

Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil

Perceptions of users and health workers on the deployment of welcoming reception in a health centre in Porto Alegre, Brazil

Matheus NEVES^a, Salete Maria PRETTO^b, Helenita Corrêa ELY^b

^aFaculdade de Odontologia, UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^bFaculdade de Odontologia, PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

Introdução: Este estudo aborda os usos e os sentidos da ferramenta do acolhimento na organização e na redefinição dos processos de atenção em saúde bucal. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos usuários e dos trabalhadores de saúde do Centro de Extensão Universitária da Vila Fátima (CEUVF) sobre a implantação do acolhimento no acesso ao serviço de saúde bucal, por meio de uma abordagem metodológica qualitativa. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com amostra intencional de cinco usuários cadastrados e cinco trabalhadores de saúde do Centro de Extensão Universitária da Vila Fátima (CEUVF) – PUCRS, unidade de ensino e saúde vinculada à rede pública do município de Porto Alegre. Por meio de entrevistas semiestruturadas e subsequente análise de conteúdo, objetivou-se descrever e avaliar a percepção de usuários e de trabalhadores de saúde sobre o acolhimento frente a conceitos, como: acesso, universalidade, resolutividade, humanização, integralidade e reorientação do modelo de atenção. **Resultado:** A análise de implantação do acolhimento revelou entraves e dificuldades relatados pelos atores envolvidos neste processo. Há dificuldades em garantir o acesso universal, mesmo após a implantação do acolhimento, sendo que a resolutividade garantida por este dispositivo ainda é um ideal a ser alcançado. O acolhimento significou uma mudança na atenção à saúde prestada no CEUVF, mais humanizada e integral.

Descritores: Saúde pública; saúde bucal; acolhimento.

Abstract

Introduction: This study boards the uses and the senses about the user embracement in the organization and redefinition of the attention processes in oral health. **Objective:** Assess the perception of users and health workers of the Centro de Extensão Universitária da Vila Fátima (CEUVF) on the deployment of welcoming reception to oral health services, through a qualitative approach. **Methodology:** It question is a qualitative inquiry with 5 users and 5 professionals of the Centro de Extensão Universitária da Vila Fátima (CEUVF) – PUCRS – a teaching and health unity linked to the public service of Porto Alegre. Through semi-structured interviews and subsequent content analysis, it was aimed to describe and evaluate the perceptions of users and health workers about the use of welcoming reception in front of the signs-concepts such as: access, universality, resolutivity, humanization, integrality and redirection of the attention model. **Result:** The analysis of the implementation of the welcoming reception revealed the obstacles and difficulties reported by participants themselves. There are difficulties in ensuring universal access and resoluteness guaranteed by the host. The welcoming reception meant a change in the health care provided in CEUVF, more humane and comprehensive.

Descriptors: Public health; oral health; user embracement.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) materializou, em seu arcabouço conceitual, o ideário da Reforma Sanitária, ao assumir a saúde como direito fundamental do ser humano e estabelecer a responsabilidade do Estado em garanti-la. A (re)interpretação

do ideário da Reforma Sanitária traz à tona a universalidade, a integralidade e a equidade como conceitos-símbolos do pensamento sociopolítico da saúde pública. Todavia, a real consolidação destes conceitos-símbolos implica, essencialmente, na construção

de práticas inovadoras em saúde, cujo foco está na gestão, no planejamento e na implementação do processo de trabalho, organizado a partir das necessidades dos usuários dos serviços¹.

O acolhimento pressupõe um serviço de saúde organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar os indivíduos². A potencialização da ferramenta do acolhimento, articulado entre usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde, representa uma das possibilidades para edificar novas formas de fazer saúde.

Tais observações são compartilhadas por Merhy et al.³ (1994), ao considerarem o acolhimento como um espaço de encontro entre trabalhador e usuário, que se abre para um momento de escuta dos problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres e, também, como um processo de tomada de decisões. A acolhida prevê a oferta de serviços às carências demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio das tecnologias disponíveis.

Assim, lançar mão do acolhimento como objeto de práticas implica relacioná-lo aos modelos de atenção à saúde, que investem na qualidade dos serviços, tendo a responsabilização como produto e produtor de dispositivos. Afinal, quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade, cuida e, inexoravelmente, estabelece acolhimento¹.

Com base nestas considerações, este artigo tem por objetivo avaliar a percepção dos usuários e dos trabalhadores de saúde do Centro de Extensão Universitária da Vila Fátima (CEUVF) sobre a implantação do acolhimento no acesso ao serviço de saúde bucal, por meio de uma abordagem metodológica qualitativa.

METODOLOGIA

1. O cenário

O presente estudo foi realizado no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF), unidade acadêmica de saúde descentralizada localizada na Vila Fátima, no município de Porto Alegre-RS, Brasil. O CEUVF tem sua administração vinculada à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e realiza atividades e programas em parceria com instituições privadas e órgãos públicos, uma vez que constitui uma unidade de saúde vinculada à rede pública do município.

O Centro de Extensão abrange cerca de oito mil pessoas em sua área de adscrição e oferece serviços de saúde em diversas áreas e especialidades, além de atendimentos de assistência social e jurídica. A comunidade da Vila Fátima convive com problemas sociais característicos das periferias das grandes cidades brasileiras: baixa renda e baixa escolaridade, sub-habitacões, saneamento precário e, sobretudo, o aumento significativo do tráfico de entorpecentes e da violência. As atividades e os programas são desenvolvidos em parceria com Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Fundo de Assistência Social e Cidadania, englobando as áreas de Direito,

Educação, Enfermagem, Fisioterapia, Letras, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social^{4,5}.

Historicamente, aquela unidade de saúde convive com problemas e entraves que prejudicam o atendimento aos usuários, tais como: extensas filas de espera, comercialização de fichas para atendimento entre os usuários, vagas limitadas e poucas informações disponíveis à comunidade, identificando, portanto, a falta de acesso universal e equitativo, além de dificuldades na garantia de respostas adequadas à população.

Diante da situação encontrada, a equipe de saúde visualizou a estratégia do acolhimento como uma possibilidade de melhoria do serviço de saúde bucal, a fim de organizar o acesso e obter um espaço humanizado de atenção, recepção e resolução, e principalmente oferecer novas possibilidades de construção dos processos de trabalho em saúde no CEUVF.

Portanto, ao confrontar o cenário apresentado com os princípios e conceitos-signos do SUS, procurou-se demonstrar os desafios e os avanços após a implantação do acolhimento, por meio do relato das percepções dos usuários e dos trabalhadores de saúde do CEUVF.

2. A Abordagem Qualitativa

Para atender aos objetivos propostos por este estudo, trabalhou-se a abordagem metodológica qualitativa, pois a mesma procura compreender uma realidade específica, de forma abrangente e profunda em suas múltiplas dimensões⁶, tais quais as percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento.

Trata-se de um estudo qualitativo, em que os dados foram coletados por meio de entrevistas, as quais seguiram um roteiro semiestruturado, com perguntas direcionadas às categorias de análise definidas *a priori*.

3. Amostra do Estudo

A população da pesquisa foi composta por trabalhadores de saúde e usuários cadastrados no CEUVF. Utilizou-se um processo de amostragem intencional, por meio do qual se incluem os indivíduos essenciais ao esclarecimento do assunto⁶.

Assim, chegou-se a uma amostra de dez indivíduos, a qual foi considerada suficiente para a compreensão dos padrões e das relações investigadas acerca do acolhimento, pela repetição das respostas e pela saturação das categorias em estudo.

Conforme Martins, Bógus⁷ (2004), este processo de amostragem privilegiou os sujeitos que detinham as informações e as experiências que a pesquisa desejava conhecer.

4. Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais permitem ao entrevistado fornecer informações mais complexas, emotivas ou mesmo comprovar os sentimentos que estão subjacentes a uma opinião. Além disso, esse tipo de entrevista permite esclarecer, da forma mais abrangente possível, as questões que se quer abordar no campo de estudo^{6,8}.

Vale ressaltar que os roteiros de entrevistas passaram por entrevistas preliminares, ou pré-testes, realizadas anteriormente à pesquisa para revisão e adequações necessárias.

O roteiro de entrevista incluiu questões referentes às categorias definidas *a priori*, quais sejam: (1) acesso ao serviço; (2) universalidade e igualdade na porta de entrada da unidade; (3) sentidos e significados do acolhimento para usuários e trabalhadores; (4) integralidade da atenção; (5) resolutividade do atendimento; (6) humanização do acesso e da atenção odontológica, e (7) mudança no modelo assistencial, enquanto interação entre equipe e comunidade frente aos fluxos e encaminhamentos do CEUVF.

A coleta dos dados utilizou roteiros diferenciados, sendo um para os usuários e outro para os trabalhadores de saúde. Durante duas semanas, as entrevistas, realizadas em um espaço privativo da unidade de saúde, foram gravadas, transcritas e conferidas com a gravação, a fim de contar com todo o material fornecido pela fala dos entrevistados, recuperando-se a totalidade dos depoimentos.

Em tempo, as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, pois, de acordo com Martins, Bógus⁷ (2004), a entrevista deve ser entendida como uma relação humana; além disso, é importante que o pesquisador utilize seus sentimentos em benefício da pesquisa, valorizando seus dados emocionais.

5. Análise de Conteúdo

Foi utilizada a análise de conteúdo como metodologia para interpretação dos dados coletados na presente pesquisa. Tal processo envolveu a categorização dos tópicos relevantes para as questões pesquisadas a partir do discurso dos entrevistados^{6,8}, a fim de entender os diferentes significados que emergiram da fala de cada indivíduo em relação ao acolhimento, sem, contudo, desprezar informações ímpares.

Os procedimentos da análise de conteúdo difundidos por Franco⁹ (2005) consideram-na como sendo um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Além disso, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos ao tema, inferência esta que recorre a indicadores, sejam estes quantitativos ou não.

Com base nestes autores, a tarefa de análise implicou, em um primeiro momento, na organização e na classificação dos dados através de escuta das entrevistas e leitura repetida de todo o material digitado. O material foi dividido segundo as categorias pré-definidas e, então, procurou-se identificar tendências e padrões relevantes^{6,7}. A análise dos dados possibilitou avançar sobre o entendimento das percepções dos usuários e dos trabalhadores de saúde do CEUVF sobre a implantação do acolhimento no acesso ao serviço de saúde bucal.

6. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Odontologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em respeito aos princípios éticos para pesquisa

envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram da pesquisa apenas indivíduos adultos, a partir dos 18 anos e concordantes com a participação.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Devido à natureza qualitativa do presente estudo, optou-se por apresentar os resultados e a discussão de forma integrada, apresentando a análise de conteúdo de cada uma das categorias elencadas frente à evidência teórica.

Este estudo considera o acolhimento como uma importante ferramenta de acesso aos serviços de saúde e, também, como uma proposta de mudança do processo de trabalho em saúde, a fim de atender a todos os que procuram o serviço de Saúde Bucal do CEUVF. Assume-se, então, neste serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre profissionais e população¹⁰.

Investigar o acolhimento ao usuário na unidade de saúde é olhar para as relações que se estabelecem durante seu atendimento. Franco et al.¹¹ (1999), ao conceituar tecnologias de relações em saúde, denominaram o acolhimento como tecnologia leve do trabalho em saúde, sendo esta a que opera na construção dos processos, agindo no ato cuidador e no momento de encontro entre trabalhador e usuário, para a produção dos bens-relações.

Entretanto, a comunicação é um dos aspectos fundamentais para o entendimento da essência do acolhimento, uma vez que tal processo deve favorecer a estruturação de uma relação entre trabalhadores e usuários que favoreça a emancipação destes últimos. Além da comunicação, atitudes simples e de respeito para com o outro, de solidariedade, de confiança e de atenção individualizada no acolhimento são cuidados que resgatam a humanização do atendimento¹²⁻¹⁴.

A humanização, aqui conceituada, vai além dos cuidados para com o outro no atendimento, pois é tomada a partir do resgate do sujeito e da satisfação de suas necessidades mais essenciais, que o mantém como um ser que trabalha, vive e se faz socialmente, com direitos e deveres, com consciência e liberdade de escolha sobre sua própria vida^{10,15}.

Assim, discutem-se as principais categorias de análise emergentes dos discursos de usuários e trabalhadores de saúde.

1. Acesso

Inicialmente, aponta-se o acesso como elemento essencial para incidir positivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação. Já a acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo os aspectos culturais, as normas e as técnicas adequadas aos hábitos da comunidade, para uma oferta de serviços adequada à população^{12,13}.

Nesse sentido, a acessibilidade é entendida como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Além disso, destaca-se a necessidade de os serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema¹².

Assim, é preciso romper com a ideia simplista de que a distribuição espacial das unidades de saúde é capaz de superar as dificuldades de aproximação e contato da população com o serviço². Na verdade, outros elementos, como condições econômicas, tempos de deslocamento e de espera, processos de organização das unidades e reconhecimento e hierarquização das demandas determinam o fluxo populacional a determinado serviço^{12,13}.

Com relação à forma de acesso ao serviço de Odontologia do CEUVF, a maioria dos trabalhadores entrevistados citou o dispositivo do acolhimento. Porém, um profissional entrevistado referiu conhecer a forma de acesso e, ao descrevê-la, utilizou a palavra triagem para defini-la. A maioria dos profissionais demonstrou, também, preocupação com o acesso das situações de urgência. Estas impressões sugerem que ainda existe desconhecimento sobre o acolhimento como conceito e enquanto dispositivo de acesso por parte de alguns trabalhadores que atuam no CEUVF.

Ao contrário, a maioria dos usuários entrevistados relatou desconhecer a forma de acesso ao atendimento odontológico, sendo que apenas um dos entrevistados afirmou ciência do acolhimento, relatando que, para conseguir atendimento odontológico, “*tem que vim no acolhimento*”.

É interessante notar que, nas questões sobre a alteração na forma de acesso, a quase totalidade dos usuários entrevistados apontou a percepção da mudança, contudo este relato foi acompanhado pela queixa de que a forma anterior oferecia dificuldades. Com a análise, três diferentes percepções emergiram: (1) desinformação completa sobre o acolhimento, (2) informações disponíveis na recepção da unidade de saúde e (3) conhecimento prévio sobre o acolhimento a partir da comunidade.

Destaca-se a disponibilidade da informação como um fator importante, tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, pois um usuário relatou conhecer o acolhimento “*Por intermédio de pessoas conhecidas que vem aqui e que vem mais seguido que eu*”.

O que se pode inferir, nesse contexto, é a importância das informações que circulam no CEUVF, tanto para os trabalhadores quanto para a comunidade usuária, pois informações claras, objetivas e disponibilizadas a todos facilitam o processo de trabalho cotidiano da equipe e democratizam o espaço social representado pela unidade de saúde em sua área de adscrição, conforme ratificam autores e políticas de saúde^{12,13}.

Uma vez abertas as portas do serviço de saúde bucal, garantindo e organizando o acesso dos usuários, torna-se possível assegurar a universalidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde.

2. A Universalidade

A universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde e o seu conceito é expresso pelo direito de

todo cidadão ao acesso aos serviços de saúde¹⁵. Contudo, a ideia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde não traduz, necessariamente, a escuta qualificada das necessidades e expectativas de quem procura um serviço de saúde bucal.

Nesse sentido, o acolhimento busca estabelecer vias de diálogo para a resolução dos problemas individuais¹³, ampliando a ação interventora dos profissionais de saúde no SUS e contemplando o princípio da universalidade.

Ao serem questionados sobre a universalidade e a igualdade nas condições de acesso ao serviço de Odontologia, alguns trabalhadores enfatizaram a “*ampliação do acesso*”; outros afirmaram que “*o acolhimento garantiu maiores chances de conseguir atendimento odontológico*” e um deles considerou que a igualdade nas condições de acesso apenas está relacionada à avaliação profissional prévia garantida pelo acolhimento odontológico.

Identifica-se, na fala deste trabalhador, ao entender que o acesso universal se dá “*desde que passe pela avaliação de um profissional da odonto*”, a pouca valorização dos direitos dos usuários e do acolhimento enquanto dispositivo capaz de gerar corresponsabilidade e autonomia¹³.

Por sua vez, a maioria dos usuários relatou que, após a implantação do acolhimento, o acesso se tornou mais universal e mais igualitário. Um usuário afirmou que o acesso à unidade de saúde é ainda difícil e a motivação para buscar o atendimento surge a partir de uma situação de dor e urgência:

É tanta dificuldade que só se tiver com muita dor, ou uma coisa assim, porque é muito complicado! E dentista é muito mais difícil.

Depreende-se, portanto, ao posicionar o acolhimento frente à universalidade, duas inferências: muitas vezes, o enfrentamento da dificuldade de acesso só encontra razão frente às condições de dor e urgência, o que denota um desconhecimento do processo saúde-doença e da importância da prevenção e do autocuidado. Além disso, a iniciativa individual, demonstrada por um usuário, ao relatar que “*cada um acha um jeito, eu sendo atendido está bom*”, distancia o usuário do entendimento de que o acesso ao serviço de saúde é um direito de cidadania expresso pelo arcabouço legal da Constituição Brasileira.

Ao discutir o acolhimento enquanto dispositivo de acesso e de garantia da universalidade, um importante princípio do sistema único de saúde, novas construções e possibilidades são obtidas a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde.

3. Sentidos e Significados do Acolhimento no CEUVF

Viabilizar o acolhimento significa criar um movimento que supera o pensamento programático. Busca-se, portanto, a reconstrução de práticas e decisões em saúde, que contemplem a incorporação das subjetividades e o respeito às diferenças culturais, como fundamento e princípio das ações em saúde¹⁵.

Os sentidos e os significados do acolhimento são uma transformação paradigmática. Tais significações representam a construção de laços e interações com os usuários, além de contemplarem o diálogo, a atenção e o respeito. Já que a eficácia do ato em saúde é fortemente dependente da interação interpessoal,

reconhece-se a abordagem aos usuários como parte essencial do processo terapêutico¹⁶.

Uma vez abertas as portas do acesso universal, a transformação paradigmática proposta pelo acolhimento faz emergir ideias de equidade e vínculo. Uma vez que o vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida, este é, portanto, o dispositivo que leva os sujeitos ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais¹².

Nessa acepção, salienta-se que o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob seu cuidado, estimulando a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida^{17,18}.

No que tange aos sentidos e significados do acolhimento no CEUVF, um trabalhador respondeu que este é uma *“postura profissional, capaz de humanizar o atendimento e construir vínculos com o usuário”*; outros consideraram o acolhimento como *“uma ferramenta capaz de ajudar na resolução de problemas de saúde”* e alguns trabalhadores relataram que o *“acolhimento significa estabelecer critérios de risco, inclusive para consultas e procedimentos de urgência”*.

Nas entrevistas, a palavra ‘ajuda’ foi expressa, em diferentes momentos, ao abordar o sentido de acolher:

Na verdade, é aonde as pessoas vêm buscar ajuda, é uma maneira de facilitar que se esclareça um problema e que se possa ajudar mais rápido.

No entanto, é preciso esclarecer a diferença entre receber os usuários de maneira humanizada, resolutiva e com eles estabelecer vínculo, da noção de ajudá-los, como se o atendimento em saúde adquirisse uma dimensão de caridade ou solidariedade, simplesmente. Reitera-se a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados, consoantes aos preceitos éticos e, sobretudo, produtores de autonomia^{12,15}.

Já alguns usuários relataram desconhecer o significado do acolhimento; outros relacionaram o acolhimento a triagem ou avaliação de necessidades, e apenas um usuário relacionou o sentido do acolhimento a um grupo operativo de educação em saúde do CEUVF:

Passou pela minha cabeça que fosse a mesma coisa do grupo familiar. Porque ela falou: ‘vamos passar pro acolhimento que eu vou explicar pra vocês algumas coisas de cuidados com os dentes... dá a gente foi.

Sobre os sentidos e significados elencados, infere-se que a informação ainda se faz necessária, em ambos os sentidos, para que usuários e profissionais possam usufruir do acolhimento em sua dimensão plena. Nesta direção, o relato de implantação do acolhimento na cidade de Belo Horizonte¹⁰ define que os momentos de discussão com os usuários, em comissões locais de saúde e em conferências distritais, significaram um marco na compreensão acerca da importância do acolhimento.

4. A Integralidade do Cuidado

O conceito de integralidade em saúde assume a dinâmica de abordagem dos sujeitos em suas diversas dimensões, em busca de

uma correta intervenção e do estabelecimento de um processo terapêutico¹⁴.

Gomes, Pinheiro¹⁵ (2005) apresentam três conjuntos de domínios sobre esse entendimento: a integralidade como traço de bons cuidados em saúde; a integralidade como modo de organizar as práticas, e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro conjunto de domínios, a integralidade é reconhecida como um valor a ser sustentado, estando presente no encontro, no reconhecimento para além das demandas explícitas e no uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde e nem dirigir a regulação dos corpos¹⁵.

No segundo conjunto, a integralidade é entendida como modo de organizar as práticas, o que exige a horizontalização dos programas anteriormente verticais, sendo necessária articulação entre demanda programada e demanda espontânea, aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de estratégias coletivas¹⁵.

Por último, há a relação entre a integralidade e as políticas públicas desenhadas para dar respostas aos problemas de saúde da população, em um modo de atuar democrático, do saber cuidar integrado aos compromissos ético-políticos de sinceridade, responsabilidade e confiança¹⁵.

A compreensão do acolhimento sob o foco da integralidade agrega, portanto, um grau de qualificação às ações, no sentido da atenção e da resolução dos problemas e necessidades da comunidade e de cada pessoa.

Na entrevista dos usuários, duas categorias de análise merecem destaque, pois os mesmos relacionaram a integralidade com as *“informações recebidas sobre prevenção e promoção de saúde”* e ao *“acesso ao serviço de saúde”*. Tais relatos sugerem que o usuário sente-se integralmente cuidado, ao receber informações que vão além da sua queixa principal.

Assim, ao incorporar a integralidade do cuidado à saúde no momento do acolhimento, abre-se espaço para a resolução dos problemas de saúde.

5. A Resolutividade do Acolhimento

Entende-se que todas as pessoas que chegam a um serviço de saúde devem ter sua necessidade reconhecida, bem como obter uma resposta imediata à sua situação, ainda que esta venha na forma de orientação. Para isso, os profissionais precisam reconhecer o acolhimento como um instrumento para reestruturar e redefinir a atenção em saúde.

No acolhimento, a resolutividade inicia-se desde o primeiro contato, com a programação dos serviços disponíveis, e segue nas ações em que o trabalhador coloca todo o seu conhecimento e os recursos tecnológicos de que dispõe, com responsabilidade, para tentar resolver o problema do usuário e assim construir a dignidade do trabalhador e a do paciente^{17,18}.

Em relação à resolutividade, a maioria dos trabalhadores entrevistados considerou que a atenção recebida no acolhimento

é resolutiva, na medida em que atende aos requisitos de primeiro contato, atenção odontológica e encaminhamento ou referência dentro dos fluxos do sistema de saúde, como se observa na fala:

Na odontologia a gente pode responder que sim, a pessoa agora, sabe como funcionava o serviço, já recebe o primeiro atendimento, uma orientação ou um encaminhamento.

Os demais trabalhadores entrevistados disseram que a resolutividade do acolhimento estava limitada pela demanda excessiva ou pelas próprias limitações do serviço de saúde, pois “o acolhimento solucionou parte dos problemas [...] ainda não está dando conta da demanda que tem”.

Na fala dos usuários, relaciona-se a resolutividade com o agendamento da consulta, o diagnóstico e a indicação do tratamento, o que pode estar ligado à autopercepção da saúde, pois a dor ou o desconforto serão resolvidos com o tratamento indicado. É interessante observar que, para um usuário agendar a consulta, foi resolutivo:

Sim! Sim! É bom [...] saí com a consulta marcada e se não tivesse isso ia ter que ficar frequentando fila, vindo pra cá de madrugada e às vezes nem consegue até. Eu acho que assim já resolve.

Em contrapartida, outro usuário não considerou o agendamento posterior da consulta como uma atitude resolutiva:

A princípio ela ia marcar pra outro dia: ‘só a semana que vem, não sei o que’ [...] Poxa, assim é difícil né.

As divergências em torno da resolutividade do acolhimento reiteram a importância da informação e da educação em saúde disponibilizadas à comunidade, a fim de que as tomadas de decisão possam acontecer de forma corresponsabilizada entre profissionais de saúde e usuários.

Mesmo admitindo diferenças na aplicação e na interpretação dos critérios de resolutividade, é importante discutir e compreender tais divergências, já que as estratégias que geram bem-estar incidem positivamente na humanização e na melhoria da qualidade da atenção^{15,17,18}.

6. Humanização da Atenção à Saúde

O acolhimento está alicerçado no modelo tecno-assistencial em Defesa da Vida, em que a humanização das relações e a responsabilidade para com a vida das pessoas fazem parte do seu escopo conceitual^{13,14}.

Moysés et al.² (2008) abordam o acolhimento como base da humanização das relações e o caracterizam como o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade. Ao refletir sobre estas colocações, insere-se a humanização como foco desta pesquisa.

A maioria dos usuários entrevistados relatou a dedicação e a atenção prestada pelo profissional ao classificar o atendimento como ‘muito bom’ ou ‘bom’. Tal classificação evidencia a utilização das tecnologias leves em saúde para a construção do vínculo e, sobretudo, para reafirmar a dimensão humana nas relações de acolhimento:

Pra mim foi bom, a gente espera da pessoa né? Mas eu gostei, explicaram, bem explicadinho. Fui bem atendida.

Outro usuário classificou o atendimento recebido como ‘muito bom’, porém fez uma ressalva sobre o tempo de espera:

Só a demora de aguardar o atendimento, eu acho que podia melhorar um pouquinho... Pra quem trabalha e tem compromisso com horário.

Com relação à percepção dos trabalhadores do CEUVF sobre a interface entre acolhimento e humanização, foi possível tecer as seguintes inferências: um deles relacionou a humanização com a inclusão dos usuários nas tomadas de decisão e na garantia da equidade, por considerar o acolhimento “uma maneira de poder organizar os atendimentos e de as pessoas saberem que a gente realmente está trabalhando no sentido de oferecer mais, pra quem tem mais problemas”; alguns reconheceram que a humanização está presente pela melhoria das condições de acessibilidade – “porque não é fácil vim às quatro horas da manhã pra fila” – e outros entenderam que a humanização ocorre quando o acolhimento é capaz de garantir resolutividade, pois a partir do acolhimento “as pessoas sabem que vão chegar aqui e vão ter uma solução para o problema delas”.

Assim, abertas as portas do acesso universal ao serviço de saúde bucal, trabalhadores da saúde e usuários do CEUVF são capazes de (re)construir os sentidos e significados do acolhimento, a fim de humanizar o primeiro contato e buscar um atendimento integral e resolutivo.

7. Reorientação do Modelo de Atenção

A construção de um novo modelo assistencial é parte indissociável da consolidação e do aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a consolidação de um modelo de atenção em saúde redefinido e potencializado deve estar relacionada à atuação de profissionais que têm claro em suas mentes o papel de agente transformador, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe, e estabelecendo relações de trocas e confiança¹⁶.

Implantar a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal e a redefinição dos processos de trabalho no CEUVF significou rever também as relações de poder existentes na instituição, entre profissionais, usuários e gestores, uma vez que tal transformação alterou os processos e as relações na unidade.

A análise do poder é uma análise das relações, porque os sujeitos se relacionam uns com os outros conforme suas necessidades e possibilidades. Isto leva à reflexão sobre as práticas em saúde, pois manter o modelo vigente, cuja lógica de atenção está focada em problemas e agravos, na triagem fisiopatológica, nas formas irracionais de acesso e inclusão, sem respeitar o desejo e o projeto de vida do usuário, e sem trazê-lo à discussão das práticas, é manter relações de poder de dominação.

Então, na proposta de reflexão sobre o modelo assistencial do CEUVF, em que o acolhimento é entendido como fator de interação e facilitação entre a equipe de saúde, a comunidade e os processos administrativos, a maioria dos profissionais identificou uma considerável mudança de postura na equipe de saúde, relatando mais união e atenção na escuta, o que implica em transformações em todo o funcionamento da unidade. Outros

entrevistados acreditam que a mudança está associada ao melhor relacionamento entre equipe e comunidade, como se percebe:

Eu vejo o relacionamento com a comunidade com bons olhos. A partir do momento em que a gente começa a abrir o acolhimento e já faz um diálogo maior com o sujeito que vem da comunidade, não focando só aquele problema de saúde, mas já vendo ele como um sujeito inteiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do acolhimento realizado no CEUVF, frente aos princípios do SUS, como acesso universal, equidade, humanização e integralidade, revelou os entraves e as dificuldades, relatados pelos atores envolvidos neste processo.

Com esta pesquisa, foi possível observar que ainda existem algumas dificuldades em garantir o acesso universal, mesmo após a implantação do acolhimento, o que reitera o ideário de que quanto mais informados e comunicativos os trabalhadores e os usuários, melhor será a construção do espaço de acolher.

Além disso, foi possível perceber, por meio dos relatos apresentados, que, após a implantação do acolhimento, a

resolutividade garantida por este dispositivo ainda é um desafio a ser ultrapassado.

Deste estudo, emergem, também, algumas propostas. Cabe à transformação paradigmática proposta pelo acolhimento, reorientar o modelo de atenção à saúde adotado e, além disso, desenvolver nos trabalhadores e nos usuários as habilidades necessárias ao entendimento dos usos e dos sentidos do acolhimento, qualificando ainda mais este processo.

Concluiu-se que o acolhimento, enquanto estratégia de acesso para o serviço de saúde bucal, significou uma mudança na forma de atendimento do CEUVF, reconhecida pelos trabalhadores da unidade e reiterada pelos usuários. Destaca-se, aqui, a importante peculiaridade do presente estudo ao incluir o usuário como foco de pesquisa, incluindo a percepção destes sujeitos na produção do conhecimento em saúde.

Enfim, apontam-se os limites a serem rompidos pelo acolhimento e o desafio de que esta estratégia de trabalho em saúde possa ser a tradução de um novo agir em saúde, a fim de consolidar uma atenção à saúde mais acessível, humana e integral.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento, MAA, Jorge MSB. Linhas de tensão no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):75-85. PMID:17187106. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100009>
2. Moysés SJ, Krieger L, Moysés ST. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. PMID:PMC2364615.
3. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
4. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul [homepage na internet]. Centro de Extensão Universitária Vila Fátima [citado em 2009 Maio 23]. Disponível em: <http://www.pucrs.br/orgaos/ceuvf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série B; Textos Básicos de Saúde).
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Martins MCFN, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):44-57.
8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
9. Franco MLPB. Análise de conteúdo. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.
10. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. Minas Gerais: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2000.
11. 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*. 1999 abr-jun; 15(2):345-53. PMID:10409787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
12. Ramos DD, Lima MADs. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização – Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS [citado em 2008 Out 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
14. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:1342-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029>
15. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2005;9(17):287-301. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>
16. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2007; 42(3):1-7.

17. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2010 nov; 15 (Supl 3): 3615-24.
18. Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. Boletim da Saúde. 2002;16(2):1-22.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Matheus Neves
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rua Dr. Salvador França, 667, complemento 304,
Jardim Botânico, 90690-000 Porto Alegre - RS, Brasil
e-mail: matineves@gmail.com

Recebido: 25/02/2013
Aprovado: 16/09/2013