANCO, 1999; SÁ, 2009). Os autores descrevem que existe uma interdependência entre trabalhadores de saúde, que acontece como uma rede de conversações constante, podendo ser conflituosa ou harmônica disparando várias tecnologias de mudança no processo de trabalho. Afirmam ainda que para mudar o processo de trabalho será necessário mudar a postura das pessoas, quebrar paradigmas o que demandará treinamento e investimento em Educação em Saúde.

Há uma ênfase em se considerar como ponto principal desse processo, a assistência prestada por profissionais, assim como a assistência recebida por usuários, não se dando credibilidade e valor ao acolhimento quando o usuário procura a unidade de saúde.

Nesse contexto, emergem as questões que nortearam este estudo: Qual o significado de acolhimento, referido por profissionais de saúde? como praticam o acolhimento em suas unidades? profissionais de saúde encontram dificuldades, facilidades ou interferências ao praticar o acolhimento nas Unidades Saúde da Família? o que profissionais de saúde sugerem para se realizar o acolhimento? como profissionais de saúde ensinariam o acolhimento para novos integrantes da equipe de saúde em suas unidades?

Como problema a ser refletido destaca-se: um curso de capacitação em Acolhimento à luz do entendimento de profissionais que atuam na ESF apoiaria o trabalho de profissionais nas unidades de saúde e poderia sanar dificuldades em suas práticas melhorando o acesso de usuários na Atenção Primária pela reorganização do processo de trabalho? Para responder a essas indagações traçaram-se os seguintes objetivos:

1.1. Objetivo Geral

- 1) Elaborar um curso de capacitação em acolhimento como instrumento de apoio ao trabalho de profissionais na ESF.

1.2. Objetivos Específicos

- 1) Descrever o entendimento de profissionais de saúde sobre o acolhimento;
- 2) Identificar a prática cotidiana de profissionais de saúde no que se refere ao acolhimento;
- 3) Relatar como sugerem a prática de acolhimento, especificando como os profissionais ensinariam o acolhimento nas unidades de saúde;

A temática em estudo é abrangente. No estudo poder-se-ia destacar aspectos históricos, éticos e legais sobre acolhimento, apontar estratégias de implantação do acolhimento em Unidades de Saúde na Atenção Primária. Poder-se-ia ainda focar a fala de enfermeiros sobre a sua participação na implantação do acolhimento na ESF; entretanto, neste momento, optou-se por fazer um estudo visando contribuir para uma nova prática no cotidiano dos profissionais de saúde, com a proposta de elaboração de um curso de capacitação em acolhimento. Dessa forma, um estudo que privilegia a participação de trabalhadores de saúde e seu entendimento sobre o acolhimento na reorganização dos serviços oferecidos no modelo da ESF, torna-se relevante.

Pretende-se contribuir para o ensino ao nível da graduação em sua formação, para que se aprenda a contemplar o acolhimento como uma prática de cuidar e na pós-graduação, em especial no Ensino em Ciências da Saúde, com destaque para a Educação em Saúde, na reflexão sobre a temática referindo partes deste texto em seus estudos, propondo desenvolvimento de novas práticas para se realizar o cuidado em saúde com base no acolhimento.

Outra contribuição pretendida diz respeito à prática entre profissionais de saúde ao adotarem mudanças que contemplem novas estratégias de atendimento, como também um novo olhar sobre a forma de organizar os serviços ofertados na Atenção Primária. A contribuição se confirma para uma prática de qualidade entre profissionais na reorganização dos serviços de saúde a partir da reflexão crítica e da problematização dos processos de trabalho, assim como mudanças estruturais na forma de gestão dos serviços de saúde, ampliando-se os espaços de discussão e escuta como também a troca de saberes e decisões coletivas de intervenção e cuidado.

Também se insere na contribuição para a pesquisa como referência de novos estudos e servindo de modelo no mestrado profissional. A publicação de um artigo sobre a temática também é uma forma de contribuição acadêmica junto com a proposta de elaboração de um curso de capacitação em acolhimento, tanto para profissionais da ESF como para acadêmicos da área da saúde.

A utilização do produto de forma sistemática representa uma atividade educativa na área da saúde e espera-se que sua operacionalização promova momentos de crescimento profissional e pessoal. Pretende-se com isso proporcionar à equipe de saúde uma oportunidade de ser capacitada, potencializando conseqüentemente sua capacidade de cuidar.

É um produto textual e será registrado na Biblioteca Nacional com ISBN. Pensou-se como plano de disseminação do produto a oferta do curso de capacitação em acolhimento para acadêmicos vinculados ao Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA e a profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

2. ABORDAGEM TEÓRICA

Optou-se por conceitos da complexidade de Edgar Morin (2001, p. 22), porque, para esse autor “enquanto fragmentado, o saber não oferece nem sentido, nem interesse, ao passo que, respondendo às interrogações e curiosidades, ele interessa e assume sentido”. Interessa, neste estudo, uma forma de compreender o mundo, as relações que sustentam a coexistência entre os seres no universo, contribuindo para se reconhecer a ordem e a desordem, a estabilidade e a mudança e o autor afirma que a complexidade comporta as ações, as interações e as determinações, que constituem o mundo dos fenômenos e, especialmente, a noção de incerteza.

Nesse sentido defende-se a necessidade de se buscar desenvolver métodos de ensino que possibilitem ao estudante “apreender as relações mútuas e influências recíprocas entre partes e todo num mundo complexo”. A falta de disciplinas que privilegiam a supremacia de um conhecimento fragmentado impede, ou dificulta o aparecimento de vínculo entre as partes e as totalidades; daí a importância de se permitir “um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos nos seus contextos, nas suas complexidades, nos seus conjuntos” (MORIN, 1999, p.17).

Neste estudo faz-se uma fundamentação teórica sobre a complexidade à luz do pensamento de Edgar Morin, que se caracteriza enquanto “mestre na arte de fazer caminhos ao caminhar [...]” (SILVA; CLOTET, 2001 apud SANTOS, 2003).

O significado do termo *complexus*, num primeiro sentido, denota o que está unido, o que está tramado formando uma rede, um tecido. E é esse tecido que é preciso conceber, idealizar (MORIN, 2001).

A complexidade traz o fim do saber absoluto e total, pois reconhece a parcela inevitável de desordem e de eventualidade em todas as coisas, principalmente o reconhecimento da incerteza no conhecimento. Repousa simultaneamente sobre dois sentidos: o de tecido (interligação) e o da incerteza (desordem). Entende-se que

a complexidade é uma forma de buscar significados e de compreender o mundo. (MORIN, 2001).

Nessa linha de pensamento, Morin (2001), afirma que o princípio da separação não findou, mas é insuficiente, é preciso separar-se, distinguir, mas também é necessário agrupar e unir. O princípio de ordem também não acabou, é preciso integrá-lo na dialógica ordem-desordem-organização. A complexidade se evidencia quando elementos diferentes são inseparáveis e constitutivos do todo. É a junção entre a unidade e a multiplicidade. Observam-se os desafios da complexidade por toda a parte. Quando se identifica um conhecimento fracionado encerrado em um único ponto, cuja intenção é manipulá-lo, a preocupação de reunir, contextualizar não faz sentido. Mas ao contrário, se um conhecimento é pertinente, precisa-se reunir e contextualizar as informações e os saberes num conhecimento complexo.

Ao esclarecer a complexidade, Morin (1999) defende os sete saberes para a educação do futuro e os apresenta como princípios: 1) sistêmico ou organizacional; 2) hologramático; 3) circuito recursivo retroativo; 4) circuito recursivo; 5) autonomia/dependência; 6) dialógico; 7) reintrodução do conhecimento em todo o conhecimento. Interessa para efeitos deste estudo o princípio dialógico que para Morin quer dizer duas lógicas. Dois princípios que estão unidos sem que a dualidade se perca mesmo com essa unidade, isto é, conceber um mesmo fenômeno complexo, que une duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas que se apresentam indissociáveis em uma mesma realidade (MORIN, 1999).

Considera-se aqui o estudo de Silva (2003), quando afirma que Edgar Morin transita em diferentes contextos regionais ou mundiais com a intenção de contribuir para a construção do pensamento complexo. Estudioso de questões de educação, Morin propõe uma ética de solidariedade, uma reforma do pensamento por meio do ensino transdisciplinar, capaz de formar indivíduos solidários e éticos, e caminhar para o enfrentamento de desafios dos tempos modernos.

Procuraram-se leituras e reflexões quanto às diretrizes e propostas para o cuidado desenvolvido na ESF onde se percebeu a interface existente entre os

paradigmas em estudo: o teórico e o prático. Identificou-se haver coerência entre as duas propostas de abordagem, possibilitando a adoção dos ensinamentos de Edgar Morin sobre complexidade no sentido da enfermagem obter maiores e melhores resultados em suas ações, principalmente na qualidade de sua assistência junto aos usuários.

Acredita-se que, por meio do ensino transdisciplinar, tendo como alvo a contextualização do ser humano e o meio ambiente podem capacitar na prática do acolhimento profissionais de saúde tornando-os mais sensíveis e competentes, como também solidários às questões relacionadas à organização da oferta de serviços na Atenção Básica e ao acesso de usuários em busca de ações de saúde de forma resolutiva.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Resgates da História Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

Na antiguidade, estudiosos já se preocupavam com a saúde dos povos e a adoção de medidas com vistas ao controle de doenças e agravos, pelas Políticas Públicas. Os anos 80 foram marcados pela Reforma Sanitária e pela elaboração de uma nova Carta Magna para o país. O movimento pela Reforma Sanitária ganha força e envolve técnicos do setor como também a participação da população de forma organizada, em meio a um clima de mobilização da sociedade assim como do debate acerca da crise da Previdência Social e da Saúde (HEIMANN, 2000).

Atinge seu ponto alto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. Levanta a bandeira de se descentralizar a saúde e pleitear a criação de um sistema único de saúde, universal, igualitário, participativo, integral e descentralizado. Paralelamente se formulava a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, em conjunto com algumas secretarias estaduais de saúde (HEIMANN, 2000; MATOS; PIRES, 2009).

Dois eventos internacionais marcaram o destino da saúde para os povos no cenário mundial. O primeiro foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários de ALMA – ATA em 1978 com o tema Saúde para Todos. Os principais compromissos dizem respeito à: saúde, desigualdade, promoção da saúde, direito da população e a responsabilidade do governo pela saúde dos povos, quando citam:

A saúde como um direito fundamental do homem [...]; A desigualdade no estado de saúde dos povos é inaceitável [...]; A promoção da saúde dos povos é essencial para o desenvolvimento econômico e social [...]; A população tem direito e o dever de participar como indivíduo e como grupo no planejamento e na execução dos cuidados de saúde; Os governos têm responsabilidade pela saúde dos povos [...]; Atenção primária significa cuidados essenciais de saúde [...]; O compromisso com a atenção primária à saúde define a influência das condições econômicas e das características sociais, culturais e políticas de cada país [...]. (BRASIL, 2000, p. 17).

A Conferência de Alma - Ata trouxe como plano de ação para os países as seguintes atividades: a educação a respeito dos problemas de saúde existentes e dos métodos de prevenção e cura; a promoção de alimentos adequada; o

abastecimento de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e controle de doenças endêmicas; o tratamento em caso de doenças e acidentes comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais (BRASIL, 2000).

O segundo evento foi a I Conferência Internacional de *Ottawa* em 1986 sobre Promoção da Saúde. A carta de *Ottawa* define a Promoção da Saúde como:

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Afirma que as pessoas devem se envolver neste processo como indivíduos, famílias e comunidades e que homens e mulheres devem participar como parceiros iguais (BRASIL, 2000, p. 19).

A carta de *Ottawa* trouxe afirmações importantes para a saúde dos povos como recurso para se viver, construída pelo cuidado consigo e com os outros e vivida pelas pessoas. Pela capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Continua afirmando que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida podendo ser favorecida como prejudicada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Afirma também que as pessoas só podem realizar completamente o seu potencial de saúde, se forem capazes de controlar os fatores que determinam a sua saúde.

Assim, surge um novo entendimento sobre saúde após a Reforma Sanitária brasileira introduzindo na Carta Magna do país uma concepção de saúde abrangente, generosa e moderna. Estabelece-se um conceito ampliado que passa a ser entendido como um direito social inalienável de todo e qualquer cidadão:

[...] a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos, nas quais se inclui o acesso universal, igualitário e equitativo a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004, p 17).

Cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma realidade desde 1990, garantido pela Constituição de 1988 e criado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Lei 8.080 que enfatiza a municipalização dos serviços e ações de saúde e a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Trata-se de um sistema único porque segue a mesma doutrina em todo o território nacional (BRASIL, 2004).

O direito à saúde torna-se, então, reconhecido como direito de todos e dever do Estado respaldado pelas LOS 8.080 e 8.142, com aprovação no ano de 1990. Formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com uma única gestão em cada esfera de governo e sob o controle dos usuários, pela lei 8.142 que garante a participação da comunidade pelo Controle Social (COSTA; CARBONE, 2009).

O Sistema Único de Saúde é o maior programa de inclusão social, a maior reforma do Estado em andamento e a única política pública realmente universalista e igualitária do Brasil. Trata-se de um sistema de serviços de saúde em construção, ainda inacabado, incompleto, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2004).

Ficam garantidos novos princípios na Política de Saúde Brasileira, após a criação do SUS. Esses princípios estão divididos em doutrinários e organizativos. Os Princípios Doutrinários estão baseados nos preceitos constitucionais como a universalidade de direitos que as pessoas têm aos serviços do SUS, o da Integralidade da assistência e a Equidade na garantia de acesso a qualquer pessoa em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Como contribuição de Costa & Carbone (2009), os princípios organizativos estão baseados na regionalização e hierarquização, onde os serviços estão organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. Resolver os problemas de saúde nos níveis de sua competência está no campo da resolutividade, que é outro princípio organizativo. Os autores apontam ainda como outros princípios organizativos, a descentralização político administrativa com a responsabilidade política pela saúde de seus cidadãos e a participação dos cidadãos

onde cabe à população o controle social que é exercido nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, de forma paritária com três segmentos: gestores, trabalhadores de saúde e usuários. E por fim, como último princípio organizativo, a complementariedade do setor privado quando for necessário e existindo insuficiência de oferta de serviços, pelo setor público, para o atendimento da população. A Constituição Brasileira prevê que é lícita a contratação de serviços privados para atender as necessidades dos usuários tanto na média e alta complexidade, como também na atenção primária (COSTA; CARBONE, 2009).

O SUS é uma conquista do povo brasileiro instituído pela Reforma Sanitária que fez valer as mudanças nas práticas de saúde, onde a atenção à saúde é pautada na Universalidade, Integralidade e Equidade. A concepção de saúde passa a ampliar-se para a dimensão de uma vida de qualidade e não apenas reduzida ausência de doenças (PASSOS, 2006).

Há comprometimento com as dimensões da promoção da saúde, da prevenção de doenças, do cuidado e da assistência com a finalidade da produção da saúde. Se há o comprometimento com essas dimensões também se aceitam os desafios em defesa da vida e a garantia do direito à saúde respaldada na Constituição do país. O acesso a serviços e aos bens de saúde pelos usuários ainda é passivo de reflexões e a busca de melhores caminhos para a saúde da população (CAMPOS et al, 2006).

O despreparo de profissionais de saúde para trabalhar com dimensões que não estejam no campo do saber tecnológico e vocacional, como a dimensão da subjetividade que se encontra inserida em toda a prática do cuidado em saúde, fica evidente e apontado por esses trabalhadores quando questionados. Somam-se a isso os modelos de atenção que chegam às unidades de saúde de forma centralizada e verticalizada onde o trabalhador de saúde não se reconhece no seu processo de trabalho (FREIRE, 2009).

Surge, então, a necessidade de se repensar a mudança desse cenário para a implementação do novo modelo assistencial proposto pelo SUS. O Ministério da

Saúde propõe a implementação da PNH – Política Nacional de Humanização no SUS – “HumanizaSUS” (BRASIL, 2010).

Os valores que embasam essa política estão pautados na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, nos vínculos solidários, na corresponsabilidade, na construção de redes e por fim na participação coletiva no processo de gestão (PASSOS, 2006).

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS almeja estabelecer uma nova relação entre a comunidade, os usuários e os profissionais que os atendem. Todos juntos fazendo com que o SUS garanta o acesso aos serviços, seja mais resolutivo e acolhedor, levando em conta a ambiência, assim como o atendimento a toda comunidade considerando as diferenças culturais e raciais da população (BRASIL, 2004).

Entende-se a humanização como um movimento que levará ao fortalecimento do SUS e à valorização dos diferentes atores no processo de produção da saúde: os usuários, trabalhadores e gestores. Atores esses, protagonistas do cuidado, cuja porta de entrada é a Atenção Primária. A missão da Atenção Primária é o cuidar e a acessibilidade significa o primeiro contato sempre que um problema de saúde é identificado e necessita de um novo atendimento.

3.2. A Atenção Primária como Porta de Entrada

A Atenção Primária compromete-se com muitas dimensões para produzir saúde: promover, prevenir, assistir e reabilitar o indivíduo. Na defesa da vida e na garantia do direito à saúde enfrentam-se muitos desafios que persistem como também se acompanham avanços ou problemas impondo urgência levando o sistema de saúde a um aperfeiçoamento, a um repensar sobre sua prática e até mesmo mudança de rumos, novos caminhos, novas condutas. Saúde passa, então, a ser entendida como “um direito social inalienável de todo e qualquer cidadão garantido por políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos” (BRASIL, 2004).

Na Atenção Primária a forma de se ofertar os serviços de saúde ainda está longe da necessidade do usuário, que tem o acesso ao atendimento determinado pela ordem de chegada e enfrentamento de filas nas portas dos serviços de saúde sem a priorização por risco ou vulnerabilidade. Ainda se percebe os processos de trabalho organizados na centralização da oferta de consultas médicas, com pouca utilização da capacidade instalada das unidades de saúde em relação à realização de outros procedimentos que fazem parte da assistência prestada pelos demais profissionais que compõem as equipes de saúde resultando em dificuldades significativas da população em ser atendida nas suas intercorrências e problemas de saúde. Quando esse primeiro contato não está disponível ao usuário, leva-o a procurar outros níveis de atenção, muitas vezes não resolvendo as causas do problema e incidindo em gastos adicionais (BRASIL, 2011).

Como exemplo de Atenção Primária instituiu-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que enfatiza a integralidade da atenção e organiza o acesso da população aos demais níveis de complexidade do sistema.

O Ministério da Saúde (MS) entende que a Promoção da Saúde é o eixo norteador das práticas de saúde, fortalecendo a Atenção Primária e onde se dá a ampliação do acesso aos serviços. Atenção Primária representa serviço de alta qualidade e resolutividade com a valorização da promoção e proteção da saúde e parte de um sistema hierarquizado. As relações que se estabelecem entre a equipe de saúde e os usuários são o Acolhimento, a Humanização e o Empoderamento e Liberdade (COSTA; CARBONE, 2009).

3.3. Estratégia Saúde da Família (ESF)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inicia-se em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) é implantado em 1994 com as primeiras equipes compondo-se de 01 médico, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem e 03 a 04 agentes comunitários de saúde. Atualmente, o dentista é o mais novo componente dessa equipe. O PSF é iniciado como um programa e hoje é mais que um programa, trata-se de uma estratégia com a proposta prioritária para a

reorganização da Atenção Primária conforme o que está preconizado pelo SUS (AZEVEDO, 2007).

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção à saúde que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar as práticas assistenciais do SUS a partir da Atenção Primária. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade de saúde da família ou no domicílio por uma equipe mínima de profissionais que compõe as equipes de Saúde da Família. Assim os profissionais e a população criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Representa a porta de entrada: é o primeiro contato com os serviços de saúde. Acredita-se que a Estratégia Saúde da Família organiza a referência e a contra referência para os diferentes níveis do sistema e que as unidades de saúde da família sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (MARCHON, 2007).

De acordo com o conhecimento de Azevedo (2007), confirma-se o cenário com profissionais para resolver os problemas de saúde mais comuns e menos complexos e lidar com novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Os profissionais têm condições de ser resolutivos mediante os problemas ou necessidades dos usuários e que apenas 15% dos casos necessitam ser encaminhados para fluxos da Média e da Alta Complexidade. A Unidade Saúde da Família (USF) passa a ser responsável pelas famílias de sua abrangência como também o plano terapêutico, passando a encaminhar o usuário quando necessário, pelo sistema de “referência e contra referência” para serviços próprios ou pela complementariedade do setor privado.

Esta mesma autora acrescenta informando que o governo brasileiro elege a família como núcleo social alvo em um território definido e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da Vigilância em Saúde. As ações básicas representam um conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde, ações de promoção e prevenção, que devem

ser ofertadas por todos os municípios do país, com qualidade e suficiência para sua população, tendo como eixo principal o cuidado em saúde.

3.4. Produção do Cuidado

Waldow (2004), afirma que “o cuidado inicia-se por nós, no momento em que nos preocupamos com o outro, com seu bem estar e se refletirá em nosso próprio bem estar”. Para Heidegger (1969) apud Waldow (2004), a essência do ser humano está no cuidado e sua existência no mundo acontece pelo cuidado. Não existindo o cuidado deixa-se de ser humano. O ser humano é um ser que deve cuidar de si e dos outros e o cuidado deve ser nutrido, cultivado e compartilhado.

A Atenção Primária é o cenário onde se realizam as ações básicas e a produção do cuidado. O ato de cuidar apresenta algumas peculiaridades no cenário da saúde que nos convida a refletir a partir de alguns questionamentos: Como se dá o cuidado? Quem é o profissional do cuidado? Como transformar a prática idealizada em realidade? Como estão sendo preparados os profissionais cuidadores?

Percebe-se que nem todos os profissionais têm em sua formação o privilégio de aprofundar e exercitar o cuidado em sua plenitude e de forma integral. Essa visão humanística, que procura respeitar o ser humano e considerá-lo em sua totalidade, faz a verdadeira diferença, pois a existência do outro dá o sentido do eu. O cuidado transforma o ambiente, humaniza relações e sensibiliza o humano. Quando nos relacionamos com o outro nos tornamos humanos (WALDOW, 2004).

Ao se estudar a produção do cuidado, na ótica de Cecílio (2009) observam-se três dimensões distintas: profissional, organizacional e sistêmica, que se passa a descrevê-las nos parágrafos seguintes.

Na dimensão profissional se dá o encontro entre trabalhador e usuário. Essa dimensão apresenta a preocupação em como o trabalhador de saúde concebe o outro que necessita do cuidado, sua competência sobre o domínio técnico-científico

para melhores respostas ao problema identificado e a criação de vínculo trabalhador/usuário (CECÍLIO, 2009).

O autor aponta que a dimensão organizacional tem esse sentido, de institucionalizar as práticas de saúde. É a dimensão descrita anteriormente, porém em contextos institucionais, onde ocorre a divisão do trabalho e ao se fazer isso se fragmentam as práticas, necessitando de coordenação dos trabalhadores e da comunicação entre os vários profissionais que se envolvem no cuidado. Nessa dimensão ocorre a participação de atores multidisciplinares no enfrentamento de desafios e problemas em espaços de conversação e troca, estabelecendo fluxos e normalização de processos de trabalho. O eixo central está na responsabilidade gerencial compartilhada. Aqui o encontro é mais complexo pela diversidade de atores sociais e aspectos envolvidos do que no encontro trabalhador/usuário, visto na dimensão profissional (CECÍLIO, 2009).

Continuando na linha de pensamento desse autor, a dimensão sistêmica trata do conjunto de serviços de saúde com diferentes funções e diferentes formas de agrupamento tecnológico com fluxos estabelecidos entre si e controlados por uma Central de Regulação para vagas de procedimentos ou consultas. A dimensão sistêmica assim organizada tem a finalidade de garantir o acesso de usuários do sistema de saúde às tecnologias do cuidado pelas redes institucionais que se estabelecem utilizando a referência e a contra referência.

As pessoas, em busca de seus desejos e necessidades, circulam por um conjunto articulado de serviços de saúde que se complementam entre si desde a atenção primária passando pela média e a alta complexidade. Essa dimensão evidencia a gestão do cuidado num mundo estruturado regido por normas, regras e responsabilidades documentadas no Pacto pela Vida do Ministério da Saúde de 2006. A dimensão sistêmica necessita de outras dimensões do cuidado. Deve estar pautada na integralidade da atenção que se percebe na busca das pessoas e nos encontros que se dão na rede de serviços. Completa-se o que pensa o autor acerca da complexidade na rede de cuidados:

Encontros nos nós de uma complexa rede de cuidado. Os nós da rede são conexões humanas. São encontros humanos. Há um potencial imenso de energia-criatividade-produção retida nos nós (CECÍLIO, 2009).

Percebe-se que essas dimensões se misturam e se agregam evidenciando múltiplos atores em papéis distintos na gestão do cuidado. Assim não é demais enfatizar neste estudo, que a dimensão profissional empenha-se no estabelecimento de vínculo e na construção relacional entre profissional e usuário. Já a dimensão organizacional identifica o gerente construindo a equipe que cuida e a aquisição de insumos necessários à prestação do cuidado. E por último a dimensão sistêmica evidencia o gestor em seu pleno exercício construindo redes de cuidado.

Merhy (1999) faz uma contribuição nessa perspectiva quando afirma que a questão que se faz em relação ao cuidado em saúde não é quanto à sua finalidade, que é a de promover saúde e prevenir doenças, que quanto a isso não há dúvidas, mas sim como se conseguir isso, embora o trabalho em saúde produza uma forma de cuidar que pode transitar por momentos distintos e ser uma forma de cuidar positiva e nem por isso se constitua em cura ou não, significando promoção em saúde.

A organização da rede básica de saúde é normalizada como se observa principalmente na ESF quando oferece os serviços de saúde pautados em ações programáticas, com horários determinados para grupos populacionais em consultas agendadas ou procedimentos. Ressalta-se que os trabalhadores ficam presos a essa forma de oferecer os serviços estão impregnados de atos normativos o que dificulta a criatividade na produção do cuidado. Aprisiona-se o seu trabalho vivo sendo impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários (FRANCO, 2006).

Por vezes, observa-se que o processo de trabalho pode organizar-se de uma forma que limite a autonomia de trabalhadores de saúde em sua ação de cuidar, tanto por haver um planejamento prévio feito por pessoas da gestão guiando cada passo de quem cuida, assim como pelo predomínio da lógica de manejo dos instrumentos no comando do processo. Nessas situações, o trabalho morto prevalece ao trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho (MERHY;

FEUERWERKER, 2009). Para explicar o que é trabalho morto e trabalho vivo buscaram-se os seguintes conceitos:

Trabalho morto são todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo e que são resultados de um trabalho humano anterior (as ferramentas, por exemplo, que não existiam antes de serem produzidas, mas que num novo processo produtivo já estão dadas). O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue (MERHY E FEUERWERKER 2009).

Percebe-se também que o trabalho vivo é auto governável podendo modificar a norma e a ordem, permitindo liberdade e criatividade quando é desejo de trabalhadores e na forma de se relacionar surgem novos fluxos e integração entre as equipes e usuários permitindo que a produção do cuidado aconteça nesses novos fluxos ou redes que se formaram e não na estrutura rígida imposta pela normatização dos serviços ofertados do SUS.

O trabalho em saúde acontece a partir de encontros entre trabalhadores e usuários estabelecendo fluxos constantes entre esses sujeitos formando uma rede de relações. A equipe opera na informalidade expandindo suas conexões para além da unidade, com a própria equipe, outras equipes de outras unidades, o domicílio do usuário ou até mesmo uma entidade na comunidade, a partir de um projeto terapêutico quando identifica um problema, multiplica sua rede nos processos de trabalho, estabelecendo relações locais ou à distância pactuadas ou não, elas existem e operam a produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem com a proposta de operacionalizar os processos de trabalho nas unidades pelo acolhimento, atendendo a todos os que procuram os serviços de saúde porque assim o desejam ou por uma necessidade reconhecida. Ouvem-se seus pedidos e suas necessidades e o serviço deve assumir uma postura de forma que seja capaz de acolher, escutar e resolver seus problemas e dar respostas mais adequadas, responsabilizando-se, orientando sempre que necessário o usuário e a família nos fluxos internos e externos para que possa dar continuidade à assistência, assim como estabelecer articulações com os demais serviços garantindo a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2006).

3.5. Acolhimento em Saúde e Suas Dimensões

Acredita-se que para muitos profissionais da saúde, a noção de acolhimento é identificada como receber em um ambiente confortável, ou então como uma ação de triagem e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Essas duas noções têm sua importância. Se tomadas isoladamente percebe-se a falta de comprometimento com a criação de vínculo entre a unidade e o usuário. Ainda nessa concepção de acolhimento, o objetivo principal é repassar o problema com foco na doença e no procedimento e não centrado no sujeito e suas necessidades. O acesso aos serviços é organizado de forma empírica e sem planejamento, por ordem de chegada gerando filas, passando despercebida e sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. A fila sinaliza que a demanda é maior e a oferta de serviços é menor ou necessita de reflexão sobre a forma como está organizada (SOLLA, 2005).

Percebe-se que esse cotidiano produz sofrimento e baixa qualidade de vida não só de usuários como também de toda a equipe de saúde. O grande desafio para reverter esse processo está na construção de alianças onde a ética deve vigorar e colocar no centro desse processo os sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Diante do exposto o acolhimento toma uma dimensão ampliada, ou seja, não é um local, mas uma postura ética, um compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções sem hora e sem profissional específico para a sua realização (BRASIL, 2004).

Sabe-se que ao se colocar em ação o acolhimento como uma diretriz operacional, isso implica numa nova atitude de mudança, numa nova prática de se fazer saúde. O acolher aos usuários e o entender aquilo que dizem é um pré-requisito para a escuta qualificada, sendo essa postura o que de melhor se pode fazer por eles. Sempre que acontece um novo atendimento a um usuário com problemas de saúde deve-se garantir o acesso organizando-se os serviços de saúde por nível de atenção. Esse ponto é conhecido como “Porta de Entrada”. Conceitua-se porta de entrada como o primeiro ponto de início e deve ser de fácil acesso a cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde (STARFIELD, 2002).

É necessária a organização dos serviços oferecidos e a Classificação de Risco em níveis de atenção: atenção primária, média ou alta complexidade. Maximizar o acesso para a atenção primária é importante, principalmente para apoiar sua inclusão no sistema de saúde (DESCOVI, 2009). Nesse sentido, entende-se que o padrão de acolhida aos usuários e aos trabalhadores de uma unidade de saúde, surge como um grande desafio onde no mesmo momento que humaniza o atendimento, contribui para a organização dos serviços oferecidos, a partir da escuta e da relação de confiança que se estabelece nesse binômio usuário e equipe de saúde.

Machado (2010) assegura que o acolhimento beneficia a construção de uma relação de confiança e comprometimento com os usuários, as equipes e os serviços oferecidos, como uma postura e prática nas ações de atenção e na gestão da unidade de saúde. Favorece o vínculo entre os usuários, trabalhadores de saúde e o gestor da unidade, em defesa do SUS, como a grande política de saúde essencial para a comunidade. Autores contribuem afirmando ser uma cultura de solidariedade e fortalecimento do SUS. Nesse sentido, o usuário espera do serviço de saúde o estabelecimento de um diálogo eficiente onde o que ressalta como o mais importante no serviço de saúde é aprender a ouvir o usuário, por meio de uma escuta qualificada que é a proposta do Acolhimento. Mediante essa afirmação questiona-se: O que vem a ser o acolhimento como um conceito atribuído?

Para responder a essa pergunta buscou-se como parâmetro o conceito emitido pelo Ministério da Saúde que conceitua acolhimento como o usuário sendo sujeito na produção de saúde como uma ação que envolve técnica e assistência apostando na mudança relacional entre profissional de saúde e usuário em uma rede social que se estabelece nesse binômio por meio de fatores técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Outro aspecto de destaque está voltado para os processos de trabalho e a forma de operacionalizá-los prestando atendimento a todos que procuram os serviços de saúde por meio do primeiro gesto que é o da escuta, ouvindo os pedidos que eles têm a fazer. Aponta a postura profissional como o grande diferencial. Profissionais de saúde deverão repensar suas práticas e a forma de prestar o cuidado assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais apropriadas aos usuários; implica prestar um

atendimento resolutivo e com responsabilização, favorecendo o vínculo entre os usuários, trabalhadores de saúde e o gestor da unidade, em defesa do SUS, que é a grande política de inclusão em saúde, essencial a todos (BRASIL, 2006).

Percebeu-se a necessidade de as equipes se apropriarem de saberes a respeito do conhecimento da própria equipe e do outro que procura o serviço de saúde, assim como estabelecer um sistema eficiente de comunicação, verbal ou não verbal, definida por Costa & Carbone (2009) em alguns modos de escuta, com destaque para acolhimento pela compreensão empática e demonstração de interesse; reciprocidade e partilha que é a capacidade de se colocar no lugar do outro; simpatia quando se partilha emoções, acolhida, identificação com o outro e de se imaginar em experiências semelhantes; informação, opinião, interpretação, diagnóstico, pois permite compreender a situação de tal modo que as intervenções possam ser adequadas e ajudar efetivamente o outro.

O acolhimento passa pela prática que tem como princípios a solidariedade, a compreensão e a generosidade no trato com os usuários dos serviços de saúde, fazendo com que eles se sintam bem-vindos e à vontade no grupo que os acolheu. Poderão desenvolver a confiança, a autoestima e a cooperação na melhoria de sua saúde e de sua qualidade de vida. Representa a escuta qualificada com a proposta de classificação de risco e a resolutividade dos problemas e ou necessidades identificadas (FRANCO; FRANCO, 2012).

A humanização é uma prática que visa aproximar os serviços profissionais e estruturas físicas, dos usuários, para que eles se sintam mais a vontade e confiantes em relação à atenção que lhes é dada. Tem como princípio tornar o ambiente da saúde mais agradável e solidário, transformando-o em um lugar de saúde e não de doença, ampliando, com isso, as possibilidades de melhora e cura dos usuários dos serviços (FREITAS, 2011).

O empoderamento e a liberdade são as condições de uma pessoa, um grupo social ou de uma comunidade ampliar sistematicamente sua capacidade de realizar e empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor do bem comum. De se fazer ouvir, de ser respeitado e de agir coletivamente para resolver

problemas e suprir necessidades comuns. Os atores da Vigilância em Saúde são desafiados a se envolver na reconstrução de suas práticas. Na redefinição de seu cotidiano de modo a valorizar a promoção da saúde e a qualidade de vida, a prevenção de riscos, sem descuidar da assistência às pessoas com qualidade técnica, respeito e solidariedade diante da dor e do sofrimento, dimensão inevitável do viver humano (BRASIL, 2004).

3.6. Acolhimento Demanda Espontânea e Processo de Trabalho

Repensar o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica é oportuno e necessita-se pontuar algumas razões para reflexão acerca da organização do processo de trabalho com essas variáveis. Sabe-se que necessidades de saúde e a forma de como lidar com elas tem fundamentação científica, porém o usuário também define o que vem a ser, para ele, necessidade de saúde, além da ciência e de profissionais de saúde.

Essa necessidade definida por ele é a própria demanda de saúde que chega às unidades e que necessita ser acolhido, ter escuta qualificada e ser problematizada. Quando isso não acontece ocorrem os retornos repetidos, queixas, reclamações e busca por outros serviços mais resolutivos. Outra razão é que um grande volume de necessidades podem ser acolhidas e atendidas na atenção básica, pois se enquadram em protocolos já existentes ou dependem de algum material ou de equipamentos que resolvam essa demanda e que estão disponíveis na unidade. É o que se chama de demanda de baixo risco e que tem sua resolutividade na própria unidade, apesar de não estarem programadas (FREITAS, 2011).

Cita-se a seguir queixas mais comuns que se apresentam nas unidades: “dor de cabeça”, “ardência ao urinar”, “sangramento vaginal”, “criança com febre”, entre outras. Apesar de ser responsabilidade de a Atenção Básica programar o acompanhamento desses usuários é fundamental que as unidades estejam preparadas para dar conta dessa demanda que surge sem programação o que se caracteriza como imprevistos eventuais. Há que se lembrar de que nosso corpo é uma máquina em constante funcionamento e que nem tudo é previsível. Algumas

vezes ocorrem situações imprevisíveis atribuídas às condições biológicas ou à genética e, apesar das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em algum momento esse corpo manifestará sinais e sintomas de adoecimento, não significando atuar com o modo “queixa-conduta”, que é o que se percebe como postura de profissionais nas unidades de Atenção Básica. É nesse momento que entra o acolhimento para um atendimento imediato (se for o caso) ou ações para continuidade do cuidado podendo, às vezes, se referenciar para serviços especializados (BRASIL, 2011).

Aponta-se outra razão acerca da criação de vínculo nesse novo modelo de atenção à saúde nas unidades de ESF como também o fortalecimento desse vínculo. Os usuários sentem-se muito à vontade e seguros para expor seu sofrimento, suas fragilidades pela proximidade física e pela confiança que se estabelece com a equipe que cuida deles, pois há o conhecimento de sua história, seu modo de levar a vida, o que pode evitar atendimentos desnecessários e favorecendo o acompanhamento.

Mesmo os usuários ações programadas também apresentam momentos de adoecimento que os leva a procurar a atenção de profissionais das unidades de saúde. Se não são acolhidos no momento em que essa premência se estabelece, perdem a confiança na resolutividade de sua necessidade e, por esse motivo, podem construir a imagem de que a unidade só deve ser procurada quando o usuário está bem e se ele adoecer, procura uma unidade de pronto atendimento. Esse fato reforça a imagem de que Unidades Básicas de Saúde não são importantes e que a qualidade dos serviços é inferior aos serviços especializados (BRASIL, 2011; PASCHE, 2011).

Conforme disposto em Brasil (2011) e para melhor compreensão sobre a abrangência do ato de acolher nas práticas de cuidar, buscou-se como parâmetro o conceito emitido pelo próprio Ministério da Saúde que conceitua acolhimento sob a ótica de alguns aspectos importantes e que necessitam ser valorizados quando se abre a porta da unidade. Um aspecto que primeiramente se destaca é o de ampliar e facilitar o acesso com o sentido do acolhimento. Nessa acepção o acolhimento se sustenta quando se atende não só os usuários com programação, mas também,

àqueles que apresentam necessidades de saúde e que estão fora de alguma programação, abordando e valorizando cada situação conforme a realidade de cuidado que se apresenta.

Outro aspecto que predomina e aborda o acolhimento como uma postura na tecnologia de cuidar. Neste aspecto o acolhimento trabalha com as relações interpessoais, ou seja, a atitude das pessoas no momento do encontro. Por um lado profissionais de saúde com seus conhecimentos técnicos para o cuidado solicitado e por outro lado o usuário com suas necessidades pelas relações que se estabelecem na maneira como se escuta, como se filtra a comunicação, como se maneja o imprevisto, na construção de vínculos, no exercício pleno de alteridade e certo posicionamento ético conforme a situação que se apresenta delineando o modo de resolver a necessidade que pode ser fora da unidade de saúde. Pode também definir a continuidade ou mesmo rever projetos terapêuticos estabelecidos de usuários na demanda livre.

E por fim mais um aspecto que se sobressai trata do acolhimento como instrumento na organização do processo de trabalho em equipe. Esse aspecto provoca mudanças na forma de organizar as equipes, nas relações entre trabalhadores de saúde e na maneira de realizar o cuidado. O acolhimento com o sentido de organização exige reflexão por parte da equipe acerca do conjunto de ofertas que estão disponíveis para atender as necessidades de usuários. É necessário identificar essas ofertas e colocá-las à disposição quando houver necessidade, lançando mão por meio da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2011).

Percebe-se a importância de acordar em equipe a forma como os diferentes profissionais se posicionarão na participação do acolhimento quanto à recepção, avaliação de risco e vulnerabilidade, o que é imediato, o que se pode encaminhar e a organização das agendas dos diferentes profissionais. Outras ofertas de cuidado podem ser valorizadas e apresentadas como consultas coletivas para grupos de hipertensos e diabéticos, grupos educativos (Tabagismo, Planejamento Familiar, Gestantes e outros). Dessa forma há um aumento da capacidade clínica da equipe de saúde descentralizando ou se restringindo por meio de uma triagem para o

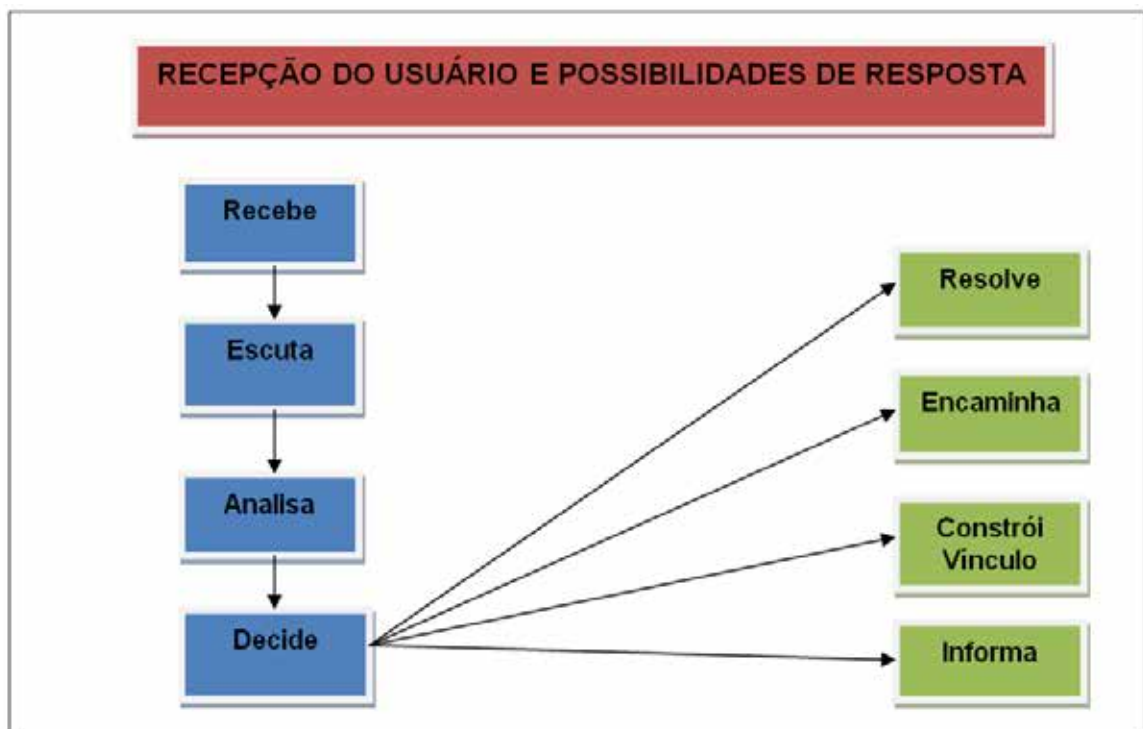
atendimento médico. A escuta se amplia e a chance de se perceber riscos e vulnerabilidade aumenta como também a realização de intervenções mais aceitas (BRASIL, 2011).

A reorganização do processo de trabalho está associada ao acolhimento no atendimento à demanda espontânea. Propostas que podem ocorrer na implantação do acolhimento: identificar um local específico com profissional disponível em horário predeterminado e com ações normativas a serem seguidas, porém, essa proposta se mostra insuficiente frente à abrangência do acolhimento. É como se estabelecer novas barreiras impedindo o acesso. Adotar o acolhimento como diretriz demanda grandes transformações no atendimento nas unidades. É um conjunto de ações integradas envolvendo todos os atores sociais presentes na unidade, pois não depende só do empenho de um, mas de todos os envolvidos no ato de cuidar (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Ainda é acanhado o entendimento sobre o acolhimento. Em alguns espaços ainda persiste a prática de se estabelecer como acolhimento o espaço físico destinado a essa prática, com indicação aparente. Há autores que questionam esse viés, apontando a necessidade de se adotar uma postura interna, isto é, uma disposição pessoal para exercer a prática do acolhimento, de forma interdisciplinar. Torna-se uma prática do trabalho vivo defendida por Merhy (1999), resultado da responsabilização pelos usuários dos serviços de saúde, respondendo às suas necessidades manifestadas, numa demonstração de exercício pleno de cuidado à luz de parâmetros humanitários.

Os arranjos organizacionais devem adaptar-se à realidade de cada território. Não existe uma receita pronta, porém destacam-se algumas formas que podem ser discutidas e adaptadas pela equipe ou talvez construídas conforme a situação que se apresente. Alguns modos de realizar o acolhimento podem ser empregados como sugestão para unidades de saúde a partir da identificação de fluxos que o usuário desenha ao entrar nas unidades em busca de cuidado. Os fluxogramas são instrumentos que representam esses fluxos conforme suas demandas por serviços de saúde (PINTO *et al*, 2012). Percebem-se três fluxos distintos de usuários quando buscam o cuidado nas unidades: 1) Ações de Saúde Programadas e Agendadas

como consultas médicas, odontológicas ou de enfermagem em todo o ciclo de vida e grupos educativos; 2) Ações de Saúde específicas como curativos, imunização, inalação, medicamentos, aferição de pressão arterial e sinais vitais, medidas antropométricas e coleta de exames; 3) Ações de Saúde sem programação e sem agendamento prévio porque o usuário define que “quer” ou “necessita” de cuidado quando é estabelecido por profissionais de saúde ou pelo próprio usuário. Esse último fluxo é o que demanda ações de acolhimento com recepção técnica e escuta qualificada. O profissional de saúde analisará a necessidade com também identificará o risco e a vulnerabilidade que pode se encontrar no campo biológico, subjetivo relacional ou social. Prioriza as ações podendo resolvê-las com ações programadas ou ações específicas na própria unidade ou então encaminha com segurança e responsabilização (BRASIL, 2011). Para Malta (2000), o acolhimento pode ser representado pelo diagrama a seguir:



Fonte: MALTA, 2000

Este diagrama representa o fluxo do acolhimento como um processo onde se percebe uma entrada, percorre alguns passos a serem considerados e finaliza em uma saída. Receber os usuários na porta de entrada dos serviços não pode ser o

ponto forte dessa ação, a única possibilidade, pois se corre o risco de restringi-lo a uma unidade de pronto atendimento (FRACOLI; ZOBOLI, 2007).

Identificam-se ainda alguns tipos de acolhimento nas unidades como novos modos de receber e escutar os usuários na Atenção Básica. Alguns arranjos e práticas concretas se estabelecem não como uma forma que é certa, mas que pode ser possível para situações semelhantes e pode ser adaptada a outras ou novas realidades com os ajustes necessários no cotidiano do trabalho em saúde. Percebe-se que não existe uma única ou uma melhor forma de acolhimento, mas diferentes possibilidades dando oportunidades de ajustes na unidade pelos profissionais de saúde na implementação do acolhimento de forma compartilhada e com possibilidade de conversa permitindo o protagonismo dos trabalhadores que compõe a equipe e fortalecendo o poder de decisão sobre os modos de acolher. Afasta a centralidade da figura do médico como único ator social capaz de resolver as demandas de saúde. A participação da equipe dá sustentabilidade ao acolhimento e o sentimento de “pertencimento coletivo” como também ser autor dessa ação que é singular em cada encontro entre trabalhadores de saúde e usuário.

Para apoiar profissionais nessa tarefa de acolher, alguns exemplos foram destacados. Na Estratégia Saúde da Família cadastram-se as famílias por microáreas e cada equipe fica responsável por um determinado número de famílias. O acolhimento pode ser realizado pela equipe de referência do usuário. Pode-se estabelecer uma equipe de acolhimento daquele dia, quando existem mais de uma equipe compondo a Unidade de Saúde. Outra possibilidade é o acolhimento misto quando está disponível para atendimento ao usuário uma equipe de referência daquele usuário junto com a equipe de acolhimento daquele dia. Essa possibilidade se adapta a unidades com o modelo de Estratégia Saúde da Família e que possuam mais de uma equipe na sua composição (BRASIL, 2011).

Outra possibilidade ainda é o acolhimento coletivo que ocorre no momento em que se abre a unidade e toda a equipe vai para a linha de frente e nesse tempo não se agendam pacientes. Aproveita-se esse momento para explicar o funcionamento da unidade, processo de trabalho das equipes e pode-se até realizar atividades educativas, utilizando-se a técnica da sala de espera. Percebe-se que

não existe um padrão, mas diversas formas que podem se misturar conforme a necessidade e a realidade que cada território apresenta. Existem múltiplas formas possíveis de acolhimento e que merecem o apoio de gestores e o respeito à criatividade dos profissionais de saúde na experimentação de tipos de acolhimento desde que se combinem essas tentativas com trabalhadores de saúde que irão realizar o acolhimento e usuários que irão receber o cuidado (BRASIL, 2011).

Mais um aspecto é digno de destaque neste contexto. Trata-se do risco e da vulnerabilidade. É um aspecto que necessita avaliação e deve ser uma preocupação constante no acolhimento. Nesse sentido leva-se em consideração o princípio da equidade onde se valoriza a justiça. Vem com a premissa de que é necessário tratar de forma diferenciada as diferentes necessidades. Utiliza-se para isso o que se chama de estratificação de risco como instrumento para identificar os diferentes riscos, situações de urgência e emergência e procedendo às devidas prioridades. As “salas de espera” ou atendimentos individuais de enfermagem podem auxiliar muito na identificação de prioridades mais evidentes (BRASIL, 2011).

Entende-se que o atendimento individual humaniza a ação, pois o grau de sofrimento varia entre as pessoas como também a exposição pública de sinais e sintomas ou motivo da procura intimidam ou desrespeitam o usuário. A estratificação de risco irá orientar a oferta do cuidado. O risco e a vulnerabilidade muitas vezes não são verbalizados e a identificação necessitará de percepção aguçada como também escuta qualificada de profissionais de saúde. A gestão do atendimento individual necessita ser repensada e talvez passar por mudanças na forma de atender individualmente os usuários, para tanto se faz necessário um olhar atencioso nas agendas para garantir a retaguarda para o acolhimento e a continuidade do cuidado com programação e sem programação. Planejar e organizar as agendas torna-se um ponto básico para que se contemplem as diversas situações que se apresentam no dia a dia das unidades de saúde.

Para Andrade *et al* (2007), o acolhimento está pautado na incorporação de novos desafios na maneira de realizá-lo, com novas formas de escuta e de receber os usuários, que procuram por serviços de saúde. Para tanto, além de profissionais de saúde capacitados será necessário o envolvimento dos usuários nos fóruns de

discussão e de direito, tais como os Conselhos Gestores e Conselhos de Saúde, informando-os do objetivo do acolhimento e de algumas formas de praticá-los, para que possam entender quando se prioriza determinado usuário em detrimento ao que estava agendado ou alguém de baixo risco exigir ser atendido pelo médico imediatamente.

Outra forma é o próprio usuário relatar suas experiências de acolhimento com fortalecimento de vínculos e ênfase no autocuidado. Essas experiências vividas pelos usuários são mais efetivas do que o discurso. Se o acolhimento, no futuro, se tornar efetivamente uma forma de inclusão, provavelmente serão os usuários a levantar essa bandeira e dar sustentabilidade a essa ferramenta não só na Atenção Básica como também em qualquer setor da saúde (BRASIL, 2011).

3.7. Relação Complexidade e Ensino do Acolhimento

A reflexão sobre a educação em saúde e o ensino do acolhimento, neste estudo, se articula com a complexidade de Edgar Morin. Assim, buscou-se uma nova estratégia de ensinar acolhimento para profissionais de saúde, por meio de um curso de capacitação. Esta postura resulta de uma necessidade intelectual e essencial para reconhecer e conhecer os problemas no mundo do trabalho na ESF. A partir dessa decisão buscou-se identificar qual a questão fundamental da educação em saúde, eixo estruturante na construção do produto que se refere à capacitação de profissionais de saúde para o acolhimento, tornando-os mais sensíveis, competentes e solidários em sua prática profissional.

A capacitação quando orientada sob a ótica da complexidade se ancora no entendimento de que o conhecimento não progride por formulação, sofisticação ou abstração, mas avança a partir da capacidade de o profissional agir contextualizando, isto é, evitando a compartimentalização dos saberes e o isolamento dos objetos em relação ao seu meio ambiente. Este ensino educativo estimula a auto formação do ser humano rumo a uma vida plena, cidadã e que permita enfrentar as incertezas com o uso da inteligência estratégica, na crença de um mundo melhor.

Não é demais lembrar que dos três princípios básicos da complexidade que são: o dialógico, o recursivo e o hologramático, optou-se por esposar o dialógico, no desenvolvimento do estudo. A razão desta escolha deveu-se ao objetivo de unir noções contrárias, antagônicas; aproximar o que aparentemente deveria se manter distante, separado, escolhendo processos organizadores e complexos. Como o trabalho dos profissionais de saúde acontece num espaço de redes, as ações desenvolvidas remetem à necessidade de avaliações para reformulações e adoção de novos rumos. Esse momento, por vezes distante do movimento inicial, tanto em relação ao tempo quanto ao espaço, evidencia resultados nem sempre esperados, proporcionais aos esforços empreendidos nos momentos iniciais do processo. Daí a importância de se refletir num sistema contextualizado.

Pensar a realidade na sua integralidade significa reconhecê-la de natureza complexa, de pensamento multidimensional, fugindo da tendência predominante do ensino e do pensamento de hoje, que privilegia o conhecimento das partes para chegar ao conhecimento do todo. Ao contrário, deve considerar que ordem e desordem são elementos dialógicos, substituindo a linearidade pela circularidade ou recursividade. Faz-se necessário situar as informações e os dados em seu contexto para que adquiram sentido tanto para o docente, quanto para aqueles que estão no processo de capacitação, enquanto profissionais de saúde.

Ao se abordar o ensino e a aprendizagem voltados para a saúde é importante ressaltar que o ensino em saúde decorre de três dimensões significativas e que se integram entre si: educação permanente, capacitação profissional e a integração ensino serviço. É atribuição do SUS questões da educação em saúde, como também a competência de ordenar a formação na área da saúde o que está garantido na Constituição Federal de 1998 em seu artigo 200, inciso III (BRASIL, 2006).

Moreira (2011), afirma que é importante compreender o modo como as pessoas aprendem e as condições necessárias para a aprendizagem, bem como identificar o papel do educador nesse contexto. O aprender é um processo ativo, baseado em conhecimentos prévios e naqueles que estão sendo estudados. Quem aprende filtra e transforma a nova informação, infere hipóteses e toma decisões. É

participante ativo no processo de aquisição de conhecimento e instrução relacionada a contextos e experiências pessoais. Quem ensina deve desafiar seus educandos na resolução de problemas desafiadores dentro de seu potencial. A interação social é importante para que os educandos aprendam e só se tem conhecimento desse aprendizado quando é externalizado e interage com o meio.

Outro domínio conceitual, que permeia este estudo, é o ensino e a aprendizagem. Para tanto, se faz necessário mencionar alguns conceitos específicos que envolvem a abordagem do problema de pesquisa: os conceitos sobre Aprendizagem Significativa e a Problematização à luz de seus teóricos. No desenvolvimento de ações de ensino e aprendizagem, alguns princípios teóricos estão pautados nas teorias de Ausubel, quando se refere à Aprendizagem Significativa, e de Paulo Freire, quando se trata da abordagem problematizadora.

3.7.1. Aprendizagem Significativa

Moreira (2010; 2011) assegura que para Ausubel a aprendizagem tem um significado de organização e integração do material em sua estrutura cognitiva, que significa um conteúdo total de ideias de certo indivíduo e sua organização. Continua afirmando, que o fator de destaque é aquilo que o aluno já sabe. Recomenda ao professor descobrir isso e programar o ensino conforme essa descoberta. Nessa teoria a palavra de comando é a interação. Interação entre conhecimento novo e conhecimento prévio. Concorde-se com o autor, que a interação é a característica chave da aprendizagem significativa e os conhecimentos anteriores ficam mais ricos, mais elaborados e adquirem novos significados pela Interação tornando-a receptiva. Os materiais educativos devem ser significativos e o aprendiz deve apresentar vontade e predisposição para aprender.

Cabe ao professor ensinar levando em conta os conhecimentos prévios de quem aprende. O fator mais importante de aprendizagem é o que o aluno já sabe. Para ocorrer a aprendizagem, conceitos relevantes e inclusivos devem estar claros e disponíveis na estrutura cognitiva do indivíduo. A aprendizagem ocorre quando uma nova informação ancora-se em conceitos ou proposições relevantes preexistentes (PALIZZARI *et al*, 2002). Percebe-se que a facilitação da aprendizagem significativa

depende muito mais de uma nova postura docente, de uma nova diretriz escolar, do que de novas metodologias, mesmo com todos os aparatos das modernas tecnologias de informação e comunicação disponíveis atualmente.

3.7.2. Pedagogia da Problematização

Ainda, no entendimento de Moreira (2007), Freire destaca-se por introduzir uma pedagogia libertadora. Os princípios de sua pedagogia são: “Não há docência sem discência; Ensinar não é transferir conhecimento; Ensinar é uma especificidade humana”. O enfoque humanista não está voltado para técnicas de ensino, mas sim para o aluno e o professor. Ao adotar a corrente humanista, o aprender a aprender significa o objetivo da ação educativa e a metodologia deverá ser de forma aberta, flexível, interativa e negociada, mesmo que se utilizem técnicas tradicionais ao ensinar, conseqüentemente, a avaliação deverá acompanhar essas diferenças e ser coerente com todo o processo educativo.

Nessa concepção, Moreira (2011) pondera que a consciência crítica e a dialogicidade como essência é fundamental e imprescindível na pedagogia da problematização, pois corroboram com uma educação como prática da liberdade. Esse diálogo inicia-se na busca do conteúdo programático. Segue afirmando que não se trata de doação e muito menos imposição de um conjunto de informações a ser depositado nos educandos como uma conta bancária, como referida por Freire (2007).

O conteúdo programático, que deve ser construído, precisa resultar de uma interação entre educador e educando. Percebe-se que esse movimento estabelece o diálogo nas ações de educação como prática da liberdade. Nessa perspectiva, a autenticidade da educação não se faz do educador para o educando ou do educador sobre o educando, mas sim do educador com o educando (FREIRE, 2007).

Acredita-se que estudar requer apropriação de conteúdos e seus significados como também uma interrelação entre conteúdos, educandos e educadores, sob dimensões históricas, sociais e culturais do conhecimento. Demanda uma postura singular do educando, ou seja, torna-se necessário que o educando se assuma

como sujeito do ato de estudar e adquira uma postura crítica e sistemática. Para que o conhecimento aconteça é necessária a intermediação pelo outro. Entende-se que conhecer é um processo social, e o diálogo é o que permeia esse processo, sendo essencial como estratégia de ensino (FREIRE, 2007).

Cabe salientar uma semelhança com a Aprendizagem Significativa nesse aspecto em relação ao papel do educador:

Antes de tudo, ele ou ela deve sair da posição de detentor de todo o saber e considerar o educando como também portador de saberes. Mas isso não significa que seja igual ao educando. Educador e educando são diferentes, mas essa diferença não pode ser antagônica (MOREIRA 2011).

Intui-se que a partir da literatura encontrada a interação social é fundamental e o professor deve ser o mediador no desenvolvimento das ações de educação. Os conteúdos tornam-se importantes na medida em que têm significado para os educandos, num contexto da aprendizagem significativa desses mesmos conteúdos, prevalecendo o conhecimento prévio como ponto de partida. Os significados devem ser construídos criticamente e as situações de ensino devem fazer sentido para o educando. Entende-se aqui que o educador tem a incumbência de ser o mediador entre o que já existe e o que o educando vai aprender. Entende-se que a mediação é humana e vem do homem já a semiótica vem da palavra (MOREIRA, 2011).

Para melhor compreensão, ressalta-se o conceito de aprendizagem significativa na concepção de Ausubel quando focaliza que a aprendizagem significativa gera a sensação de que se pode reaprender o conhecimento do passado e a predisposição não pode ser confundida com motivação. Quem aprende deve ter predisposição para aprender, uma razão ou necessidade, assim como interesse em compreender, entender o tema pretendido. Aprender e entender dá satisfação. É uma relação afetiva e o aprender precisa fazer sentido para o aprendiz. O professor deve propor situações que façam sentido para o aluno e levar em consideração seus conhecimentos prévios (MASINI; MOREIRA, 2008).

Percebe-se que o educando aprende a partir do que já sabe considerando a importância dos conhecimentos prévios a partir de conceitos, proposições, ideias, esquemas, modelos, devidamente organizados, constituindo-se como a principal

variável a influenciar a aprendizagem significativa de novos conhecimentos (MOREIRA, 2006).

Na aprendizagem, existem elementos centrais, para que o desenvolvimento educacional ocorra com sucesso: o educando, o educador e a situação de aprendizagem. A aprendizagem não seria apenas inteligência e construção de conhecimento; mas, basicamente, identificação pessoal e relação por meio da interação entre as pessoas (MOREIRA, 2011).

3.7.3. Política de Educação Permanente

A interação entre as disciplinas das ciências, da educação, da saúde e sociais resultam na educação e saúde como um campo de prática e conhecimento que vem introduzindo mudanças importantes a partir de ações inovadoras no setor saúde. Carvalho (2006) define educação e saúde “como campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se preocupado com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”. O desenvolvimento e o fortalecimento do SUS decorrem de estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde frente às necessidades de saúde da população.

As diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde estão descritas na Portaria Nº 1996/2007. Destacam, como responsabilidade do MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o planejamento da formação e da educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS, em todo seu âmbito de gestão tendo a colaboração das Comissões de Integração Ensino Serviço. Identifica a Educação Permanente como um conceito pedagógico na área da saúde, com o objetivo de estabelecer a relação entre ensino e as ações e serviços com a docência e atenção à saúde. Como um conceito atribuído à Educação Permanente ressalta-se que:

É aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho. A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais [...] entendida como aprendizagem – trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009).

Verifica-se que a Educação Permanente surge com a proposta de problematizar os processos de trabalho e a formação dos trabalhadores de saúde e pauta-se no levantamento de necessidades de saúde da população. Faz-se necessário que os processos de educação permanente em saúde promovam a transformação das práticas profissionais e da forma como se organizam e se ofertam os serviços de saúde.

A Educação é percebida por Moreira (2011), de acordo com Paulo Freire, como permanente e essa educação permanente não existe sem amor. O autor afirma que não existem graus de educação absolutos e nem tampouco seres educados e não educados, mas sim que todos estão se educando permanentemente mediatizados pelo mundo. O homem, por ser inacabado, incompleto, não sabe de maneira absoluta e completa. Em face do exposto, transcreve-se o texto do autor à luz da teoria de Freire, quando compara o amor com a educação, afirmando:

“Quem não é capaz de amar os seres inacabados não pode educar. Não há educação imposta, como não há amor imposto. Quem não ama não compreende o próximo, não o respeita. Esse conceito de educação permanente e com amor não é o que predomina na escola. Nesta, o que mais se vê é a educação bancária enfatizando a consciência ingênua em prejuízo da consciência crítica” (MOEIRA, 2011).

Entende-se que a criatividade é uma capacidade humana que se faz necessária à vida em geral e à educação, em particular, estimulando a reflexão crítica das concepções já formuladas, ora mantendo-as, ora reorganizando-as ou até mesmo reconstruindo-as. Pensar a educação permanente nos remete ao conhecimento de fatores indispensáveis à reflexão e às propostas do SUS, entrelaçando seus princípios e diretrizes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a intenção de se construir a Cadeia do Cuidado Progressivo numa proposta de atenção integral à saúde.

Essa ideia vem romper com o conceito de sistema hierarquizado e verticalizado para se realizar o conceito de trabalho em rede. O trabalho em rede trata da articulação dos níveis de assistência: atenção primária, média e alta complexidade, onde ações e serviços são prestados, a partir da realidade e do contexto de vida, pelo acolhimento, e, principalmente, por se responsabilizar pelas

necessidades e problemas de saúde das pessoas e da população envolvidas (BRASIL, 2009).

A partir da década de 90 o trabalho em redes tem sido adotado como suporte às Políticas Públicas com a intenção de substituir o modelo hegemônico hierarquizado existente por um modelo aberto e flexível que permita o compartilhamento de saberes onde todos os atores envolvidos se beneficiem. Significa trabalhar em harmonia de decisões na produção de consensos com avaliação constante dos processos de trabalho (VILAÇA, 2011). Destaca-se como principais vantagens do trabalho em redes:

[...] a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (VILAÇA, 2011).

Para esclarecer o significado de redes na organização dos serviços oferecidos, Franco, (2006) apropria-se da figura de rizoma utilizado na Botânica quando se refere a sistemas abertos com conexões que perpassam o meio social mediante solicitações diversas determinando novas maneiras de formações relacionais, construindo-se o meio social onde cada um está inserido. Para esse autor:

Uma rede rizomática pressupõe conexões com os diferentes, pois o mundo que articula o campo da saúde é por si só heterogêneo permeado por relações de poder, sistemas sociais de produção de subjetivações, e essa complexidade do “mundo da vida” se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar (FRANCO, 2006).

Aprofundando-se o estudo sobre redes de atenção, outra concepção se apresenta de que os sistemas vivos são como redes auto organizadoras com todos os seus componentes interligados e interdependentes e tem se expressado repetidas vezes de uma maneira ou de outra ao longo de toda a história da filosofia e da ciência (CAPRA, 2006).

Os pensamentos de Capra (2006) e de Franco (2006) se completam quando se percebe nos serviços de saúde uma multiplicidade de redes operando em

conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado.

Quando um profissional identifica um problema de saúde, apresenta condições de elaborar um projeto terapêutico, desenhando, a partir desse projeto, sua rede de conexões nos processos de trabalho que surgirão junto com outros profissionais ou mesmo junto com outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não. É fato de que elas existem se expressando repetidas vezes de uma maneira ou de outra, operando a produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Completando o pensamento de Franco (2006), observa-se que, quando nas unidades de saúde em que tenha o acolhimento como diretriz do processo de trabalho, a equipe de acolhimento constitui vinculações com todos os trabalhadores da unidade de saúde, estabelecendo múltiplas conexões de cuidado, onde há o encontro entre o usuário e o trabalhador formando-se redes com alta capacidade de se operar entre si mesmas e para outras instâncias nos cenários de produção do cuidado.

A educação permanente no serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais. Tem-se na capacitação como uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas que se apresentam nos serviços de saúde. A missão da capacitação está no fortalecimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, como também um grande esforço para alcançar a aprendizagem com ações planejadas e intencionais. (DAVINI, 2006).

No desenvolvimento de ações de capacitação para trabalhadores de saúde entende-se que é necessário observar e superar alguns entraves ao se programar propostas voltadas para a educação permanente nos serviços da área da saúde. Muitas vezes ações de educação acontecem sem qualquer articulação com a

realidade ou o contexto onde estão inseridos os serviços e muitas vezes não atendem às necessidades de trabalhadores ou mesmo gestores.

Ao se elaborar modalidades de capacitação percebe-se que é imperativo se realizar previamente um levantamento de necessidades de saúde da população, da gestão como também do controle social para se direcionar e ao mesmo tempo melhorar as práticas de saúde, qualificar a educação voltada para profissionais e se atingir o objetivo maior que é melhorar a atenção à saúde.

Silva (2007) assegura que a integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde. O modelo de capacitação que melhor atende é aquele voltado para a atenção integral à saúde com base nos preceitos da aprendizagem significativa, aquela que promove e produz sentido. Outros autores contribuem com a seguinte análise quando afirmam que:

“A lógica de educação permanente é descentralizadora ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalho em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como construir práticas técnicas, críticas, éticas e humanísticas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os mesmos autores que afirmam da necessidade de se apropriar de novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam se transformar em espaços de aprendizagem onde os diversos atores em formação desenvolvam novas propostas pedagógicas. Caberá também às instituições formadoras a realização de iniciativas de aspecto inovador para o planejamento e a gestão educacionais. Deve-se voltar o olhar para novas pactuações nos processos de trabalho, capazes de dar conta das demandas de cuidado apresentadas pela população; além disso, direcionar o ensino e a produção de conhecimento, a partir dessa prática, nos espaços de cuidado à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Educação Permanente como Política Nacional estabelecida pelo MS carrega em seu bojo a aprendizagem no local onde ocorre a ação, ou seja, no desenvolvimento do trabalho, onde o aprender, o ensinar e o fazer se misturam no cotidiano dos serviços e no trabalho. Propõe que práticas profissionais se

transformem mediante uma educação contextualizada com base na reflexão crítica, nas rodas de conversa a partir da problematização quando se identificam as necessidades de capacitação de uma determinada realidade. A realidade apresenta novos olhares, nova forma de ver, interagir, cooperar e enfrentar, com também novas possibilidades (BRASIL, 2009).

Conforme Carvalho et al (2006) os espaços coletivos como os grupos, promovem a integração de usuários, trabalhadores e gestores favorecendo a reflexão crítica sobre a realidade dos serviços ofertados, possibilitando que se criem estratégias voltadas à mudança do contexto social. Esses mesmos autores afirmam ainda que se faz necessário que as propostas de capacitação estejam inseridas no contexto da realidade do trabalho em saúde e que se valorize o trabalhador por meio de políticas dessa natureza ou para essa finalidade.

O curso de Capacitação em Acolhimento para Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica é uma estratégia que atende à Política de Educação Permanente, sendo referenciado pela importância do Acolhimento nas práticas cotidianas de profissionais de saúde ao mesmo tempo em que vem ao encontro do processo ensino aprendizagem presente nas ações de saúde desenvolvidas na Atenção Básica. Surge com a proposta de se interrelacionar com cursos da Saúde e talvez com a Educação, contudo o entrelaçar dos conteúdos propostos nesse curso pretende desenvolver capacidades, favorecer a aquisição de habilidades aos diversos atores envolvidos para atuarem estrategicamente na ampliação das relações entre os processos educativos dos trabalhadores de saúde e tecer uma rede que compreende o profissional de saúde inserido num contexto nos diversos níveis de assistência e a prática do Acolhimento.

4. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que busca compreender o discurso de profissionais das equipes da ESF com relação ao acolhimento que realizam em suas unidades.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como, questionário e a observação sistemática. O estudo requer uma abordagem qualitativa, pois trabalha com os significados, as crenças e valores dos seres humanos (CANDIOTTO; BASTOS; CANDIOTTO, 2011).

A abordagem qualitativa não se prende a dados estatísticos, mas à subjetividade do sujeito e seu modo de levar a vida permeada de desejos e sentimentos que se encontram no campo da percepção. A pesquisa qualitativa foi eleita como alternativa metodológica mais apropriada ao desenvolvimento deste estudo. Esse tipo de investigação trabalha com a compreensão e a exploração das relações humanas ocupando-se com o universo dos significados, motivos, crenças, valores, atitudes e hábitos dos seres humanos (MINAYO, 1994; 2004). Consiste em uma pesquisa de campo aplicada em Unidades Saúde da Família. Escolheu-se essa pesquisa, pois ocorre no local onde acontece o fenômeno e dispõe de elementos para explicá-lo (CHAVES, 2002; TEIXEIRA, 2007).

Quando o problema de pesquisa indica a necessidade de se implementar uma prática, melhorar condições, estudar os efeitos de uma ação, buscar soluções, executar mudanças, agir sobre um contexto, deve-se buscar uma metodologia que afirme:

Na pesquisa qualitativa, o social é visto como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem dos atores sociais e suas práticas as matérias primas dessa abordagem. É o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, objeto da abordagem qualitativa (MINAYO & SANCHES 1993).

Com este estudo busca-se responder a alguns questionamentos acerca do acolhimento, que emergem da prática de profissionais de saúde: De que maneira vem se construindo a prática do acolhimento? Quais os pontos positivos dessa prática? A forma com que profissionais e instituições desenvolvem este processo vai ao encontro do que propõem as Políticas Públicas que instituem o acolhimento? De que forma os usuários percebem essa prática e o que muda em relação ao acesso a ações de saúde e aos processos de trabalho na Atenção Básica?

Por esse motivo, entende-se que Investigação – Ação é a que mais se ajusta como metodologia, porque pauta na complexidade, pois acata o imprevisível, o não saber, a contradição e a incerteza. Ensina-se a enfrentar a incerteza, quando se mobilizam diversas ciências e disciplinas como também ao se afluir diversos ensinamentos. Em todo o tempo enfrentam-se incertezas, pois cada indivíduo e a humanidade, em si, carregam um destino incerto (MORIN, 2003).

Essa modalidade de estudo de ação visa mudança de atitudes de práticas, de situações, de condições, de discursos em função de um projeto. Nesse caso, “O pesquisador não escolhe, mas acolhe o problema de pesquisa” (Teixeira & Ranieri, 2004, p. 49).

4.1. Contexto da Pesquisa

A saúde em Volta Redonda está organizada em dois distritos sanitários compondo grande parte da Secretaria Municipal de Saúde: O Distrito Sanitário Norte com 16 unidades e o Distrito Sanitário Sul com 18 unidades todas operando com o modelo ESF. Essas unidades estão compostas com uma equipe mínima preconizada pelo ministério da Saúde: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Os sujeitos entrevistados da pesquisa compõem as equipes das unidades participantes do estudo, sendo quatro profissionais de cada categoria e de diferentes equipes das Unidades de Saúde, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. O cenário da pesquisa foi quatro Unidades de Saúde que atuam com o modelo ESF, que praticam o

acolhimento, sendo duas unidades do Distrito Sanitário Norte e duas unidades do Distrito Sanitário Sul.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram formados por trabalhadores de saúde que compõem as equipes mínimas da ESF: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os critérios de exclusão foram todos os trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) também médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; trabalhadores da Média e Alta Complexidade; Auxiliares de Serviços Gerais; Assistentes Administrativos e trabalhadores da Saúde Bucal, por não estarem diretamente ligados ao modelo da ESF.

A coleta de dados foi operacionalizada pela utilização de um roteiro de entrevista, com cinco perguntas semiestruturadas, sendo gravadas as respostas e posteriormente transcritas para análise. Os participantes do estudo foram agendados com antecedência e com data e horário favorável aos profissionais das 04 unidades selecionadas e realizadas pelo pesquisador em um universo de 34 unidades. Considerou-se satisfatória a amostra de 16 profissionais de saúde, a partir do conceito de pesquisa qualitativa que garante que:

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado”? A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994).

Percebe-se que os dados tornam-se suficientes quando começam a reincidir e quando o conjunto das informações possibilita a apreensão de semelhanças e diferenças contendo as expressões que se pretendia objetivar com a pesquisa, ou seja, a saturação dos dados direciona a análise (MINAYO, 1994).

Os informantes foram codificados por números para garantir o anonimato. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi obtido de forma escrita, após explicação dos objetivos do estudo e finalidade dos resultados de avaliação. O período da pesquisa ocorreu nos meses de setembro de 2010 a março de 2011. Os sujeitos da pesquisa

responderam às perguntas do roteiro da entrevista após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA Nº 050/10, posteriormente com autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I).

A transcrição das falas dos entrevistados constituiu-se em um Trabalho de Conclusão de Curso de uma acadêmica de enfermagem com o propósito de verificar o discurso de profissionais de saúde acerca do acolhimento na Atenção Primária. Descrever o entendimento de profissionais de saúde sobre o acolhimento na Estratégia Saúde da Família; Identificar como profissionais realizam o acolhimento em sua prática cotidiana; Apontar dificuldades, facilidades e interferências no acolhimento; Relatar como sugerem a prática do acolhimento nas Unidades de Saúde e Especificar como profissionais ensinariam o acolhimento na unidade de saúde, foram objetivos desse estudo.

Os discursos dos participantes da pesquisa permitiram concluir que, para que haja o fortalecimento do acolhimento, se faz necessário que a equipe repasse para os usuários os múltiplos significados da ação de acolher no momento em que essa atividade acontece. É preciso que entendam que se trata de um momento de privilegiar os que mais necessitam quando profissionais se propõem a ouvir a necessidade do outro.

Evidencia a necessidade de se capacitar os profissionais com novos saberes além do conhecimento técnico para dar suporte ao acolhimento, ressaltando-se ainda a necessidade de se informar e conscientizar os usuários sobre a nova proposta de atendimento que é a Vigilância em Saúde.

4.2. A Construção do Produto

A partir dos resultados obtidos por meio da coleta de dados e das entrevistas, identificou-se a necessidade de capacitação entre profissionais de saúde quanto ao entendimento e a prática do acolhimento nas unidades pesquisadas. Os dados serviram de base para a construção de uma proposta, que consiste em um Curso de

Capacitação em Acolhimento, para aqueles que atuam na Atenção Primária, em especial na ESF, elaborado como produto do mestrado profissional.

Está organizado em um Manual do Docente, onde estão inseridos os módulos que compõem o curso, com as aulas preparadas, dinâmicas a serem desenvolvidas e textos, em anexo, que serão trabalhados em sala de aula. O material que será utilizado no Curso de Capacitação em Acolhimento para Profissionais da Estratégia Saúde da Família, está preparado na forma de um Guia Curricular de orientação pedagógica para os instrutores, compondo o manual do docente. Este produto será disponibilizado, a princípio, em papel e, posteriormente, em mídia para sua disseminação.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Empreendeu-se a análise dos discursos que auxiliou na escolha dos temas e subtemas, posteriormente, agrupados em categorias tendo como base o referencial teórico e as experiências prévias. Buscou-se identificar a “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 1994, p.74). Estabeleceram-se conexões e relações entre discursos dos autores acerca do ensino e do acolhimento na atenção básica, referencial teórico adotado, além de práticas profissionais, formando uma rede de vivências, opiniões e expectativas sobre o objeto de estudo.

Numa visão geral, ao buscar-se o entendimento e o relato de profissionais de saúde acerca da prática do acolhimento em Unidades Saúde da Família, encontraram-se informações referentes à temática e que responderam às indagações a partir da análise dos dados. Os dados obtidos por meio de entrevistas foram organizados após transcrição das falas. Esses dados foram analisados exaustivamente e por similaridade de conteúdos foram agrupados em quatro categorias de análise: escuta qualificada; condições desfavoráveis e favoráveis ao acolhimento; classificação de risco e observação da prática do acolhimento.

5.1. Categorias

5.1.1. Escuta qualificada

Entende-se que a escuta qualificada é algo que ultrapassa o ato de receber bem. Trata-se da percepção do problema do outro, tem o sentido da humanização e deve ter o propósito da resolutividade. É cuidar do problema de saúde do usuário e isso está no campo das relações. O usuário quando entra na unidade é um sujeito complexo e desejante e as relações são preponderantes. É necessário resignificar o encontro entre profissionais e usuários e é no encontro de sujeitos que se pratica o acolhimento com o compromisso de resolver o problema. É a porta aberta e essa escuta deve ser individual. Todo o trabalho em saúde é relacional. Utilizam-se como ferramentas do cuidado tanto os equipamentos e instrumentos como o conhecimento e as relações que se estabelecem entre os sujeitos.

Observa-se a seguir que as falas dos participantes vêm ao encontro deste enunciado, confirmando que a tecnologia leve é a que predomina nos encontros entre trabalhadores e usuários:

[...] uma escuta mais qualificada, [...] e a pessoa que está escutando não vai somente escutar, vai tentar resolver o problema pra ele. ^{E10}

[...] entender todas as questões que envolvem aquela demanda, aquela busca. Entender o sofrimento dele e o que traz o sofrimento e tentar da melhor forma possível atender ele naquela expectativa [...]. ^{E4}

Acolhimento é tudo, desde acolher fora da unidade e dentro da unidade. É o entendimento que o profissional tem perante o paciente. É saber escutar, saber acolher, saber resolver o problema do paciente, até mesmo falando um não, mas orientando e não deixando aquele paciente sem uma resposta. ^{E12}

[...] é você ter uma boa escuta da pessoa que chega à unidade procurando um serviço. É você abraçar sem abraçar a pessoa. É se sentir acolhida, amparada, protegida. ^{E2}

Revedo a literatura encontrou-se equivalência para essas denominações chamadas de ferramentas do cuidado. A primeira é a tecnologia dura referente à necessidade de equipamentos, instrumentos ou materiais vinculados à realização de procedimentos. A segunda é a tecnologia leve dura relacionada ao campo do conhecimento e a terceira é a tecnologia leve pautada nas relações entre sujeitos. As duas últimas são as tecnologias da subjetividade e se processam nos encontros. Não existe trabalho que não envolva essas três tecnologias: a máquina (tecnologia dura), os saberes (tecnologia leve dura) e as relações (tecnologia leve). Separadas, podem representar qualquer outro conceito, mas não é trabalho (MERHRY, 2002).

Evidencia-se que os profissionais possuem vários conceitos sobre o acolhimento e tem na escuta como o principal momento desta ação. A análise dos discursos permite que se tenha uma visão de que há um consenso entre os entrevistados e também de que acolher implica nessa escuta qualificada como também na responsabilização pela resolução do problema do usuário, direcionando essa ação de maneira ética, resolutiva e dentro dos princípios que garantem o acesso, a equidade e principalmente a integralidade.

Sendo o acolhimento uma ação preconizada pelo Ministério da Saúde, torna-se importante que profissionais de saúde sintam-se provocados inicialmente em conhecer o objeto de estudo dessa ação, ou seja, identificar toda a potência que se atribui ao acolhimento, fazendo isso por meio de questionamentos e buscas sobre essa ação (*O que é o acolhimento? Como avaliar o risco?*), esse processo (*Como pratica-lo? Em que momento se aplica?*) e as peculiaridades apresentadas por essa ação (*Quem deve realiza-lo? É necessário um horário e local específico para essa prática?*).

Na busca por conhecer melhor as inquietações de profissionais acerca do exercício do acolhimento, outros aspectos se evidenciaram nas falas dos entrevistados como suas atitudes, suas percepções e seus conhecimentos sobre a prática do acolhimento. Ainda, conforme o que expõem em seus discursos, demonstram que há uma consciência da importância dos fluxos internos delineados na própria unidade e manifestam o conhecimento sobre a existência de fluxos externos para a resolução de problemas mais complexos, apresentados pelos usuários, porém a dificuldade explicitada em seus discursos refere-se ao desconhecimento da melhor forma de fazê-lo chegar a uma rede ampliada de serviço. Ao se analisar as falas dos entrevistados acerca dos fluxos que se estabelecem, observou-se essa preocupação em saber encaminhar para garantir o atendimento.

“Eu recebo esse paciente e vou fazer essa abordagem, vou ver o que ele tá precisando qual é a necessidade dele e já conhecendo esse fluxo eu vou tá encaminhando pra que ele seja atendido conforme a sua necessidade”.^{E13}

[...] a gente faz o acolhimento na fila, quando vai fazer a marcação de consulta, começa a acolher ali, aí quando você vê que o paciente tem um assunto mais sigiloso e não quer falar perto das pessoas, aí você traz ele para uma salinha que a gente tem de acolhimento pra ouvir melhor.^{E6}

O acolhimento é feito por todos os profissionais em todos os momentos, de manhã quando tem fila. Quando abre a unidade, tem um profissional [...] o paciente que está realmente debilitado e passando mal a gente encaminha para avaliação e posteriormente para uma consulta ou o que for necessário para o paciente. Eles nunca saem sem resposta da unidade [...] a equipe inteira é envolvida nesse acolhimento o dia todo.^{E12}

As redes de atenção à saúde são, muitas vezes, complexas e desorganizadas. Existem momentos que estão organizadas com metodologias

próprias e sequência lógica por redes interligadas. Em outros momentos, no cotidiano das unidades de saúde apresentam-se caóticas por se considerar que sejam complexas.

Os serviços de saúde funcionam por existir uma interdependência que podem funcionar bem e que em outros momentos sofrem rupturas. Para ilustrar o que se menciona, buscou-se o pensamento de Merhy e Onocko (1997), quando afirmam que o trabalho em saúde formam redes de fluxos conectivos no interior dos processos de trabalho expondo as várias conexões nos diversos territórios de atuação. Revelam-se no momento em que o usuário manifesta seus desejos ou necessidades quando procuram as unidades de saúde no momento do cuidado. Nesses encontros, entre usuários e trabalhadores, é que se identificam esses fluxos.

Outro aspecto a considerar é a escuta, presente na ação de acolher. Foi interpretado pelos profissionais como um caminho para identificar fluxos de atendimento às demandas levantadas, percebendo que dá uma maior liberdade ao usuário de expor o real entendimento relacionado à sua saúde, como também o que está sentindo, suas dúvidas e suas necessidades. Permite ainda que se identifiquem necessidades e problemas que precisam ser encaminhados para fluxos externos, ou outros serviços disponíveis na rede de assistência pela média ou alta complexidade. A isso se dá o nome de integralidade da saúde, quando ocorre a articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

Na visão de Silveira *et al*, (2004), o acolhimento é uma atenção dispensada pela escuta qualificada onde se valorizam as queixas, se identificam necessidades e demandas que se transformam em ações de saúde levando à resolução de problemas que o usuário apresenta.

Oliveira *et al* (2008), consideram o acolhimento a partir de três dimensões: a dimensão técnica, quando o acolhimento identifica a necessidade de realizar procedimentos, levando ao resgate do saber técnico de profissionais e sua intervenção na assistência à saúde; a reformuladora do processo de trabalho que identifica as necessidades dos usuários e procura articular o serviço para as redes de atenção à saúde. Por fim a dimensão em relação à postura, que para efeitos

desse estudo, pressupõe uma atitude de receber, escutar e tratar de forma humanizada todos aqueles que buscam as unidades com suas demandas. O acolhimento torna-se então um momento terapêutico.

Foi possível identificar outro aspecto atribuído ao acolhimento. Trata-se da organização dos processos de trabalho. Essa ação modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial, o de outras categorias profissionais, não médicos e que realizam a assistência, visto que a organização do serviço passa a ter uma equipe de acolhimento como centro no atendimento aos usuários. Abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua "caixa de ferramentas" para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

A análise e interpretação dos dados permitiram perceber no discurso de profissionais o consenso no entendimento e na prática do acolhimento vivenciado por eles. Têm a cultura de que acolhimento está relacionado à ação de ouvir, receber bem, resolver o problema e encaminhar. Essa percepção confirma o que está posto na revisão da literatura e vem ao encontro do entendimento de profissionais sobre o ato de acolher no contexto dos serviços de saúde. Evidenciou-se ainda que o momento mais significativo do acolhimento, na percepção de profissionais, está no compromisso de ser resolutivo e muitas vezes ser resolutivo significa dar o encaminhamento correto.

No entendimento dos profissionais, para que haja o fortalecimento do acolhimento, se faz necessário que a equipe repasse para os usuários os múltiplos significados da ação de acolher no momento em que essa atividade acontece. É preciso que entendam que se trata de um momento de privilegiar os que mais necessitam quando profissionais se propõem a ouvir a necessidade do outro.

Ao se correlacionar o entendimento dos entrevistados a respeito do acolhimento com a escuta qualificada na resolução de problemas juntamente com o que se encontrou na literatura pesquisada, percebe-se que o momento da escuta é, talvez, o mais significativo, quando o profissional de saúde tem o compromisso de

ser resolutivo e se tem nessa ação o primeiro passo para identificar, solucionar ou dar o devido encaminhamento para situações que foram expostas pelos usuários.

A literatura evidencia a articulação com o discurso dos entrevistados, ressaltando o ato de receber, abordar e encaminhar. Reconhece-se também o acolhimento como uma ação que interfere de forma significativa no processo de trabalho de todos aqueles que compõem a equipe de saúde, valorizando e dando sentido à organização dos serviços ofertados, tendo a equipe como eixo central dessa ação. Os pensamentos se encontram acerca do acolhimento, tanto no discurso de profissionais, quanto na revisão da literatura, ao apontarem como principal função, a escuta qualificada. Essa dimensão se encontra mais voltada para a subjetividade dos sujeitos envolvidos do que para a técnica exigida na assistência à saúde.

5.1.2. Condições Desfavoráveis e Favoráveis ao Acolhimento

A prática do acolhimento está pautada em princípios como solidariedade, compreensão e a generosidade no lidar com as pessoas, fazendo com que os usuários sintam-se à vontade e bem-vindos nas unidades que os acolheu. Pode ser considerado um instrumento de trabalho que está no campo das relações humanas e que deve adequar-se em todos os níveis de atendimento. A responsabilidade é de todos da equipe em fazer o acolhimento pelo desenvolvimento da escuta, classificando o risco e priorizando o atendimento. A prática do acolhimento pode acarretar, no cotidiano dos profissionais, dificuldades para uns ou facilidades para outros.

Nessa categoria identificou-se que as dificuldades que surgem estão relacionadas à falta de perfil para trabalhar na Atenção Básica e a problemas dos profissionais que compõem as equipes, ao se sentirem incapazes de realizar o acolhimento com a classificação de risco, apontando a necessidade de serem capacitados. Identificou-se também o desconhecimento de usuários acerca da Vigilância em Saúde, modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde e, associado a isso, o pouco conhecimento e insegurança que profissionais

apresentam no manejo da rede de oferta de serviços da média e da alta complexidade. Os discursos a seguir constataam esses fatos:

Alguns profissionais não têm perfil pra fazer o acolhimento [...].^{E12}

A dificuldade, às vezes, é trabalhar com a equipe que não foi capacitada e nem todo mundo fala a mesma língua. Muitas pessoas interpretam o acolhimento como se fosse uma triagem.^{E2}

A dificuldade é o entendimento da população em relação ao acolhimento e da equipe por não se julgar capaz [...] por não ter capacidade para a resolução, a insegurança que gera desse acolhimento [...].^{E4}

A partir destes discursos permitiu-se perceber que, para que haja o fortalecimento do acolhimento, se faz necessário que a equipe repasse para os usuários os múltiplos significados da ação de acolher no momento em que essa atividade acontece. É preciso entender que se trata de um momento de privilegiar os que mais necessitam quando profissionais se propõem a ouvir a necessidade do outro. Não deve ser confundido com triagem.

Para esclarecer o que vem a ser triagem, buscou-se a contribuição de Nishio e Franco (2011), quando explicam que triagem significa escolher, tipar. Na saúde significa priorizar o atendimento, mas com escolha de quem receberá ou não o atendimento. Considerada uma tecnologia de guerra ou de grandes catástrofes, pois o objetivo é salvar o maior número de pessoas conforme a situação e os recursos disponíveis.

Preconiza-se o acolhimento com classificação de risco para uma ação que deve permear todos os momentos, não se constituindo numa simples etapa de atendimento, conforme o que acontece com a ação de triar. Caso isso aconteça, corre-se o risco de reduzi-lo a um pronto atendimento humanizado. É necessário um novo perfil de profissional, outra postura que a equipe deve adotar para que se sinta corresponsável pela saúde de usuários de forma cidadã e solidária. O trabalho em equipe é o diferencial na Estratégia Saúde da Família o que potencializa os recursos e viabiliza as ações com diferentes abordagens para diferentes contextos (OHARA; SAITO, 2014).

Acredita-se ser uma inquietação de gestores em todas as esferas de governo acerca da falta de perfil e do despreparo de profissionais para trabalhar na Atenção Básica. O Ministério da Saúde tem incentivado as ações de qualificação profissional por meio da criação de Polos de Educação Permanente em Saúde loco regionais com a finalidade de articular o diálogo, a negociação e a pactuação no campo da formação e do desenvolvimento de profissionais no fortalecimento da gestão e no aprimoramento da atenção integral.

A visão hospitalocêntrica com a figura do médico no centro das atenções fortalece o modelo curativo que ainda predomina na assistência à saúde. O Modelo da Vigilância em Saúde, valendo-se da Estratégia Saúde da Família, surge como uma tática preconizada pelo Ministério da Saúde para desconstruir o modelo curativo e popularizar o conceito ampliado de saúde. Os entrevistados trazem essa percepção, como se observa nos depoimentos a seguir:

[...] o paciente não aceita que a gente interogue e pergunte o que ele tá sentindo. Ele acha que tem que falar só para o médico, não pra gente [...].^{E3}

Às vezes se tem uma dificuldade por falta de recursos humanos [...].^{E15}

[...] a falta do profissional [...] a falta do médico que é bem procurado, a gente é questionado, a falta do especialista, às vezes a falta de integração de um lugar para outro [...] que é primário, para o secundário há dificuldade de comunicação [...] às vezes a gente encontra certas barreiras [...].^{E14}

A Atenção Básica tem na Estratégia Saúde da Família uma nova lógica de atendimento. Profissionais de saúde tendo que atuar em equipes multidisciplinares, integrados a uma rede de serviços com seus fluxos definidos de fato e de verdade em que os serviços ofertados se associem à média e à alta complexidade no cotidiano dos usuários, eliminando barreiras que impeçam a acessibilidade a qualquer serviço.

Por modelo assistencial considera-se a maneira como os serviços estão organizados e principalmente a lógica que embasa essa organização. Faz-se necessário a hierarquização dessa rede de atenção por níveis de complexidade diferenciados. A Atenção Básica atendendo aos problemas, identificando causas sociais, econômicas e culturais. A média e a alta complexidade responsáveis pelas intervenções mais complexas no processo saúde- doença.

Nesse contexto compreende-se a proposta da Vigilância em Saúde como uma forma de pensar e de agir num processo amplo e complexo voltado para o enfrentamento de problemas e agravos que comprometem a qualidade de vida dos grupos populacionais. A vigilância em saúde constitui o modelo assistencial capaz de reverter a lógica de atender somente as doenças, pois visa a articulação entre as ações preventivas e curativas de caráter individual e de alcance coletivo e ao reconhecimento das dimensões biológica, ambiental e social dos problemas de saúde (SILVEIRA *et al*, 2004).

Nesta perspectiva o acolhimento torna-se assim uma tecnologia para reorganização dos serviços com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (TAKEMOTO, 2007; MATUMOTO, 2009).

Esse modelo está intimamente relacionado à “qualidade de vida”, tendo-se o entendimento de que, para se conseguir saúde, é necessário ter acesso às ações e aos serviços de cuidado, assistência e recuperação por uma equipe multiprofissional, em número suficiente de profissionais, ou seja, a equipe mínima, conforme o que se preconiza pelo Ministério da Saúde para a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Constatou-se que profissionais identificam dificuldades e facilidades na prática do acolhimento. Em relação às dificuldades entendem que a equipe não se sente capacitada, aliado a isso, a falta entendimento por parte dos usuários sobre a prática de profissionais, acerca da Vigilância em Saúde como também o desconhecimento de profissionais sobre a rede de serviços ofertada. Sendo assim percebem a necessidade de lançar mão de outros saberes além da técnica, pela multidisciplinaridade e o conhecimento dos fluxos externos para encaminhar com segurança. Os profissionais apontam a necessidade de outros campos de conhecimento que não sejam apenas os da competência técnica, mas também de outros saberes como os das ciências humanas, com ênfase na Psicologia, Sociologia, Antropologia e Educação. Esse aspecto fica evidenciado na declaração do entrevistado:

[...] tem pacientes que só precisam ser escutados, outros não. Tem necessidade de um profissional mais qualificado, às vezes um enfermeiro,

porque eu sou técnica, aí tem dificuldades no fluxo dentro da própria unidade e no fluxo fora da unidade, fica difícil também, porque a gente não tem esse caminho [...].^{E6}

Na formação do “novo profissional” que se deseja, é necessária uma preparação que os torne sensíveis à conscientização dos problemas da realidade onde trabalham, juntamente com a incorporação em sua prática cotidiana de uma perspectiva de trabalho em equipe que se ampare em outros saberes buscando a multidisciplinaridade (BRASIL, 2001).

Morin (2011) conclui essa ideia quando lembra que é necessária a reforma do pensamento para articular e organizar os conhecimentos e assim reconhecer e conhecer os problemas do mundo ou de uma dada realidade. Essa questão é fundamental na educação, já que se refere à nossa aptidão para organizar o conhecimento.

Constatou-se que profissionais de saúde apontaram algumas facilidades quanto à prática do acolhimento, que se refere a humanização das ações e também a organização do processo de trabalho. A humanização do atendimento desenvolve nos usuários confiança quando lhes é dada atenção. Aproxima os serviços dos usuários e está relacionada a um ambiente de saúde agradável e solidário, transformando-o em lugar de saúde e não lugar de doença podendo ampliar possibilidades de melhora e cura dos usuários nos níveis de atendimento. Os participantes da pesquisa expõem essa percepção, como se observa em seus depoimentos:

[...] tem todo um olhar [...] a gente tenta correr pra todos os lados e conversar com o paciente, indicar, orientá-lo [...] bem orientado ele sabe procurar a resolução do problema dele.^{E12}

[...] E a facilidade é que no momento que você faz um bom acolhimento você diminui filas, você se organiza melhor, as pessoas se sentem melhor atendidas em qualquer horário que procuram a unidade.^{E2}

[...] na comunidade tenho facilidade de conversar com as pessoas, e chegar nas pessoas resolver os problemas, mas a gente tem muito pra aprender ainda.^{E15}

[...] eu acredito que conhecendo o fluxo não há dificuldades pra se fazer esse serviço.^{E13}

Humanizar significa observar cada pessoa e cada família em sua singularidade, reconhecendo nos atendimentos em saúde a resolução de suas necessidades como pessoas de fato e de direito. É considerar seus valores, crenças e desejos aumentando as possibilidades de torná-los sujeitos de sua própria ação de saúde. O modo mais eficaz para garantir a implementação de medidas que possam efetivar a humanização da atenção à saúde, está na presença dos usuários nas decisões de saúde ao exercer o controle social nos fóruns específicos de discussão como o Conselho Gestor, o Conselho Municipal de Saúde e as Conferências de Saúde (OLIVEIRA et al, 2008).

Nesse sentido os profissionais de saúde devem construir uma assistência integral a população atendida, nos serviços oferecidos. É necessário que estejam preparados para reconhecer tanto a realidade local, geradora de problemas de saúde para comunidade, como também atuar na lógica de diminuir as diferenças e desigualdades injustas e inaceitáveis.

Entende-se que o acolhimento também pode ser compreendido como um processo de trabalho que envolve o resultado de práticas de saúde entre trabalhadores e usuários. Constitui-se de atos distintos no momento do atendimento adotado pelos profissionais quando identificam demandas e necessidades dos usuários. Sendo assim o acolhimento extrapola a ideia de receber bem em um serviço de saúde para a responsabilização de profissionais pelo usuário durante o tempo que permanece no serviço de saúde para o atendimento de suas necessidades. Percebe-se que algumas ações praticadas pelos profissionais demonstram o entendimento sobre a organização do processo de trabalho e um melhor atendimento em qualquer horário por qualquer profissional.

5.1.3. Classificação de Risco

No Brasil, preconiza-se o termo de Acolhimento com Classificação de Risco. É um processo dinâmico e essa ação tem como finalidade, identificar as condições de risco de vida com prioridade ao atendimento pelos critérios clínicos e não por ordem de chegada. Entende-se que é importante interpretar e saber ouvir as queixas do paciente, pois diferenças socioculturais podem existir. Saber falar com o paciente

e a forma como articular o seu atendimento, devem ser considerados. Aqueles que procuram por serviços de emergência, entram na unidade ansiosos por atendimento. Acredita-se que isso se deve ao medo do desconhecido e temor pelo que sentem, portanto deve-se entender e valorizar esses sentimentos que os invadem.

As falas que se seguem demonstram a fragilidade e a insegurança que profissionais apresentam ao praticar o acolhimento por não se sentirem capacitados o suficiente para essa ação de classificar o risco e também a ausência de uma estrutura que lhes dê apoio durante toda jornada de trabalho. Apontam ainda um número insuficiente de profissionais para o atendimento e uma programação mais flexível que possa permitir o acesso a todos que procuram as unidades, sendo por demanda livre ou por demanda programada.

Eu acho que dá pra gente fazer melhor. O jeito que tá, tá dando pra sobreviver, mas acho que pra gente fazer melhor teria que ter mais funcionários. Se tivesse uma pessoa direto lá na frente, que pudesse tá direcionando pacientes, orientando melhor. ^{E10}

A princípio eu penso que toda a equipe deve ser treinada para isso, pois o fluxo é grande, a nossa demanda é muito grande e toda a equipe deve tá em condições de realizar esse tipo de atividade dentro da unidade, do serviço. ^{E13}

Para embasar essas falas, autores afirmam que se deve considerar a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 regulamentada pelo Decreto 94.406/87 que incumbe o enfermeiro, privativamente, de realizar a consulta de enfermagem. Por esse motivo foi o profissional escolhido para realizar a Classificação de Risco, sendo uma ação de maior complexidade e que exige conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (NISHIO e FRANCO, 2011).

Ainda, neste aspecto do acolhimento, afirmam Franco e Merhy (1999), que se torna importante considerar a qualificação da relação trabalhador usuário que deve acontecer seguindo parâmetros humanitários, de cidadania e solidariedade. Essa é a base capaz de agregar trabalhadores e usuários em torno de interesses comuns.

Constatou-se que a percepção dos participantes do estudo, evidencia essa afirmação, quando relatam que se devam codificar os níveis de assistência ou

necessidades por Classificação de Risco com criação de um protocolo que os guie nessa ação:

Eu acredito que o acolhimento como em todos os lugares deveria ter um protocolo, com queixas, com o que o paciente deseja. É codificar os níveis de necessidade e priorizar aqueles pacientes que têm mais necessidade de alguma coisa, que são mais urgentes e estratificar o risco, o que tem mais necessidade e o que não tem, através de protocolo.^{E7}

[...] deveria ter um tempo na parte da manhã [...] ter a prioridade no início, a gente chegar e resolver os problemas daquelas pessoas depois começar o nosso atendimento [...].^{E15}

[...] deveria ter uma equipe completa, com todos falando a mesma língua e fazendo o acolhimento interpretando a demanda das pessoas [...] acho que a unidade necessita de pessoas capacitadas, capacitadas de verdade.^{E9}

Refletir sobre essas falas nos remete ao que está posto na literatura acerca da classificação de risco. Verifica-se a necessidade de se organizar a oferta dos serviços obedecendo aos fluxos de uma rede integrada entre a Atenção Básica, a Média e Alta Complexidade para dar respostas aos problemas identificados.

Acredita-se que equipes incompletas e insuficientes para demandas que se apresentam nas unidades, junto com a falta de integração entre os níveis de assistência, dificultam o estabelecimento de uma rede de ofertas capaz de ser resolutive para as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde. A descontinuidade no atendimento por uma equipe completa faz com que os usuários percam a confiança na unidade e em seus profissionais, tendo uma visão distorcida dessa unidade desqualificando-a como também os estimulando a procurar serviços de média e de alta complexidade por acreditarem que lá estarão resolvendo as causas de seus males quando na verdade estarão resolvendo suas consequências.

A ação de acolhimento envolve a todos da equipe. Cria o vínculo e produz autonomia nos profissionais ao identificar demandas, problemas ou necessidades pela classificação de risco. Podem ser resolvidos nos fluxos internos, com a equipe multidisciplinar com seus saberes, a qualquer momento e em qualquer local na própria unidade (FRANCO, 2012).

A fala do entrevistado a seguir confirma o que esse autor embasa.

[...] tem que ter o envolvimento de todas as funções, todos os profissionais da equipe estar disponíveis para isso acontecer e tentar organizar o fluxo de acordo com a demanda e necessidade dessas pessoas [...] nessa unidade, enquanto existe vaga na agenda não se faz acolhimento, a partir do momento que se preencheu as vagas é que vem a preocupação se a pessoa precisa ou não do atendimento no dia [...] não deveria ter limite, deveria ser durante todo o atendimento da unidade.^{E4}

Acredita-se em algumas propostas do acolhimento que merecem destaque. Uma delas é a de inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde garantindo o acesso universal e igualitário por todas as pessoas que procuram a rede de serviços ofertados com a função de acolher, escutar e dar uma resposta resolutiva. Ao fazer isso, estabelecem o vínculo e uma relação de confiança e apoio ao usuário.

Outra proposta é a de reorganizar o processo de trabalho tendo como eixo central a equipe multiprofissional que se encarrega da escuta qualificada com o comprometimento em resolver os problemas de saúde. Dessa forma todos os profissionais, tanto de nível superior quanto de nível médio, em especial a enfermagem, que participam diretamente da assistência ao usuário, com isso aumentam o potencial dos serviços da unidade.

A partir dessas reflexões questiona-se, qual o preparo recebido por profissionais da ESF que possam embasar essa prática e que de fato possam exercer suas atribuições no que se refere ao acolhimento com Classificação de Risco, de acordo com o que está preconizado pela Política Nacional de Humanização vigente. Esse questionamento é fortalecido quando se percebe que nem todos os profissionais que compõem a equipe da ESF se apropriam desse instrumento, o acolhimento, no cotidiano desses profissionais. Sendo assim faz-se necessário repensar práticas de ensino que os torne mais capazes e seguros, para a realização do acolhimento.

5.1.4. Observação da Prática do Acolhimento

A educação, na metodologia da problematização, estabelece experiências de grande importância, pelo conhecimento de situações vividas, o que torna a atividade de ensino um desafio e com mudanças permanentes devido ao cenário onde se

inserem os problemas, ser dinâmico e se modificarem constantemente conforme o contexto em que se apresentam. Com isso fica claro que possuem a consciência acerca do que pode ser modificado a partir da vivência desses profissionais no cotidiano de suas práticas e no ato de acolher.

Nesta categoria constatou-se que os profissionais entrevistados enfatizam dois aspectos distintos. O primeiro é a alteridade que se trata da percepção do outro em sua subjetividade e o segundo aspecto é a problematização como metodologia de ensino aprendizagem para o acolhimento. Nos parágrafos seguintes, aborda-se cada um desses aspectos evidenciados nas falas dos entrevistados.

A alteridade como primeiro aspecto destaca-se a percepção do outro, o que nos remete a buscar respaldo no conceito de alteridade que discute uma cultura norteada pela percepção que temos do outro. Trata-se de um caminho onde as relações vividas no cotidiano levam as pessoas a se tornarem mais humanitárias. Essa ideia também é defendida por Freire (2007) ao afirmar que a formação humanista não é adversa à formação técnico-científica, desde que a ciência e a tecnologia estejam a serviço da humanização e da libertação permanente do homem.

Procurar colocar-se no lugar do outro para entendê-lo é importante no acolhimento como também um exercício de alteridade. “Alteridade autêntica pressupõe escutar o “outro” e estabelecer o diálogo. Precisa-se estar aberto à perspectiva do outro”. Há que se pensar no usuário que habita em nós para entender a subjetividade do usuário que é o outro. O acolhimento possui uma correlação com a alteridade na perspectiva da escuta qualificada, nos encontros e nas conversas que se estabelecem entre profissionais e usuários (BONIS; COSTA, 2009).

Continuando nessa perspectiva também se deve levar em consideração, se o que se observa, se ouve ou se faz é precisamente o pensamento que o “outro” quis transmitir ou é apenas uma interpretação dos fatos. Observa-se que a alteridade e o acolhimento caminham na mesma dimensão: a subjetividade. A fala a seguir expressa o entendimento dessa dimensão:

[...] ter olhar diferenciado [...] se ensina é na prática em olhando o outro, observando, vendo como se faz [...] capacitando aquelas pessoas que se julgam que estão inseguras, que se julgam incapazes e na verdade não são passando um suporte teórico e técnico para a pessoa se sentir mais segura.
E⁴

O segundo aspecto se refere à observação da prática de ensino, orientando o aprendizado do acolhimento no cotidiano desses profissionais. A importância da observação, de olhar como o outro faz e de aprender com a realidade que se apresenta, apontando problemas e envolvendo a comunidade em um processo de ensino e aprendizagem pela troca de experiências entre trabalhadores e usuários com foco na transformação e mudança de comportamentos pela aquisição de novos conhecimentos.

Buscou-se Morin (2003) para esclarecer essa ideia quando afirma que, a educação tem o compromisso de transformar o indivíduo pelo conhecimento adquirido. Deve contribuir para a auto formação, ensinando-o a assumir a condição humana, a maneira de se tornarem cidadãos e, principalmente, ensinando-os a viver com dignidade e qualidade de vida.

Ensinar e educar para o cuidado não é tarefa fácil. Acredita-se que não se ensina comportamentos de cuidado, porém o que se pode fazer é construir um ambiente de cuidado e praticar o acolhimento numa perspectiva dialógica e dialética, ou seja, dialógica porque favorece as novas sínteses por meio do diálogo e dialética porque exige a busca de novos saberes e ressignificação dos conhecimentos prévios, levando a uma educação transformadora.

As falas de entrevistados evidenciam que a metodologia que melhor se adapta para se ensinar o acolhimento deve estar baseada na realidade, o que significa identificar problemas na prática, no cotidiano dos profissionais de saúde. Ressalta esse entrevistado a importância de se compartilhar as diretrizes do SUS como um norteador para o entendimento do acolhimento.

Primeiramente tem que observar o profissional, tem que conversar e saber o que entende por acolhimento e depois envolvê-lo na equipe, porque se ele não tiver envolvido na equipe ele não vai se interessar sobre o acolhimento. Abordar com essa pessoa as diretrizes do SUS. Se a gente começar a trabalhar com ele todas as diretrizes do SUS, a gente consegue chegar naquele profissional e entender o que é acolhimento.
E¹²

Outro entrevistado aborda a importância de se conhecer o fluxo da unidade e os tipos de atendimento que embasam a proposta do acolhimento. atendimentos esses que se identificam nos usuário em sua busca por assistência nas unidades de saúde.

Primeiro é conhecer o fluxo, depois é treinar no dia a dia mesmo, é assim: esse é o passo, esse é o próximo passo, só mesmo conhecendo o fluxo da unidade e os três tipos de atendimento que o acolhimento se propõe, é que a gente consegue fazer um bom acolhimento. Primeiro iria treiná-lo pra que conhecesse esse fluxo, aí ele estará em condições de estar à frente, fazendo esse tipo de atendimento.^{E13}

Os problemas constituem a base da metodologia da problematização e são identificados pelo aprendiz pela utilização da observação a partir da realidade vivenciada. A metodologia da problematização parte do pressuposto que quem aprende sempre sabe algo sobre alguma coisa, ou seja, possui conhecimentos prévios que permitem interpretar e fazer uma aproximação do objeto alvo do conhecimento junto com o problema proposto (SILVA; DELIZOICOV, 2008).

Os resultados desta pesquisa geraram inquietação sobre a melhor forma de ensinar e praticar o acolhimento, como também o perfil que melhor se adapta aos profissionais que atuam na ESF. Será que a razão dessa inquietação está na formação de profissionais com a visão ainda hospitalocêntrica e pouco direcionada para a realidade da Saúde Pública? Acredita-se que isso seja reflexo de um modelo histórico, centrado na doença, com estruturas fragmentadas de saberes, onde os conhecimentos são especializados, fracionados e desarticulados, com isso o trabalho de profissionais também se fragmenta, desviando-se do objetivo principal que é o cuidado, com base no conceito ampliado de saúde, preconizado pelo SUS.

À luz do pensamento de Morin (2011), percebe-se uma crítica quanto à concepção tradicional de ciência, confirmando assim que a excessiva especialização conduz a uma fragmentação do saber. Sua visão acerca da ciência incorpora como princípio a complexidade no processo de construção do conhecimento. Para esse autor a complexidade constitui-se no conjunto dos princípios que, ligados uns aos outros, possibilitam uma visão complexa do universo e multidimensional do ser humano. Considera-se que tudo está interligado a tudo e as relações com os seres vivos e não vivos são primordiais para a sustentabilidade do planeta. O ensino

educativo pode ajudar os indivíduos a se tornarem seres humanos melhores e mais felizes (MORIN, 2011).

6. O PRODUTO: ESTRUTURA CURRICULAR DA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO

Para atender aos pressupostos da metodologia de ensino, a estrutura da capacitação tem como princípio a articulação teoria e prática, ensino e serviço. Sua organização sustenta-se na interdisciplinaridade e tem como eixos transversais a ética, a comunicação, o trabalho em equipe e a ação educativa.

Está composto de momentos presenciais (concentração) constituídos por situações de reflexão sobre a prática onde os participantes, de posse de conhecimentos teóricos, desenvolvem as sequências dos conteúdos de estudo e sistematizam esses conhecimentos e os momentos à distância (dispersão) para realizar o efetivo exercício da prática. É um momento pedagógico onde se oportuniza a reorganização do processo de trabalho. Considera-se que nesse momento acontece a formação do participante, no próprio ambiente de trabalho, partindo-se do pressuposto que o ambiente de trabalho também é um contexto de formação, que permite ao profissional aprendiz indicar soluções para problemas identificados de maneira contextualizada tornando-o capaz de construir o seu próprio conhecimento conforme se apresenta a demanda na realidade onde atua. Problematicar a realidade permite integrar a teoria à prática social.

Os conteúdos de ensino estão organizados em dois módulos entre teoria e prática. Cada módulo com dois momentos distintos: o primeiro momento presencial ou concentração (C) para o estudo de conhecimentos teóricos e o segundo momento para a dispersão (D), com o objetivo de vivenciar na prática os conteúdos abordados no módulo presencial anterior.

O primeiro módulo presencial aborda o contexto do trabalho em saúde no SUS, com desdobramento em cinco unidades de ensino: (A) Processo Saúde Doença e Promoção da Saúde; (B) Políticas de Saúde no Brasil; (C) Vigilância em Saúde; (D) Planejamento em Saúde; (E) O Processo de Trabalho em Saúde.

O segundo módulo presencial ou concentração aborda a humanização e a política de acesso no SUS, com desdobramento em quatro unidades de ensino: (A) Política Nacional de Humanização (PNH); (B) Acolhimento e suas Implicações; (C)

Cuidado em Saúde; (D) Apoio ao Acolhimento com Fluxogramas de risco e vulnerabilidade.

Totalizam-se para esta capacitação uma carga horária de 164 horas, sendo 80 horas dedicadas aos momentos presenciais ou concentração e 80 horas destinadas aos momentos de dispersão. Inclui-se a essa carga horária o adicional de 04 horas estabelecidas para a abertura do curso. O produto formatado apresentando todas as etapas de elaboração e apresentação encontra-se anexo a esta dissertação.

Para o manejo desse curso o manual foi o instrumento construído com o objetivo de orientar os instrutores no manuseio do DVD com todo o conteúdo do curso e o acesso de todas as partes que compõem.

Ao primeiro toque abre-se uma tela orientativa com visualização de todos os tópicos. O cardápio apresenta todo o roteiro com informações, sobre o curso onde constam a apresentação, justificativa, objetivos, metodologia, público alvo, instrutores e avaliação. Aparece a matriz curricular com a abertura, o módulo I, o módulo II e o glossário. Surge a parte textual, a barra de opções e o material complementar como os anexos que são as dinâmicas e os textos para utilização pelos instrutores durante o curso de capacitação.

6.1. Curso de Capacitação em Acolhimento para Profissionais de Saúde

6.1.1. Apresentação

O acolhimento é uma ação priorizada pelo Ministério da Saúde e considerada um instrumento essencial e presente como uma prática em todas as relações de cuidado. Acontece nos encontros entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde ao se receber e se escutar as pessoas. Pouco se revela nos discursos para se tornar presente nas práticas concretas do cuidado no cotidiano das unidades de saúde.

Elaborar um curso de capacitação em acolhimento para profissionais de saúde da Atenção Básica torna-se um desafio. É uma ação que exige dos profissionais de saúde habilidades específicas desde o conhecimento técnico se estendendo às habilidades relacionais que estão presentes no encontro com o outro, alvo de nosso cuidado, até o entendimento de uma rede de oferta de serviços para o atendimento das necessidades manifestadas nas relações de cuidado.

Este curso de capacitação nasce com a proposta de contribuir para apoiar profissionais de saúde na tarefa do acolhimento e da ampliação do acesso a todos que necessitam de ações de saúde. Utiliza como abordagem pedagógica a metodologia da problematização, que propõe a construção do conhecimento a partir da realidade de seus participantes. Essa metodologia favorece a reflexão conjunta e a troca de experiências.

Este curso de capacitação está organizado em dois módulos entre teoria e prática e cada módulo com dois momentos distintos: o primeiro momento presencial e o segundo momento para a dispersão com uma carga horária total de 164 horas. O processo ensino aprendizagem acontece por meio de dinâmicas, discussões em subgrupos, debate em plenária, exposição dialogada e leitura de textos.

Ao escrevermos, nunca o fazemos sozinhos, pela simples razão de que escrevemos para alguém que nos acompanha e nos provoca a novos desafios, mantendo-se quase sempre invisível: o nosso leitor. A esse ator social os nossos sinceros agradecimentos.

6.2. Justificativa

A capacitação em acolhimento é uma proposta de ensino e de aprendizagem voltada para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que desenvolvem suas atividades em Unidades de Saúde. Apresenta contribuições para ações de profissionais que realizam o acolhimento na Atenção Básica.

Incluíram-se algumas sugestões de fluxogramas assistenciais a partir de queixas e problemas que ocorrem com mais frequência quando se atende a

demanda livre nas unidades de saúde, conforme os grupos prioritários em seu ciclo de vida.

O destaque da capacitação está voltado para três dimensões importantes: biológicas, subjetivas e sociais, demandados no processo saúde-doença ao se identificar riscos, agravos e vulnerabilidades na identificação de diagnóstico (médico) ou descoberta precoce de casos (outros componentes da equipe de saúde) com a finalidade de priorizar a atenção, mas também sem perder a oportunidade, quando o usuário entra na unidade, de realizar outras ações como as de promoção à saúde, prevenção de doenças e orientações, no momento do acolhimento.

A capacitação tem ainda a proposta de servir como referencial para trabalhadores de saúde seguindo a realidade local e os recursos disponíveis, afastando-se do modelo fundamentado na oferta de consultas e outros serviços e passando a estabelecer propostas com o objetivo de transformar o cotidiano na construção de um modelo que tenha como eixo central o usuário e suas necessidades de saúde.

A elaboração dessa capacitação torna-se um grande desafio. Articular os diferentes saberes das áreas prioritárias pelo acolhimento proporciona mais um instrumento para contribuir na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

6.2.1. Objetivo Geral

Capacitar trabalhadores da área da saúde em acolhimento na Atenção Primária.

6.2.2. Objetivos Específicos

Sensibilizar profissionais para a importância da humanização na assistência prestada no cotidiano dos serviços ofertados.

Discutir o acolhimento como uma estratégia de acesso de usuários em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

6.2.3. Metodologia de Ensino

Entende-se Saúde e Educação como práticas sociais. Essa proposta de capacitação procura garantir a articulação educação-saúde no desenvolvimento dos conteúdos e na proposição de atividades. Para trabalhar os conteúdos, escolheu-se a metodologia reconstrutiva e problematizadora. A aprendizagem reconstrutiva reelabora os conhecimentos prévios para a construção de um novo conhecimento. A problematização procura questionar e compreender tudo que envolve um recorte da realidade que aconteceu em determinado período. Essa metodologia tem o propósito de motivar os participantes e instrutores a aprender a aprender, colocando-os frente a situações concretas de vida como parte do aprendizado (PROFORMAR, 2004).

Foi idealizada estrategicamente para favorecer a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a rede de serviços ofertada. Trabalha as possibilidades de ações que oportunizem mudanças ou transformações no modo de cuidar no campo individual e ou coletivo das famílias. Essas mudanças nas técnicas, nos saberes, na política, na vida social, no ambiente exigem a transformação de linguagens, na teoria e na prática para atender às necessidades e resolver problemas cada vez mais complexos da população. Essa metodologia tem base no diálogo, com troca de vivências entre os participantes inseridos em seus territórios de atuação (BOURGET, 2005).

Essa proposta de capacitação tem a preocupação de unir teoria / prática e ensino / serviço para possibilitar aos participantes e instrutores a (re) elaboração dos conteúdos teóricos através do fazer cotidiano dos serviços mediado por um trabalho de campo que denominamos de dispersão. A dispersão é um procedimento pedagógico que ocorre no campo da prática e que facilita a construção do conhecimento. Possibilita, tanto para participantes como para instrutores a oportunidade de construir e reconstruir os saberes teóricos propostos do cotidiano de trabalho como também da vida. Esse modo de ensinar e aprender são o que chamamos de aprendizagem significativa. Permite ampliar a autonomia dos envolvidos nesse processo ensino-aprendizagem como um exercício de cidadania (PROFORMAR, 2004).

Do ponto de vista pedagógico a proposta de capacitação está fundamentada na concepção crítico reflexiva, que tem como eixos norteadores: Aprender a aprender que engloba aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser; A autonomia e o discernimento no âmbito de sua competência, assegurando a integralidade, equidade, a universalidade e a humanização das ações prestadas ao indivíduo, à família e comunidade; A integração teoria e prática; A articulação do processo ensino-aprendizagem e do trabalho em saúde; Atitudes e valores éticos orientados para a cidadania e a solidariedade (GUIA CURRICULAR, 2009).

6.2.4. Público a que se Destina

Os beneficiários diretos são trabalhadores de saúde, especificamente aqueles que trabalham na Estratégia Saúde da Família: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em higiene bucal e agentes comunitários de saúde.

6.2.5. Instrutores

Profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar local, com perfil e inseridos em atividades educativas com ensino superior. Os instrutores assumem, além da sala de aula, a responsabilidade e o acompanhamento dos progressos e retrocessos de cada participante em seu processo de construção do conhecimento. Terão a responsabilidade por turmas com capacidade máxima para trinta participantes, com a proposta de desenvolver as seguintes atividades: problematização de questões polêmicas, esclarecimento de dúvidas, dinâmicas de sala de aula, leitura de textos, dramatizações, discussões de vídeos (concentração) e trabalho de campo (dispersão).

6.2.6. Avaliação

A proposta de avaliação do curso é ser processual e contínua acompanhando a aprendizagem na identificação de dificuldades manifestadas pelos participantes. Cabe aos instrutores verificar se os participantes alcançaram os conhecimentos,

objetivos e ou desempenhos finais esperados no processo de capacitação tanto no momento de realização das atividades de concentração quanto de dispersão.

Os instrumentos utilizados na avaliação serão: Pesquisas de campo com registro; Trabalhos interdisciplinares em grupo; Realização das atividades práticas na dispersão; Assiduidade; Pontualidade; Criatividade; Responsabilidade e Relacionamento interpessoal.

Pretende-se avaliar posteriormente a funcionalidade dessa proposta pela pesquisa do discurso de gerentes das unidades de saúde que trabalham com modelo ESF e que participaram da capacitação. Outro aspecto a ser avaliado será a movimentação de pessoal que ocorre naturalmente nas unidades e o quanto isso pode interferir no acolhimento.

7. CONCLUSÃO

Foi possível concluir que é possível tratar dessa questão como uma disciplina nos cursos de graduação da saúde, entretanto um leque de possibilidades se abre ao perceber a importância de outras maneiras de se ensinar esse tema. Apontam-se algumas formas como disciplinas eletivas específicas a essa área do saber; conteúdos teóricos e práticos inseridos em disciplinas diversas fazendo um estudo transversal; estágios curriculares e extracurriculares; grupos de estudo e pesquisa; cursos de extensão; participação em eventos com apresentação de trabalhos científicos e Trabalhos de Conclusão de Curso.

Observou-se que Edgar Morin defende o pensamento complexo capaz de contextualizar, relacionar e religar diferentes saberes.

Neste contexto, profissionais de saúde necessitam modificar suas práticas tornando-se pessoas responsáveis e comprometidas com a transformação de si e do mundo que as cerca. É fundamental criar espaços dialógicos criativos e reflexivos propiciando práticas de saúde fundamentadas na solidariedade, na ética, na paz e na justiça social. Ter suas mentes abertas ao novo e a escutas mais sensíveis e qualificadas, que é a essência do acolhimento.

O acolhimento por si só não responde a todas as necessidades na organização do serviço. É importante definir a população e a área de responsabilidade para o acompanhamento com prioridade para riscos e agravos com estabelecimento de vínculo, estimulando a autonomia e o acompanhamento dessa população permitindo a responsabilização pelos profissionais da equipe multiprofissional com vistas ao resultado do trabalho em saúde.

O acolhimento constitui-se em um potente disparador de mudanças na rede municipal, introduzindo-se uma relação mais humanizada e solidária entre trabalhadores de saúde e usuários, aumento da responsabilização, vinculação e maior resolutividade. Trata-se ainda de um instrumento de mudança do processo de trabalho, podendo servir para se repensar e reestruturar a organização do trabalho em saúde.

Esta pesquisa é uma análise reflexiva da realidade encontrada e das possibilidades que dela emergem acerca do ensino do acolhimento. O acolhimento vem para se repensar o processo de trabalho nas unidades de saúde com base na formação de profissionais.

Percebe-se que ações desenvolvidas no ensino do acolhimento são importantes e necessitam ser estimuladas de formas diversas. Essa diversidade de ações aponta para múltiplas formas de visão e revisão das partes e do todo ao mesmo tempo e esse movimento é um grande aliado na construção do conhecimento sobre o ensino do acolhimento.

A compreensão de que o pensamento complexo enfatiza o problema e não a solução foi a influência norteadora neste estudo, com base na teoria de Edgar Morin. A complexidade se presta a uma educação emancipadora, questionadora e reflexiva do cotidiano, apontando para a transformação social. Essa mesma complexidade entende que fragmentar não é a melhor forma de se ensinar. Trata da relação do ser humano com ele mesmo e com os outros seres humanos.

O que se pode sugerir na condução do ensino do acolhimento? Inicialmente capacitar profissionais de saúde com novos saberes além do conhecimento técnico para dar suporte ao acolhimento. Construir nesses espaços de ensino um protocolo ou um roteiro para guiar a prática do acolhimento no cotidiano desses profissionais. É oportuno aconselhar que se aproveitem os momentos das ações educativas, previstas na programação da Estratégia Saúde da Família para o repasse de informações, ressaltando-se a necessidade de se informar e conscientizar os usuários sobre a nova proposta de atendimento que é a Vigilância em Saúde onde se insere o acolhimento como prática viva desse modelo. Sugere-se também que se constitua uma rede de serviços estruturada e organizada, quando surgir a necessidade de se encaminhar para os demais níveis de assistência como suporte aos trabalhadores da Atenção Básica.

Apresentou-se como os objetivos deste estudo elaborar um curso de capacitação em acolhimento como instrumento de apoio ao trabalho de profissionais na Estratégia Saúde da Família; descrever o entendimento de profissionais de saúde

sobre o acolhimento; identificar a prática cotidiana de profissionais de saúde no que se refere ao acolhimento; relatar como sugerem essa prática de acolher, especificando como seria o ensino do acolhimento nas unidades de saúde; construir protocolos que orientem a prática profissional com base na demanda de usuários. Este último objetivo, consiste na elaboração de protocolos à luz da intervenção por profissionais que compõem a equipe mínima de trabalhadores da ESF, com ações de qualificação da assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais da equipe e definição de prioridades.

Considera-se que os objetivos foram alcançados na medida em que se apresenta, discute e interpreta as características do ensino do acolhimento nos espaços de cuidado, enfatizando seu modo de condução e seus conteúdos apresentados, percebendo-se que todas as formas de ensinar o acolhimento valem a pena. Entende-se que não se pode pensar no ensino do acolhimento cujo objeto de trabalho é o ser humano sem procurar inserir neste ensino os pressupostos da Complexidade. No cuidado humano consideram-se as questões técnicas, éticas e estéticas do processo de nascer, viver e morrer humano.

A partir dos três princípios básicos da complexidade de Edgar Morin, o discursivo, o recursivo e o hologramático, explicados anteriormente, conseguiu-se avistar um ensino de acolhimento solidário, ético sensível e competente e mais direcionado ao entendimento dessas questões que envolvem o ser humano, o processo de cuidar e o acolhimento como questões complexas. Neste ensino há a pretensão de se contextualizar e se interligar os saberes, considerando-se a multidimensionalidade do ser humano.

Serão necessárias novas práticas pedagógicas centradas na condição humana para uma educação transformadora, no desenvolvimento da compreensão, da sensibilidade e da ética, levando em consideração a diversidade cultural, a pluralidade de indivíduos e que privilegie a construção de um conhecimento de natureza transdisciplinar, como aponta Edgar Morin.

Conclui-se que mesmo não se encontrando uma realidade de acordo com a que se almejava, esse estudo foi importante no sentido de ser um aprofundamento

deste tema possibilitando aos profissionais refletir e repensar essas questões e analisá-las criticamente com base em suas práticas, com a finalidade de vislumbrar alternativas para a melhoria da prática do acolhimento realizado pelos profissionais de saúde na Atenção Básica.

8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **Acolhimento: Uma Experiência de Pesquisa-Ação na Mudança do Processo de Trabalho em Saúde.** Rev. APS, v. 10, n.2, p, 106-115, jul./dez. 2007.

AZEVEDO, Ana Lúcia Martins. **Acesso à atenção à Saúde no SUS: O PSF como (estreita) Porta de Entrada.** 2007. Dissertação de Mestrado do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Orientador André Monteiro Costa. Recife, 2007.

BOURGET, Ir. Monique Marie M.(org.). Programa Saúde da Família. **Manual Para o Curso Introdutório.** Coleção O Cotidiano do PSF. São Paulo: Martinari, 2005.

BONIS, Marcos De; COSTA, Marco Antônio F. **Ética da alteridade nas relações entre Biossegurança em saúde e Bioética.** Ciência e Cognição 2009; vol. 14 (3): 092-102.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem: Guia do Aluno / Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem: Cadernos do Aluno: Saúde Coletiva-** Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2001.

BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem.** Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem: Cadernos do Aluno: Saúde Coletiva-** Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS e a Vigilância em Saúde.** / Carmem Fontes Teixeira. Unidade I / Módulo 1. Rio de Janeiro: FIO CRUZ / EPSJV / PROFORMAR, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS e a Vigilância em Saúde.** / Carmem Fontes Teixeira. Unidade I / Módulo 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde:** área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 48p. - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – **Série B. Textos Básicos de Saúde;** v. 9. Série Pactos pela Saúde 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 44p. Série B. Textos Básicos de Saúde 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coleta de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde,** 2ª ed. Brasília – DF 2006.

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde do RJ. Escola de Formação Técnica em Saúde “Enf. Izabel dos Santos”. **Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – área I:** A Promoção da Saúde na Comunidade. 2ª. Ed. rev. Rio de Janeiro: ETIS, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. In: CARVALHO, Maria Alice Pessanha de. **Construção compartilhada do conhecimento:** análise da produção de material educativo, p. 91-101. 160 p. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Série Pactos pela Saúde,** v. 9. Brasília – DF 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: DAVINI, M. Cristina. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. 64 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.**(Série B. Textos Básicos de Saúde) – 4ª edição. Brasília – DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Vol.2. Atenção Básica. In: PASCHE, Dário Frederico. **Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica**. Brasília. – DF. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cadernos de Textos**. Cartilhas de Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica** n. 28, volume I. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS. In: PASCHE, Dário Frederico. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. **Atenção Hospitalar**. Série B Textos Básicos de Saúde. Vol. 3. Pag. 29. Brasília – DF, 2011.

CAMPOS, Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CANDIOTTO, Cesar; BASTOS, Cleverson Leite; CANDIOTTO, Kleber B.B. **Fundamentos da pesquisa científica: teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CAPRA, Fritjof. **A teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Tradução Newton Roberval Eicheemberg. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAPOZZOLO, Ângela Aparecida (org). **1º Caderno de Apoio ao Acolhimento Orientações**, Rotinas e Fluxos sob a Ótica do Risco / Vulnerabilidade. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo – 2004. www.saudedafamilia.org/projetos/outros. Acesso em 31/10/2011 às 16h20minh.

CARVALHO, Sérgio Resende; GARCIA, Rosana Aparecida; ROCHA, Daniel Carvalho. **O Ensino da Saúde Coletiva no Curso Médico da Unicamp**: experiências inovadoras junto a unidade básica de saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 20, p. 457 – 472, jul. / dez 2006.

CARTILHA DA PNH. www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH. Acessado em 20/10/2011 às 20h07minh.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde**: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 14(1): 41-65, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. **A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói**: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V.13, supl. p. 545-55, 2009. Botucatu. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo98pdf>. Acesso em 19/01/2012 às 08h45min.

CHAVES, Marco Antônio. **Projeto de Pesquisa**: Guia prático para monografia. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2002.

COSTA, Elisa Maria A.; CARBONE, Maria H. **Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DESCOVI, Carlos Augusto. **A Prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência**. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientadora: Prof.^a. Ms. Maria Luiza M. Ludwig, 2009.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Caderno de atividades do Trabalho de Campo**. / Maurício Monken, Grácia Maria de Miranda Gondim. Carlos Eduardo Colpo Batistella (Colaborador). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. EPSJ. PROFORMAR, 2004.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Guia do Aluno**. / Maurício Monken, Grácia Maria de Miranda Gondim. Carlos Eduardo Colpo Batistella (Colaborador). Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJ /PROFORMAR, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Aurélio O dicionário da língua portuguesa**. 6ª edição, Curitiba, fevereiro de 2007.

FERREIRA, Jaqueline. **O programa de humanização da saúde: dilema entre o relacional e o técnico**. Saúde soc. v.14, n.3, São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902005000300007>. Acesso em: 03 de janeiro de 2013.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim**. Cadernos de Saúde Pública- n° 15, ENSP- Rio de Janeiro-Junho 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, julho de 1999 - SP)**. www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 31/10/2011 às 19h40minh.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In PINHEIRO, Roseni e MATTOS Rubem (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; FRANCO, Camila Maria. **Acolhimento com Classificação de Risco e a Micropolítica do Trabalho em Saúde: A Experiência de Silva Jardim** – RJ. Rev. APS. abr./jun.; 15(2): 227-223, 2012.

FREIRE, Francisca Marina de Souza. **A Psicologia na Atenção Básica à Saúde: uma relação dialógica com o SUS** – Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 23ª ed. São Paulo: Editora: Paz e Terra, 1996 – Coleção Leitura.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra. 36ª edição, 2007.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2007.

FREITAS, Ana Cristina Sussekind Rocha V. de. **Forças Impulsionadoras e Restritas para o Trabalho em Equipe em Unidades Básicas de Saúde da Família.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem da Universidade de Goiás. Orientadora Professora Dra. Denize Bouttelet Munari, Goiânia – 2011.

FURTADO. Juarez Pereira. **Equipes de referência:** arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface (Botucatu) vol.11. Nº 22 Botucatu May/Aug. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>. Acesso em 24 ago. 2013.

GUIA CURRICULAR. **Curso Técnico em Saúde Bucal:** Módulo I – O Contexto do Trabalho em Saúde no SUS. Manual do Docente / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

HEIMANN, Luiza S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde:** trilhando a autonomia municipal. Ed.Sobravime. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas da atenção e gestão de todas as instancias do SUS/ Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MACHADO, Sérgio. **A Percepção sobre o Acolhimento entre Cirurgiões Dentista da Estratégia Saúde da Família da Zona Urbana de Formiga – MG.** Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialistas em Atenção Básica à Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Orientador: Prof. Alisson Araújo. Minas Gerais – 2010.

MALTA, Deborah Carvalho; FERREIRA, Leila Maria; REIS, Afonso T. dos; MERHY, Emerson Elias. **Mudando o processo de trabalho na rede pública:** alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde em Debate, v. 24, p.21-34 2000.

MARCHON, Simone Gravitol. **Diagnóstico dos Problemas que interferem nas Ações do Programa Saúde da Família, Município de Araruama:** Sugerindo Empowerment como teoria organizacional. Dissertação de Mestrado. Universidade Estácio de Sá. Orientadora Professora Dra. Zeilma da Cunha. RJ – 2007.

MASINI, Elcie F. Salazano; MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem Significativa:** condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2008.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de. **Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor.** Texto Contexto Enf., Florianópolis; 18(2): 338-46, 2009.

MATUMOTO, Silvia, et al. **Preparando a relação de atendimento: Ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. Vol.17, n.6, pp. 1001-1008. ISSN 0104-1169. 2009. Acesso em Set. 2013 às 22h56minh.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY Emerson. Elias.; ONOCKO, Rosana. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Ciências & Saúde Coletiva 4(2): 305 a 314, 1999. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 20/01/2012 às 17h54min.

MERHRY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo.** Hucitec. São Paulo, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG Estélio. (Org.). Leituras de novas tecnologias e saúde. 1ª ed. Sao Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, v., p. 29-56, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social, Teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. SANCHES, Odécio. **Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementariedade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, Jul./Set., 1993.

MOREIRA, Marco Antonio. **A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação em sala de aula.** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2006.

_____. **Humanismo.** Texto de Apoio preparado para a disciplina de pós-graduação Bases Teóricas e Metodológicas para o Ensino Superior, Instituto de Física, UGRGS, 2003, 2004 e 2006. Revisado em 2007.

_____. **Comportamentalismo.** Texto de Apoio preparado para a disciplina de pós-graduação Bases Teóricas e Metodológicas para o Ensino Superior, Instituto de Física, UGRGS, 2003 -2009. Revisado em 2010.

_____. **Teorias da Aprendizagem.** São Paulo, EPU, 2011.

MORIN, Edgar. **Os setes saberes necessários para a educação do futuro.** Tradução Ana Paula Viveiros. UNESCO, 1999.

_____. **A religião dos Saberes:** o desafio do século XXI. Jornadas temáticas idealizadas e dirigidas por Edgar Morin; tradução e notas, Flávia Nascimento – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **O método 3:** conhecimento do conhecimento / Edgar Morin; tradução Juremir Machado da Silva. 4ª ed. – Porto Alegre: Sulina, 2008.

_____. **Ciência com consciência** / Edgar Morin; tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Ed. Revista e modificada pelo autor – 14ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **Os setes saberes necessários à educação do futuro.** Tradução Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. – 2. Ed. ver. São Paulo: Cortez; Brasília DF: UNESCO, 2011.

_____. **A via para o futuro da humanidade.** Tradução de Edgar de Assis Carvalho, Mariza Perassi Bosco – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

NISHIO, Elizabeth Akemi; FRANCO, Maria Tereza Gomes (orgs.). **Modelo de gestão em enfermagem:** qualidade assistencial e segurança do paciente. In: GUERRA, Maria Cristina Pose; LEANDRO, Roseli Fernandes Rodrigues. Acolhimento com Classificação de Risco Adulto e Infantil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OHARO, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (orgs.). **Saúde da família:** considerações teóricas e aplicabilidade. In: SAITO, Raquel Xavier de Souza. Programa Saúde da Família. 3 ed. São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, Leda Maria Leal de; TUNIN, Andréia Simoni Manarin. SILVA, Fernanda Cristina da. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde.** Rev. APS, v. 11, n. 4, p. 362-373 ed., out./dez. 2008.

OLIVEIRA, Adriano et al. **A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP.** Interface (Botucatu) vol.12 n°.27 Botucatu Out./Dec. 2008.

PASSOS, Eduardo (org.); BENEVIDES, Regina. **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão de Atenção à Saúde 2v.** – Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2006.

PALIZZARI Adriana; KRIEGL, Maria de Lurdes; BARON, Márcia Pirih; FINK, Nelcy Teresinha Lubi; DOROCINSKI, Solange Inês. **Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubel.** Rer. Pec., Curitiba, v.2, n. 1, p 37-42, jul. 2001-jul. 2002.

PINTO, Suely et al (org.). **Tecendo Redes: Os Planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS – A Experiência de Volta Redonda.** In: PINTO, Maria de Fátima da Rocha. Uso de fluxogramas como ferramenta de análise de linhas de cuidado. Pag. 252, São Paulo: Ed. HUCITEC, 2012.

SÁ, Marilene de Castilho. **A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde.** Interface (Botucatu) vol.13 supl.1 Botucatu 2009.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Maria Rezende Camargo de (Orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** In: Acolhimento: uma tecnologia para a assistência. FRACOLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone. (Série enfermagem). Barueri, SP: Manole, 2007.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **O Ensino de Enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin.** Florianópolis: UFSC/PEN, 2003.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. **Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas.** Revista Eletrônica de enfermagem, v. 09, n. 389 – 401 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9v2a08.htm>. Acesso em 09/01/2012 – 09h00minh.

SILVA, Jaqueline Vitoriano da. **Redução de danos:** novas formas de governo de si e do outro na política de saúde brasileira. 124 f. Orientador: Arthur Arruda Leal Ferreira. Dissertação (Mestrado). UFRJ/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, Wellington Barros; DELIZOICOV, Demétrio. **Problemas e Problematizações:** Implicações para o ensino dos profissionais da saúde. Rev. Ensino, Saúde e Ambiente, v.1, n.2, p 14-28, 10 dez. 2008.

SILVEIRA, Maria de Fatima Araújo; FELIX, Lidiany Galdino; ARAÚJO, Daísy Vieira; SILVA, Iane Carvalho. **Acolhimento no Programa Saúde da Família:** Um caminho para humanização da atenção à saúde. Cogitare enfermagem 9 (1): 71-78, jan.-jun. 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br> [Citado 14 de maio de 2011].

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. **Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, 5 (4): 493-503 out. / dez., 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. In: Acessibilidade e Primeiro Contato: A "Porta". Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002. cap. 07, p. 207-246.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas,** São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.23 no. 2 Rio de Janeiro Fev. 2007.

TEIXEIRA, Elizabeth; RANIERI, Maria Santana Soares. **Diretrizes para elaboração do trabalho de conclusão de curso.** – 2ª ed. rev. ampl. – Belém – EDUEPA, 2004.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As Três Metodologias:** Acadêmica, da ciência e da pesquisa. 4ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VILAÇA, Eugênio Mendes. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2ª ed. Brasília, 2011.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** a relação entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ANEXO A

ROTEIRO DOS ANEXOS DAS AULAS DO CURSO

A. ABERTURA

Anexo 1 – Dinâmica: CIRCULO MÁGICO

Anexo 2 – Dinâmica: LEVANTAMENTO DE EXPECTATIVAS

Anexo 3 – Texto: “FÁBULA DA CONVIVÊNCIA”

MÓDULO I

1.1 CONCENTRAÇÃO

Anexo 4 – Dinâmica: CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA

Anexo 5 – Texto: “PROCESSO SAÚDE DOENÇA”

Anexo 6 – Dinâmica: CONSTRUINDO A ÁRVORE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Anexo 7 – Texto: “PROMOÇÃO DA SAÚDE”

Anexo 8 – Dinâmica: “A LINHA DO TEMPO”

Anexo 9 – Filme: A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA

Anexo 10 – Texto: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Anexo 11 – Texto: MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Anexo 12 – Texto: TERRITÓRIO – ESPAÇO FÍSICO E SOCIAL

Anexo 13 – Texto: TERRITÓRIO, CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE

Anexo 14 – Texto: “FAMÍLIA O MAIS NOVO CLIENTE”

Anexo 15 – Dinâmica: OS BICHOS

Anexo 16 – Texto: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Anexo 17 – Dinâmica: PROBLEMAS

Anexo 18 – Texto: PESQUISA

Anexo 19 – Texto: O PAPEL DO “PROFISSIONAL DE SAÚDE” NO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Anexo 20 – Texto: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Anexo 21 – Dinâmica: A POPULAÇÃO E SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE

Anexo 22 – Texto: PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Anexo 23 – Dinâmica: CAÇA AO TESOURO

Anexo 24 – DISCUSSÃO DE CASOS

Anexo 25 – Texto: PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Anexo 26 – Texto: TRABALHO EM EQUIPE

Anexo 27 – Texto: O TRABALHO EM REDES

1.2 DISPERSÃO

Anexo 28 – ENTREVISTA

MÓDULO II

2.1 CONCENTRAÇÃO

Anexo 29 – Dinâmica: O ACOLHIMENTO

Anexo 30 – Texto: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HumanizaSUS

Anexo 31 – Texto: AMBIÊNCIA: HUMANIZAÇÃO DOS “TERRITÓRIOS” DE ENCONTROS DO SUS

Anexo 32 – Dinâmica: O QUE VOCÊ DIZ?

Anexo 33 – Texto: EQUIPE DE REFERÊNCIA (RESPONSÁVEL) E APOIO MATRICIAL

Anexo 34 – Dinâmica: DESENHO COLETIVO

Anexo 35 – Texto: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Anexo 36 – Dinâmica: NÓ HUMANO

Anexo 37 – Texto: LINHAS DE CUIDADO

Anexo 38 – Texto: PROJETO TERAPÊUTICO E A LINHA DE CUIDADO INTEGRAL

Anexo 39 – Texto: A INTEGRALIDADE NO SUS

Anexo 40 – Texto: FLUXOGRAMA DESCRITOR

Anexo 41 – Fluxograma Geral de Acolhimento

Anexo 42 – Fluxograma de Atendimento na Saúde da Criança

Anexo 43 – Fluxograma de Atendimento na Saúde do Adolescente

Anexo 44 – Fluxograma de Atendimento na Saúde da Mulher

Anexo 45 – Fluxograma de Atendimento na Saúde do Adulto

Anexo 46 – Fluxograma de Atendimento na Saúde do Trabalhador

Anexo 47 – Fluxograma de Atendimento de Casos Suspeitos de Violência

2.2 DISPERSÃO

Anexo 48 – EM BUSCA DO CONCEITO

B. AVALIAÇÃO DIÁRIA DO CURSO

Anexo 49 – DINÂMICA DAS CARINHAS

C. ENCERRAMENTO

Anexo 50 – Dinâmica: MÁGICA DO FLORESCIMENTO

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (PROTOCOLO Nº 050 / 2010)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS / UniFOA

(de acordo com as Normas da Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996)

1) Identificação do responsável pela execução da pesquisa: Maria de Fátima da Rocha Pinto
Título do Projeto: Título Provisório: Acolhimento: Um Caminho para Reorganização do Processo de Trabalho na Atenção Primária em Saúde; Título Final: ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma prática viva.
Coordenador do Projeto: Maria de Fátima da Rocha Pinto
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 33482498 e (24) 99942779
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Campus Três Poços - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ.

2) Informações ao participante ou responsável:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral: elaborar um curso de capacitação sobre acolhimento como instrumento de apoio ao trabalho de profissionais na Estratégia Saúde da Família e como objetivos específicos: descrever o entendimento de profissionais de saúde sobre o acolhimento; identificar a prática cotidiana de profissionais de saúde no que se refere ao acolhimento; relatar como sugerem a prática de acolhimento, especificando como os profissionais ensinariam o acolhimento nas unidades de saúde; construir protocolos que orientem a prática profissional com base na demanda de usuários. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre a coleta de dados. Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante a aplicação da entrevista e do questionário você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento. A sua participação como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.S^a. A sua participação não envolverá riscos. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes. Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa”.

Volta Redonda, ____ de _____ de 20____.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____ Sexo: **F** () **M** ()

Profissão: () Médico () Enfermeiro () Auxiliar de Enfermagem () A.Comunitário de Saúde

Tempo de Atuação ESF: () < de 1 ano () 1 a 3 anos () 4 a 5 anos () > de 5 anos

1) O que você entende sobre Acolhimento?

2) Como você realiza o acolhimento em sua unidade?

3) Que dificuldades e ou facilidades você encontra ao realizar o acolhimento?

4) Como você sugere que deveria ser o acolhimento em sua unidade?

5) Como você ensinaria o Acolhimento para alguém novo na sua unidade?



Fundação Oswaldo Aranha



APÊNDICE C

Volta Redonda, 15 de Julho de 2010.

À Secretaria Municipal de Saúde - VR
Dra. Sueli Pinto

Solicito a V.Sa. autorização para que a professora **Maria de Fátima da Rocha Pinto**, do Curso de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, possa realizar uma pesquisa de campo junto aos trabalhadores de saúde nas unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Norte e Sul da SMS - VR, para a coleta de dados necessários para elaboração do seu trabalho de Dissertação de Mestrado, intitulado: **ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma prática viva.**

Atenciosamente,


Ilda Cecília Moreira da Silva
Orientadora