

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE*

Reception practices from the perspective of professionals in Basic Health Care

Prácticas de acogida en la perspectiva de profesionales de Atención Básica en

Salud

Resumo

O conhecimento de como o acolhimento é entendido e praticado no serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) pode trazer melhorias para o cuidado em saúde e o trabalho em rede. Este estudo teve como objetivo identificar e descrever as concepções de acolhimento em saúde de trabalhadores de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como discutir as referidas concepções à luz das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de pesquisa qualitativa com coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada com seis trabalhadores inseridos na Atenção Básica em Saúde (ABS). Os dados foram analisados por meio da técnica análise do discurso na modalidade temática, e apontou as seguintes regularidades discursivas: concepção de acolhimento; método de acolhimento; acolhimento no cotidiano de trabalho. Os resultados relacionam as concepções dos profissionais à importância do acolhimento como ferramenta de qualidade do SUS não só na produção de saúde dos usuários, mas também na produção da valorização profissional e ambientes saudáveis de trabalho. Destaca-se os desafios em colocar o acolhimento em prática de acordo com a PNH, no cotidiano do serviço, no estabelecimento de cuidado com o usuário e nas relações entre os trabalhadores de saúde da unidade ESF.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária em Saúde; Humanização; Profissionais de saúde.

Abstract

The knowledge of how the host is understood and practiced in the Primary Health Care (PHC) service can bring improvements to health care and networking. The purpose of this study was to identify and describe the conceptions of health reception of workers from a Family Health Strategy (FHS) unit, as well as to discuss these concepts in the light of the National Humanization Politics (NHP) guidelines. This is qualitative research with data collection through a semi-structured interview with six workers enrolled in PHC. The analysis of the data was made through discourse analysis in the thematic modality, pointed to the following discursive regularities: reception conception; host method; host in the daily work. The results relate the professionals' conceptions to the importance of welcoming SUS as a quality tool, not only in the health production of users, but also in the production of professional valorization and healthy work environments. It is important to highlight the challenges of placing the care in accordance with the NHP, as a practice in the day-to-day of the service in establishing care for the user and in the relationships among the health workers of this FHS unit.

Key words: User Embrace, Primary Health Care; Humanization; Health professionals.

Resumen

Resumen: El conocimiento de cómo la acogida es entendido y practicado en el servicio de Atención Primaria en Salud (APS) puede traer mejoras para el cuidado en salud y el trabajo en red. El propósito de este estudio fue identificar y describir las concepciones de la acogida de salud de los trabajadores de una unidad de Estrategia de Salud Familiar (ESF), así como discutir estos conceptos a la luz de las directrices de la Política Nacional de Humanización (PNH). Esta es una investigación cualitativa con recolección de datos a través de una entrevista semiestructurada con seis trabajadores inscritos en Atención Primaria de Salud (ABS). El análisis de los datos se realizó a través del análisis del discurso en la modalidad temática, apuntando a las siguientes regularidades discursivas: concepción de recepción; método de acogida; Anfitrión en el trabajo diario. Los resultados relacionan las concepciones de los profesionales con la importancia de recibir al SUS como una herramienta de calidad, no solo en la producción de salud de los usuarios, sino también en la producción de valorización profesional y entornos laborales saludables. Es importante resaltar los desafíos de colocar la atención de acuerdo con la PNH, como práctica en el día a día del servicio para establecer la atención para el usuario y en las relaciones entre los trabajadores de la salud de esta unidad del ESF.

Palabras clave: Acogida en salud; Atención Primaria en Salud; Humanización; Profesionales de la salud.

Mirlan Cristian Mendes de Oliveira
terapeuta ocupacional, residente do Programa de Residência Interprofissional – UFES, Vitória, ES, Brasil.
mirlancristie@hotmail.com

Teresinha Cid Constantinidis
Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES e Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da mesma universidade, Vitória, ES, Brasil.
teracid@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A conquista do direito a saúde para todos foi possível depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo resultado da mobilização democrática de brasileiros cientes das necessidades da ampliação do significado de saúde e de seu acesso. De acordo com a Constituição de 1988, saúde implica planejamentos político, social e respeito ao direito universal e igualitário de acesso ao SUS^{1,2,3}.

A Lei 8.080² relaciona saúde ao acesso dos sujeitos a bens e serviços essenciais - tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer - à organização social e econômica do país. Percebe-se, desse modo, que é no desenrolar da vida em sociedade e na singularidade de cada sujeito que acontece a oscilação saúde e doença. Assim, está previsto na Constituição Brasileira² a interpretação da saúde que supera a ausência de doença.

Partindo-se dessa compreensão, os cuidados demandam dos serviços de saúde o acompanhamento dessa configuração no manejo das demandas dos sujeitos. A Atenção Básica em Saúde (ABS)/Atenção Primária em Saúde (APS) volta-se à organização e ao funcionamento dos serviços do SUS, visando a promoção, proteção e recuperação, com ações no âmbito individual e coletivo, próximo da vida das pessoas¹. Assim, é a porta de entrada do SUS, o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade, da participação social e da humanização⁴.

Benevides de Barros e Torres⁵ discutem a humanização considerando sujeitos sociais capazes de, coletivamente, "transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo" (p.391). Para os autores, a partir desta concepção de sujeitos sociais, trata-se de investir em formas de interação, entre os sujeitos que constituem o sistema de saúde, que acolham tais atores e fomentem seu protagonismo.

Lançada em 2003, a PNH é também chamada HumanizaSUS, e objetiva gerar mudanças na rotina dos serviços de saúde, no cuidado e na gestão, no fomento da inclusão e o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, a partir de novas formas de pensar e cuidar. As diretrizes da PNH visam orientar a política, sendo o acolhimento uma diretriz que trata da organização do serviço de saúde de modo a alinhar respostas às necessidades dos sujeitos. Para tanto, acolher está relacionado à escuta, vínculo, cuidado, responsabilização e resolutividade, sendo, portanto, uma conduta que envolve aspectos éticos por ser de responsabilidade de toda a equipe, e político por tratar do direito e dever do estado^{6,7}.

De acordo com Campos³, ao gozarem do direito à saúde, os sujeitos trazem demandas aos serviços que são vitais às suas condições de existência, e é a partir daí que

começa a troca entre profissional-usuário: o profissional com seu saber técnico e os usuários com as necessidades de cuidado, pois “[...] O vínculo resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros” (Campos GWS, p. 28)³.

É importante compreender que acolher promove a democracia e cidadania superando a questão de acesso dos sujeitos aos serviços de saúde para realçar a qualidade desse acesso. Logo, estabelecer os papéis do usuário, gestor e trabalhador não são suficientes, sendo importante a construção de projetos coletivos que favoreçam a ampliação do grau de comunicação entre eles, possibilitando diferentes modos de cuidar e de organizar o trabalho em saúde^{3,6,8}.

A abertura à escuta interessada e ao diálogo por parte do profissional de saúde abre uma possibilidade de relação entre trabalhador e usuário. Ayres⁹ enfatiza que realizar o diálogo significa trocar os ruídos por frases valorativas para o usuário, onde é possível vislumbrar a abertura para a ação comum de cuidado que vá ao encontro das expectativas dos sujeitos quando buscam os serviços de saúde.

Segundo Franco, Bueno e Merhy¹⁰, se não houver o acolhimento no processo de cuidado, não haverá a responsabilização do serviço e dos trabalhadores com o usuário, o que pode desencadear práticas pouco resolutivas que, conseqüentemente, impactam menos nos processos sociais e nas questões de saúde e doença.

O acolhimento, como destaca Teixeira¹¹, não é necessariamente uma atividade em particular, mas deve ser o conteúdo de qualquer atividade de assistência de todos os serviços da rede do SUS, tecendo os caminhos do usuário dentro dela. Isto posto, entende-se a relevância em estudar a compreensão e prática do acolhimento na APS e esta pesquisa tem por objetivo identificar, conhecer e descrever as concepções de acolhimento em saúde de trabalhadores de uma unidade de ESF, bem como discutir os achados com PNH.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Considerando que essa pesquisa se propõe a conhecer o entendimento dos trabalhadores sobre acolhimento e sua prática, o método qualitativo apresenta-se como ideal por possibilitar a apuração dos significados que os sujeitos empregam às suas experiências com o outro¹².

2.1 Participantes

Os critérios para inclusão dos participantes foram: ser profissional de saúde, trabalhar na unidade de ESF que é lócus da pesquisa, e a aceitação do convite para participação do estudo. A aplicação destes critérios resultou em seis profissionais como participantes.

A função exercida, a formação acadêmica e o tempo de experiência são dados considerados na caracterização dos participantes, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro1. Caracterização dos participantes.

Participante	Atuação/Cargo de trabalho na ESF	Formação	Tempo de atuação na USF pesquisada
P1	Serviço de Orientação ao Exercício utilizando-se das Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PICs)	Educação Física	2 anos
P2	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Básico	15 anos
P3	Enfermeiro (a)	Enfermagem	2 anos e 8 meses
P4	Gestão/Coordenação da USF	Fisioterapia e Direito	2 anos
P5	Assistente Administrativo	Engenharia de Controle e Automação	4 anos
P6	Cirurgião dentista especialista em APS	Odontologia	2 anos

Para manter o anonimato dos entrevistados seus nomes foram substituídos pela letra P (profissional) e numerados aleatoriamente como P1, P2 etc.

2.2 Caracterização do local de pesquisa

Trata-se de uma unidade de APS localizada em cidade metropolitana da região sudeste do país. As unidades de APS, em tal município, estão divididas em seis regiões territoriais: macrorregião totalizando-se 30 UBS, 23 delas regidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em 80% de cobertura no município. Os profissionais da ESF pesquisados trabalham em uma destas regiões, responsável por um território de 15.017 habitantes¹³.

A escolha pela APS se deve por ser a principal estratégia do cuidado em saúde no território, sendo o acolhimento uma diretriz primordial nas unidades de ESF^{14,15}. Foi feita escolha por unidade específica para o estudo, por conveniência das pesquisadoras.

2.3 Instrumento

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas utilizando-se de um roteiro com os seguintes tópicos: formação e relação desta com conteúdos relacionados ao SUS; concepção do acolhimento; cotidiano do acolhimento no serviço; descrição da dinâmica do encontro com o usuário e o acolhimento (níveis de satisfação do usuário e alcance dos objetivos do trabalho em saúde na perspectiva do profissional); impasses e desafios e perspectivas no ato de acolher.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade de ESF e tiveram duração média de 50 minutos. Foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

2.4. Análise dos dados

O tratamento e análise do material, a sua codificação, ocorreu por intermédio da análise de conteúdo¹⁶, na modalidade temática. Tendo em vista que este estudo não pressupõe uma análise quantitativa, as categorias foram delineadas pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões.

Para o tratamento dos dados, após a transcrição das entrevistas, o material foi organizado em tabelas que permitiram a visualização dos principais temas dos discursos dos profissionais.

Para análise dos dados, foram utilizados os recursos de Análise de Conteúdo¹⁶, que compreende três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. Como resultado desta análise, foram encontradas regularidades discursivas que configuraram três núcleos de sentido em três categorias: 1. Concepção de acolhimento; 2. Método de Acolhimento; 3. Acolhimento no cotidiano de trabalho. Após, foi realizado agrupamento de elementos (palavras ou frases) das categorias em subcategorias.

2.5. Procedimento éticos

Esta pesquisa foi apresentada e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em atendimento à Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, foram encontradas regularidades discursivas que configuraram três categorias: 1. Concepção de acolhimento; 2. Método de Acolhimento; 3. Acolhimento no cotidiano de trabalho. O Quadro 2 relaciona as categorias e as subcategorias.

Quadro 2. Categorias analíticas e resultados - Concepções de profissionais de unidade de ESF da Região SE sobre acolhimento, 2018.

Categoria	Subcategoria	Resultados	
Concepção de acolhimento	Atenção	"Hoje você não vai atender ele, mas ele está ali por algum motivo. Então, assim, dá importância, porque todo mundo que está aqui dentro vem por um motivo (P6)."	
	Negociação	"É uma coisa que eu sempre procuro fazer e eu vejo que isso é muito bom, porque se o paciente vem ele quer uma consulta, não tem como - o sistema não me permite dar aquela consulta pra ele porque não existe aquela vaga - mas eu consigo apresentar pra ele algumas alternativas, por exemplo: "ah, eu quero uma consulta!" Uma coisa é eu dizer: "olha, infelizmente não tem essa consulta no momento, cê vai ter que vir um outro momento aqui". [...] Outra coisa é eu dizer o seguinte: "olha senhor, não tem essa vaga que o senhor precisa agora, mas pra que é a consulta do senhor?", e ele fala. [...]. O simples fato dele falar do que ele precisa já demonstra o meu interesse de eu ajudar (P5)."	
	Resolução	"[...] Tento explicar pra ele quais os passos que ele tem que tomar, [...] eu tento solucionar aquilo pro paciente. Quando não dá, eu trago pra reunião de equipe, quando não dá na reunião de equipe, que às vezes demora muito, eu trago diretamente para o enfermeiro. Sempre que eu trago um problema eu consigo resolver dentro da equipe [...] muito difícil a gente não conseguir resolver (P2)."	
Método de acolhimento	Ouvir o usuário	"A escuta inicial é muito importante e aquela primeira impressão vai ficar. Se você chega e eu tô pronta pra te ouvir e tal, se eu tenho esse tempo, se eu tô aberta pra isso pra saber o que que você quer, a coisa vai fluir. (P1)."	
	Se colocar no lugar do outro	"[...] eu acho que o acolhimento é você realmente se colocar no lugar do paciente, tentar entender o que ele tá querendo, se esvaziar [...] das suas opiniões em relação aquilo ali porque o que vale não é minha opinião própria ali, é o que o servidor tem que fazer naquela situação (P5)."	
	Saber receber	"Acolhimento é receber bem a pessoa, desde a entrada até a saída, é atender, é suprir as necessidades, ouvir (P5)."	
	Ser uma pessoa tranquila e nunca revidar	"[...] Se você me agride de alguma forma, eu sei que eu não te fiz nada de forma pessoal; se o SUS não oferece uma vaga pra você naquele momento, [...] você está agredindo o SUS, então se eu conseguir entender isso e ver além dessa sua reclamação, eu não revido, não vou te revidar (P5)."	
Acolhimento no cotidiano de trabalho	Equipe	Falta de fluidez	"[...] Muitas vezes você vê profissionais que as vezes tem informação, mas falam bem assim: <i>ah, vai lá na recepção pro cê saber</i> . Então, você já poderia ter resolvido o problema do paciente, liberado ele, mas você faz ele ainda ter um outro trâmite pra poder chegar até a recepção onde a recepção vai dar a mesma informação que você poderia dar (P5)."
		Falta de integração	"[...] Mas a vivência de unidade de saúde, de perceber o que é uma equipe, um trabalho integrado, acho que até hoje a gente não tem (P1)."
		Falta de cooperação	"Cada um pensa de um jeito, as vezes não está satisfeito por uma coisa ou por outra, mas eu acho que a gente tem que tentar fazer da melhor maneira possível dentro do que cabe a gente (P3)."
	Estrutura física da USF	"[...] A sala não favorece, é uma cabeça colada na outra! Sem contar que tem a técnica que ela não tem sala [...], tem os estagiários... então fica assim: tudo muito amontoado, a pessoa não se sente à vontade (P6)."	
	Violência na APS	"Como nesse dia que o cara foi quase [...] na agressão física [...], eu cheguei em casa e fiquei pensando naquilo: <i>poxa, será que até quando vale a pena continuar naquele lugar? Será que eu tenho que pedir transferência ou não?</i> Mas são situação muitos raras, na grande maioria das vezes... Todos os dias, sem exceção, você é ofendido de alguma forma aqui, na maioria das vezes de uma forma bem amena, bem mais tranquilo. Como você vai se acostumando com isso você vai criando uma casca (P5)."	
	Satisfação dos usuários	Em alguns pacientes eu vejo uma grande, às vezes, mudança, e, às vezes, a satisfação assim bem clara deles. Eles saem agradecendo, falam: " <i>olha, eu gostei muito de consultar com você!</i> Aquela coisa toda. (P3)"	
Falta de responsabilidade do usuário	"[...] Eu digo por [nome da cidade] as pessoas não querem muitas vezes e não tem a corresponsabilidade com a sua saúde, e ela quer delegar isso para a saúde pública. Então, essa corresponsabilidade ou falta dessa corresponsabilidade me incomoda muito dentro do SUS, entendeu? De não ter essa cobrança, essa contrapartida do usuário do SUS no que diz respeito a sua saúde. (P4)"		

4.1 Concepção de acolhimento

A concepção de acolhimento trata-se do entendimento dos profissionais sobre acolher em saúde. Estes o apontaram como: atenção, negociação e resolução, como descrito no Quadro 2. A atenção do profissional com o usuário é fundamental no trabalho em saúde, pois auxilia na compreensão de que a vinda do usuário ao serviço significa a busca de algo e que ter e dar atenção a isso promove essa descoberta³. De acordo com Teixeira¹¹, na PNH o acolhimento é visto também como uma postura ética, uma forma do profissional se colocar enquanto trabalhador da saúde que está atento às demandas dos sujeitos e as suas singularidades.

Os acordos podem ser acolhedores a medida que existe uma contrapartida do serviço de entender qual a real necessidade do usuário. A fala de um e a escuta do outro, e vice-versa, possibilita uma relação de responsabilidade da mesma maneira que oportuniza o cuidado. De acordo com Teixeira¹⁷, a negociação acontece quando a demanda não consegue ser captada dentro dos protocolos biomédicos e acabam por exigir “tecnologias de conversa” (Teixeira RR, p. 228)¹⁷ para auxiliar a compreensão das necessidades em saúde. Pinheiro et al¹⁸ destacam que por ser uma construção social, a demanda encontra-se atravessada por conteúdos simbólicos que necessitam ser compreendidos e não apenas considerados a partir das doenças. Segundo os autores, por estarmos diante de uma sociedade medicalizada, que tem a doença como foco, tende-se a desconsiderar os aspectos socioculturais explicativos de utilização dos serviços de saúde e de formação de suas demandas. A ênfase no usuário e na forma como este se relaciona com seus hábitos, sua rotina, o cuidado de si e tudo que lhe atravessa e faz dele sujeito único, pode auxiliar o profissional no entendimento social da demanda e no oferecimento de cuidado que condiz com a vida do usuário⁸.

A resolução apresenta-se como a busca de fornecer resposta/cuidado à demanda do usuário, sendo um dos objetivos do acolhimento⁶ e interdisciplinar de resposta da demanda do usuário. A fala de P2 ilustra a resolução respaldada no trabalho em equipe. Este tipo de abordagem vai ao encontro da PNH e da afirmação de Keel e Shimizu¹⁹ quando aponta que para que a troca de saberes como um método de trabalho em equipe promova a ampliação do cuidado, a demanda que chega em um profissional precisa ser de todos.

4.2 Métodos de acolhimento

O método de acolher diz respeito às estratégias utilizadas para produzir intervenções acolhedoras, ou seja, como acontece o acolhimento em ato dentro das práticas profissionais.

O ouvir, valorizado na fala de P1, é a abertura para a aproximação com a vida do sujeito. Se existe o profissional aberto à escuta qualificada, o usuário é convidado a um encontro relacional de cuidado. Mas a escuta profissional precisa ter qualidade e isso quer dizer que tem de ser interessada no que o outro tem a dizer, o que significa ir além do que já é es

perado, do que já é protocolo na saúde¹¹. De acordo com a PNH²⁰, o que se busca no ato de escutar vai além da doença em si, mas capta também as histórias de vida, o cotidiano, no que Ayres⁹ chama de “projetos de felicidade” de cada um e que só é possível analisar escutando. Ouvir possibilita o vínculo, além de direcionar o profissional a propiciar um cuidado que vá ao encontro às necessidades das pessoas e singularidades^{11,21}.

Assim, não é necessário um roteiro para acolher, justamente porque o acolhimento proporciona um dia diferente do outro, rompendo com a rotina de procedimentos²³ e com o foco do cuidado estritamente na dor e em partes do corpo; este último pode gerar padrões engessados nas práticas de saúde. Campos³ aposta na clínica do sujeito que é onde a doença é colocada entre parênteses para destacar a pessoa, o ser humano.

Nos relatos dos participantes é possível observar um espelhamento que despe trabalhadores das suas impressões pessoais para compreensão das características e necessidades do outro ao se realizar o acolhimento. Praticar o ‘vestir-se do outro’ desde a entrada do usuário no serviço é uma forma de respeitar, solidarizar e promover um elo entre trabalhador-usuário, sendo o vínculo a tecnologia leve que possibilita isso²².

Saber receber o usuário acolhendo-o no serviço, conforme aponta P5, aumentam as chances de se criar vínculo e produzir cuidado. Acrescenta-se a isso, as ofertas trazidas por profissionais e sujeitos: os técnicos ofertam trabalho humanizado em saúde e os sujeitos ofertam necessidades de cuidado. A PNH aposta no vínculo entre profissionais, usuários e gestão para humanizar os serviços de saúde e melhorar a saúde pública no país²⁰.

Já ser uma pessoa tranquila pode ser compreendido como uma estratégia de trabalho que busca visualizar as relações de produção de cuidado em saúde entrelaçadas com essas relações pessoais entre colegas de trabalho e com o usuário. Compreende-se que as pessoas que acessam o estabelecimento de saúde o procuram por um motivo importante para elas que vem imerso em um saber e num movimento ou de compartilhamento desse saber ou de soma do seu saber com o saber do profissional^{6,9}. Trata-se, então, do trabalhador entender e contextualizar alguns ruídos da comunicação que podem culminar em hostilidade por parte do usuário, e compreendendo a complexidade disso, o acolhimento muda/orienta o manejo dessas situações. Assim, a implicação e sensibilidade do que vem do ser humano produz consciência de se estar diante de outro ser humano, o da humanização em saúde²⁰.

4.3 Acolhimento no cotidiano de trabalho da equipe

O acolhimento como ferramenta de trabalho nas equipes de saúde é uma das aspirações do SUS justamente por viabilizar a corresponsabilidade na atenção e a inclusão²⁴. O trabalho em equipe permite o compartilhamento das atividades, evidenciando ações que se somam. Independente do cargo, o trabalhador de saúde coloca-se como um facilitador do processo de cuidado onde suas ações impactarão todos que fazem parte desta trama²³. O acolhimento, de acordo com a PNH, potencializa as atividades dos trabalhadores, gerando maior responsabilidade, fortalecendo a equipe, que conseqüentemente transmite maior segurança e proteção para os usuários³.

A fala do P5 (Quadro 2) salienta o quanto a falta de trabalho integrado gera danos para o usuário que fica sendo “empurrado” de um local para o outro, e para a própria equipe que é fragilizada diante da falta de implicação dos colegas de trabalho na sintonia das ações. Para Coelho e Jorge²² isso pode evocar prejuízos e conflitos relacionais entre os trabalhadores e entre estes e os usuários e o serviço de saúde, além de facilitar o afastamento da população e a imagem ruim do SUS. É preciso entender que quem faz o SUS são todos que dele fazem parte. No entanto, é importante indagar como os trabalhadores vivenciam e dão sentido à experiência de trabalho, que pode vivenciar a desvalorização de seu papel de servidor público, a falta de investimentos e de ações intersetoriais, sentindo-se limitado em sua prática e sobrecarregado como trabalhador. De acordo com Lancman²⁴, o trabalho, dependendo do modo como é organizado, pode acarretar para o trabalhador alguns desgastes, como a perda de expectativas em relação ao trabalho desenvolvido e a desmotivação psíquica, a baixa cooperação na equipe, baixa adesão e aumento da rotatividade dos profissionais.

A pesquisa de Lopes et al²⁵ ressalta que a comunicação entre os membros da equipe em prol da agilidade no atendimento e na resolução de problemas possibilita a melhora das trocas recíprocas. De acordo com a PNH, produzir cuidados em saúde demanda o compartilhamento de saberes e articulação dos trabalhadores porque é o trabalho em equipe que viabiliza o cuidado integral e a construção de projetos em saúde que sejam compartilhados por todos^{20,26}. Campos³ investe no método Paidéia que, dentre outras coisas, reformula a gestão do trabalho em saúde, colocando como um desafio das equipes e não de um profissional isolado.

Ambientes ruins que interferem no acolhimento também foram relatados pelos participantes como impasses nos cotidianos do trabalho. Para os profissionais entrevistados, o espaço físico deficitário prejudica tanto quem cuida, quanto quem precisa ser cuidado; todos que participam dessa relação - sejam eles profissionais, estagiários e usuários - precisam de espaços capazes de proporcionar saúde, do contrário as pessoas não se sentirão à vontade no serviço de APS.

A constituição física da USF pesquisada possui três andares que se conectam por escadas; algumas salas são compartilhadas com outros trabalhadores para atendimento, como citado por P6, o que compromete o sigilo, atrapalha a relação de vínculo e a qualidade do trabalho em saúde. Sobre a ambiência que todas as unidades de APS deveriam apresentar, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁴ descreve que estas precisam ser ambientes saudáveis para profissionais e usuários, possuir infraestrutura adequada, com boas condições para o funcionamento, espaço, mobiliário e equipamentos condizentes com os serviços prestados, assegurando acessibilidade de pessoas com deficiência e atenção acolhedora para todas as pessoas²³.

Outra questão negativa que apareceu na pesquisa foi a agressão. A violência presente no cotidiano de trabalho da USF da região acompanhada, conforme relato de P5, gera receio da agressão física, o desânimo com o cotidiano do serviço, elemento que traz desgaste ao trabalhador, conforme tratado anteriormente, e pensamentos de desistência

em continuar sendo profissional da APS. É importante destacar o debate de como reconhecer atitudes violentas (desde as explícitas até as amenas), os danos que podem causar no profissional, no seu trabalho e no próprio SUS, bem como possíveis manejos para seu enfrentamento.

Trabalhar com saúde demanda de quem cuida ter saúde, e isso significa inúmeras particularidades desse trabalho: do que ele gera de bom e negativo, das satisfações e riscos para o profissional. Ter como maior característica de trabalho a presença física do corpo e da mente diante de outros corpos é se permitir ser e estar, trabalhar afetando e sendo afetado pelo outro. Pensar na humanização do SUS é considerar os trabalhadores que fazem o SUS também. Scholze, Duarte Junior e Silva⁷ enfatizam em seu trabalho que existe um movimento do Ministério da Saúde de focalizar o cuidado apenas no usuário do serviço, desconsiderando quem cuida do usuário, produzindo o que os autores chamam de serviços superficiais de saúde. Trigo, Teng & Hallak²⁷ chamam a atenção para Síndrome de Burnout que aparece em proporções consideráveis em trabalhadores da saúde. Esta síndrome, de acordo com os autores, se apresenta pelo elevado nível de estresse no ambiente de trabalho, tendo como sintomas o prejuízo nas relações pessoais, na satisfação da realização pessoal e na exaustão emocional, sendo, portanto, o trabalho em saúde um potencial adoecedor.

Quando os entrevistados foram questionados se eles percebem satisfação por parte dos usuários em relação ao cuidado em saúde, que eles mesmos produzem nos atendimentos, nota-se que a satisfação acontece 'às vezes', como é possível verificar na fala de P3. Ao procurar o serviço de saúde, o usuário já tem um entendimento sobre o serviço e esse entendimento é formado com base nas competências da assistência em saúde que justificam as ações para com a população. Em consequência, a ideia de cuidados em saúde vem da experiência prática do usuário, das ações do serviço que são destinados a ele e isso irá influenciar na construção da sua noção do que é cuidado em saúde²³.

Para Scholze, Junior e Silva⁷ práticas humanizadoras visam a construção de subjetividade dos sujeitos, bem como sua corresponsabilização e autonomia no cuidado de si, sendo um diferencial para o próprio fortalecimento do SUS. Assim, se o trabalho em saúde acontece sem gerar mudanças valorativas que são significativamente percebidas para trabalhador e usuário, talvez exista um desencontro no momento do encontro, o que pode também refletir na falta de corresponsabilização dos usuários para com os cuidados de saúde.

Então, a questão colocada é como produzir um trabalho satisfatório em saúde que traga o usuário para o cuidado de sua própria saúde, sem culpabilizá-lo pelo insucesso do cuidado²²?

Constantinidis e Andrade²⁸, em pesquisa sobre demanda e oferta entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico, observaram que a falta de adesão dos familiares nos atendimentos destinados a eles nos serviços revela que são os profissionais que geravam a demanda e não os familiares. "Diante disso, fica evidente a importância de elucidar as reais necessidades dessas pessoas e os possíveis modos de satisfazê-las" (p. 337)²⁸.

Campos³ enfatiza que “faz-se Promoção e Prevenção ‘sobre’ os usuários e não ‘com’ a participação ativa deles” (p. 25)³, quer dizer, parte-se de um saber unilateral (profissional) sem a participação de quem recebe a intervenção em saúde (usuário). Como resultado, observa-se prejuízos da relação e a própria desvalorização do SUS tanto para o profissional (com o seu agir sobre um sujeito e não com ele) quanto para o paciente (que desacredita do cuidado e se vê impotente sobre si próprio).

Dessa forma, se não for destacado o potencial do acolhimento na reestruturação do serviço buscando-se entender o porquê da disparidade “do que se faz” enquanto serviço de saúde e “para o quê se faz” na construção dos cuidados em saúde, a percepção de satisfação ‘às vezes’ e a constatação de ‘falta de corresponsabilização por parte dos usuários’, ilustrado na fala de P3 e P4 (Quadro 2), pode mostrar-se como um “indicador de um insucesso prático da relação” (p. 23)³. As parcerias entre trabalhadores e usuários podem ser acolhedoras a medida que todos estejam em comum acordo de unir seus saberes. A fala de um e a escuta do outro, e vice-versa, possibilita uma relação de responsabilidade da mesma maneira que oportuniza o cuidado²⁰.

Se pegarmos nas entrelinhas do SUS, como trazido à tona por Ayres⁹, a grande aposta para dar certo é a valorização dos projetos de vida, das escolhas, dos saberes e das experiências que cada integrante do SUS (trabalhador e usuário) apresentam como legítimo em si e de como os estados de adoecimento e de saúde acontecem concomitantemente na vida em sociedade. Do contrário, ficará o desejo de um SUS que ‘aparenta’ ser difícil acreditar e se fazer possível.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou o conhecimento de algumas concepções de acolhimento de trabalhadores de uma unidade de ESF, sendo esses achados discutidos com a literatura científica e com a PNH. A proposta deste trabalho foi de produzir uma reflexão do processo de construção do SUS já na sua principal porta de entrada – APS, ponto estratégico dos serviços ofertados no território e de todos os outros níveis da assistência.

Os resultados indicam que o acolhimento pode gerar mudanças na relação que se estabelece entre profissionais e usuários, podendo produzir benefícios na corresponsabilização dos sujeitos na saúde, bem como ressignificar a produção de cuidado para os usuários, destacando-se o acolhimento como ferramenta de qualidade do SUS.

Foi possível observar alguns aspectos do desafio em colocar o acolhimento em prática de acordo com a PNH por exigir implicação de todos e a efetivação das políticas públicas de saúde. Este estudo destacou a importância do acolhimento não só na produção de saúde dos usuários, mas também na produção da valorização profissional e ambientes saudáveis de trabalho. Além disso, discutiu a importância do acolhimento como: potencial

facilitador da aproximação do serviço ao usuário; gerador de cuidado condizente com a realidade da população; catalisador de práticas que propiciam a valorização do outro (usuário, comunidade, colegas de trabalho) e de si (profissionais, serviço de saúde).

Temas como violência na APS precisam ser estudados para a compreensão das suas causas e consequências para que pautas do SUS como cidadania e direitos sociais não sejam ameaçadas.

Referências

1. Batistella C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde In Fonseca AF, Corbo AMD. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz 2007: 51-86.
2. Brasil. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acessado em 16/05/2017.
3. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo, editora Hucitec; 2003.
4. Mori VD, Gonzalez Rey F. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicologia: Teoria e Prática 2012;14(3): 140-152.
5. Barros RB, Passos E.. Humanização na saúde: um novo modismo?. Interface. Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu. 2005; 9 (17): 389-394, 2005.
6. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador EDUFBA - Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
7. Scholze AS, Duarte Junior CF, Silva YS. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Comunc. Saúde Educ. 2009;13(31): 303-14.
8. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate 2003; 27(65).
9. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rev. Saúde e Sociedade. 2004;13(2): 16-29.
10. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999;15(2): 345-353.
11. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: Edi. UFRJ/ Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111
12. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Rio de Janeiro: Ed. Vozes – Petrópolis; 2008.
13. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Plano Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Documentos internos. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2015. Disponível em http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20150619_pms_revisao_marco2015.pdf acessado em 10/02/2019.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado em 06/11/2018.
15. Ministério da Saúde (Brasil). PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília DF, 2012.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
17. Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(17): 219-34.
18. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In Pinheiro R et al (orgs) *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação.* Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO; 2013.
19. Keel MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15 (1): 1533-1541.
20. Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasília 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acessado em 06/06/2018.
21. Brasil. O humanizaSUS na atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção Básica e Gestão do SUS. 1ed. Brasília; 2010.
22. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(1): 1523-1531.
23. Franco TB, Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Construção Social da Demanda.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005.
24. Lancman S. Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo; 2008.
25. Lopes AS, et al. O acolhimento na Atenção Básica em Saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Rev. Saúde em Debate.* 2015; 39(104): 114-123.
26. Silva, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B.; Trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16): 25-38.
27. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rer. Psiq. Clín.* 2007; 34(5): 223-233.
28. Constantinidis TC, Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(2): 333-342.

*Pesquisa realizada no Programa Institucional de Iniciação Científica (PIIC) da UFES em 2018 – Vitória, ES, Brasil. Os resultados preliminares da pesquisa foram apresentados no V Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional na UNIFESP em 2018 na cidade de Santos – SP, Brasil.

Contribuição das autoras: **Mirlan Cristian Mendes de Oliveira** realizou a pesquisa em campo, concepção do texto, redação do texto, organização das fontes. **Teresinha Cid Constantinidis** realizou as análises, revisões e orientações da construção do texto.

Submetido em: 16/03/2019

Aprovado em: 04/09/2019

Publicado em: 31/10/2019