

ACOLHIMENTO: CONCEPÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEPTIVITY: THE CONCEPTION OF ASSISTING NURSES AND THE PERCEPTION OF USERS IN A FAMILY HEALTH CARE UNIT.

Elisângela Pinafo ¹, Josiane Vivian de Camargo Lima ², Rossana Staeve Baduy ²

¹ Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

² Mestre em Saúde Coletiva e Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Correspondência: Elisângela Pinafo (elisangelapinafo@yahoo.com.br)

Resumo

Este trabalho teve por objetivo analisar o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família abordando as concepções dos auxiliares de enfermagem sobre o acolhimento ofertado na unidade estudada e a percepção dos usuários de como são acolhidos neste serviço de saúde. Realizou-se uma abordagem qualitativa, utilizando-se a observação e o grupo focal para a coleta de informações. Os auxiliares de enfermagem possuem postura de escuta e comprometimento com as ações de saúde de sua responsabilidade, ressaltaram também que o aumento da demanda, traz sofrimento no trabalho. As percepções dos usuários ainda são de valorização das atividades relacionadas à cura e centrada nas atividades do profissional médico, também lutam para terem acesso a todas as redes de assistência à saúde.

Descritores: Acolhimento; Programa Saúde da Família; Centros de Saúde; Cuidados de Enfermagem; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

The purpose of this work was to analyze the receptivity at a Family Health Care Unit upon the conceptions held by assisting nurses and the perceptions the users have in regard to receptivity at this health service unit. A qualitative approach was used, with the technique of observation and collection of information within focal groups. The assisting nurses have a listening and commitment attitude toward health actions under their responsibility, and claim that the increased demand brings suffering to work. The users' perceptions are still directive and focused on the medical professionals, and they struggle to have access to all health assistance network.

Key words: User Embracement; Family Health Program; Health Centers; Nursing Care; Health Services Accessibility.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 198, fundamenta uma nova ordem institucional, apresentando saúde como "...direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, dando acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", definindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes que são: a descentralização, o atendimento integral e a participação social, sendo que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem este sistema único.

A institucionalização, contudo, não foi suficiente para garantir a efetivação dos seus princípios e diretrizes e alcançar a reorganização do modelo tecnoassistencial do SUS. Com este intuito o Ministério da Saúde apresenta o Programa de Saúde da Família como uma estratégia para superar este desafio. Para Gomes e Pinheiro¹, um dos principais motivos para o PSF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica está no fato de o programa buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família.

A integralidade da atenção à saúde é traduzida no sentido das práticas profissionais de saúde, da organização do serviço de saúde e às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população, ou às necessidades de certos grupos específicos².

Malta descreve o acolhimento como uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde de um efetivo trabalho em equipe³.

Para isto é necessário tratar de forma humanizada e dar respostas individuais e coletivas a todas as pessoas que procuram o serviço; discriminar riscos, urgências e emergências; gerar informações que possibilitem a leitura e interpretação dos problemas, ofertar novas opções tecnológicas de intervenção, e pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados⁴.

Para esses autores, o acolhimento desperta reflexões e mudanças a respeito de como se organizam as práticas de saúde e de

como os saberes estão sendo utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Significa a retomada da reflexão sobre a universalidade do acesso e sobre a dimensão de governabilidade das equipes locais diante das práticas de saúde. Representa o resgate do conhecimento técnico das equipes e ainda a reflexão sobre a humanização das relações em serviço.

Para que o acolhimento aconteça, é necessário garantir o acesso do usuário ao serviço de saúde como também mudanças na forma de realização deste trabalho sendo que o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do cuidado à saúde. Já o trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores presentes, resolvê-lo. O momento do trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, momento de encontro entre esse trabalhador e o usuário⁵.

O trabalho é sempre realizado com a finalidade de atender à determinada necessidade da pessoa, independente de quem seja. Este é o princípio da universalidade.

No caso da saúde, Merhy⁶, utilizando a classificação de Cecilio⁷, sugere que as necessidades estão organizadas em cinco grandes grupos: necessidade de boas condições de vida; necessidade de ser alguém singular com direito à diferença; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida".

Merhy⁸, ao descrever sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de "tecnologias duras" as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, de "leve-duras" as que se referem ao conhecimento técnico (protocolos, normas), e "tecnologias leves", as quais dizem respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade.

De acordo com a reflexão sobre o acolhimento, o acesso e o trabalho em saúde, pôde-se discutir a importância de cada um no modelo de atenção vigente no Sistema Único

de Saúde (SUS). Para analisar estes itens no cotidiano do serviço de saúde, foi de fundamental importância a avaliação das práticas profissionais na produção do cuidado e o olhar do usuário sobre o serviço, pois a relação humanizada da assistência, que promove o acolhimento dá-se, pelo menos, sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador.

Nas práticas de atenção à saúde desenvolvidas cotidianamente na atenção básica, constatou-se que o profissional auxiliar de enfermagem é um dos profissionais que tem maior contato com os usuários, muitas vezes é o primeiro contato do usuário com o serviço.

Diversos autores destacam que o papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Ressaltam também a importância de conhecerem como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento^{7,9}.

Com base nas informações citadas acima, para reorganizar o modelo tecnoassistencial voltado para atender a necessidade de saúde da população, é necessário refletir sobre o acolhimento desenvolvido cotidianamente no serviço de saúde, tanto na concepção dos profissionais de saúde da atenção básica, como no que se refere a percepção do usuário.

Este estudo teve por objetivo identificar a concepção dos auxiliares de enfermagem em relação ao acolhimento e descrever a percepção dos usuários de como são acolhidos na Unidade Básica de Saúde.

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Londrina. O horário de funcionamento da UBS é das 7:00 às 19:00 h. Atende uma população de 9.953 habitantes, cerca de 300 pessoas por dia. Sua área de abrangência é composta por oito bairros e também uma área de chácaras, apresentando características urbanas e rurais heterogêneas, com uma população jovem, de vida ativa e em fase reprodutiva.

O quadro de recursos humanos da UBS é formado por 38 profissionais, dentre

eles: enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares de odontologia, fisioterapeuta e agentes comunitários de saúde. Alguns destes profissionais realizam 40 horas semanais de trabalho e compõem duas equipes formais de Saúde da Família.

Esta unidade oferece os seguintes serviços de saúde: atenção à saúde individual no ciclo vital, com consulta de ginecologista/obstetra, pediatra, clínico geral e enfermagem; procedimentos de enfermagem; visita domiciliar e acompanhamento de acamados. Desenvolve também ações coletivas de educação em saúde para grupo de hipertensos, asmáticos, gestantes, entre outros.

Considerando os objetivos deste estudo, optou-se pela metodologia qualitativa, utilizando o grupo focal e a observação como técnica para coleta de dados.

Foram realizados dois grupos focais, um com os auxiliares de enfermagem e outro com os usuários da unidade de saúde estudada. A unidade foi escolhida por apresentar uma boa avaliação de qualidade pelo gestor, que permitiu estudar a prática do acolhimento desenvolvida pelos auxiliares de enfermagem.

Para definição dos trabalhadores participantes do grupo focal foram considerados os seguintes critérios: estar atuando na unidade no mínimo seis meses, ter representante do sexo feminino e masculino se houvesse na unidade, e não apresentar dificuldade para se expressar. Na definição dos usuários considerou-se os seguintes critérios: estar utilizando e conhecer o serviço (unidade de saúde) há no mínimo dois anos, ter representante do sexo feminino e masculino, e não apresentar dificuldade para se expressar. A definição final ficou a cargo da coordenadora da unidade, observando os critérios descritos acima.

Os grupos focais foram realizados em novembro de 2004 por duas pesquisadoras integrantes do grupo de pesquisa, sendo que uma atuou como moderadora e outra como observadora. As questões norteadoras pelo grupo focal dos auxiliares abordavam a organização dos serviços, mais especificamente o acolhimento. As questões para os usuários versavam a percepção de como eram acolhidos pela equipe de saúde na unidade.

As atividades foram gravadas e posteriormente transcritas por profissional com qualificação para esta atividade. Com o intuito

de garantir o anonimato dos pesquisados, foi padronizado para as falas dos auxiliares de enfermagem a utilização da letra A seguido de um número de 1 a 6 determinado de maneira aleatória. O mesmo foi feito para os usuários com a utilização da letra U, seguido de um número de 1 a 6, de maneira aleatória.

Para a análise da observação e do grupo focal foi utilizada a análise temática, que segundo Minayo¹⁰, busca descobrir a presença de determinados temas, denotar valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso.

A partir da análise do material obtido foram realizados, manualmente, recortes para a apreensão dos conteúdos manifestados. O agrupamento das informações, da observação e dos grupos focais sobre o acolhimento resultou na construção das seguintes categorias: concepção dos auxiliares de enfermagem quanto ao acolhimento e a percepção do usuário sobre o acolhimento na Unidade de Saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, por meio do parecer CEP 027/04 e cadastrada no CNPq desde Novembro de 2004.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Concepção dos Auxiliares de Enfermagem Quanto ao Acolhimento

Analisar as concepções que o trabalhador tem em relação ao usuário do serviço nos permite conhecer como os profissionais se relacionam com seu objeto de trabalho, denotando o projeto pensado para a produção do cuidado. Esse conhecimento possibilita intervir na relação entre trabalhadores e usuários com o intuito de transformar os serviços em espaços de construção de sujeitos autônomos e criativos¹¹.

Para os auxiliares de enfermagem pesquisados, o significado de acolhimento é receber bem o usuário, cumprimentar o paciente, ser educado, gentil, oferecer uma boa assistência, dar uma atenção especial ao usuário buscando atendê-lo como um todo, desenvolvendo um cuidado integral e se responsabilizando com a saúde da pessoa que está sendo atendida.

O acolhimento já começa quando o paciente põe o pé no posto de

saúde. É ser recebido com um bom dia, como é que vai? Sabe aquela educação, respeito. (A3)

Porque o nosso atendimento não é mau feito, a consulta do médico não é de 15 minutos é de muito mais. É uma atenção, é um exame, nós buscamos hoje o paciente como um todo... A vacina que eu vou fazer, a avaliação que eu vou fazer é demorada... E você tem que ser responsável e tem que fazer bem feito. (A1).

Esta fala nos revela a concepção dos auxiliares de enfermagem quanto aos seus conceitos sobre o acolhimento, mostrando-nos que o cuidado prestado ao usuário será realizado de forma acolhedora partindo de sua consideração sobre o que é acolhimento.

O acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Esta postura quando percebida pelos funcionários, permite a constatação de fatores que facilitam ou propiciam um atendimento acolhedor¹².

O reconhecimento e a valorização do seu trabalho verbalizada pelos usuários incentivam os auxiliares na realização do mesmo, facilitando o acolhimento.

Mas nós gostamos, nós gostamos da nossa profissão. Às vezes é gostoso, você ouvir um muito obrigado, é um incentivo, educação. (A4)

O não reconhecimento ou a desvalorização do trabalho do auxiliar de enfermagem por parte dos usuários e a pressão da demanda por um atendimento mais rápido e eficaz, torna-se um fator que causa sofrimento e estresse aos auxiliares, dificultando o atendimento e refletindo no acolhimento oferecido ao usuário por esta unidade.

Hoje chegou uma pessoa e perguntou se tinha vacina, pedi para que aguardasse um pouquinho, mas logo escutei: "Vai demorar"? "Vai demorar"? Eu não agüentei e disse que não agüentava mais ouvir "vai demorar?" (A1)

Não é valorizado nem um pouco pelos pacientes, não existe esse entendimento, eles agem sobre

pressão, com falta de respeito. Não tem essa educação. (A5)

Possuem também a concepção de que o serviço deve ter respostas aos demandantes, responsabilidade e resolubilidade no atendimento, e ressaltam a utilização de critérios de risco para dar prioridade ao atendimento.

Eu falo sempre para as mães “o seu filho não vai ficar sem médico hoje”, em Londrina, se não tiver condições de atender aqui nós encaminhamos, chamamos a ambulância e mandamos para os plantões. (A3)

Os auxiliares de enfermagem relataram no grupo focal a dificuldade em trabalhar com a concepção de atendimento em saúde por parte do usuário, e destacaram que o trabalho desenvolvido pelas equipes do PSF proporciona um bom acolhimento por parte desses profissionais.

Então é muito difícil trabalhar com a consciência desse povo. Agora com o PSF elas vão nas casas, elas fazem tudo, a médica vai, é um atendimento de primeira, lá na casa da pessoa, na vida social da pessoa, com problema da família. (A6)

Nesta fala, observa-se a dificuldade que os auxiliares de enfermagem têm em trabalhar com o direito do usuário de ser singular, da sua visão de mundo e entendimento de serviço de saúde.

Na produção do cuidado, o compromisso, o carinho, o esforço pela criação de nos encontrarmos com o outro ou a escuta sincera, mais a dimensão ampliada do cuidado, deverá abranger necessariamente o mundo social. Há de ser criada ou aprimorada uma sensibilidade cultural entre os profissionais de saúde. Isto significa uma compreensão ampliada da realidade, uma postura solidária e compreensiva sobre outras realidades sociais distintas às nossas. Deve ser preocupação e interesse para construir o cuidado como também um sistema de saúde a partir do olhar do interessado ou “daquele que sofre”¹³.

Referem que ao realizarem uma assistência, as atividades burocráticas, como

os preenchimentos de vários papéis para o registro do atendimento, são barreiras para a prática do acolhimento.

Será que esse monte de papel para preencher, não atrapalha o atendimento do paciente? Isso demora, essa burocracia? Muito papel para anotarmos. (A2)

Mas que demorado eu vim aqui só para ver minha pressão (diz o usuário)... Eu tenho que fazer o aprazamento eu tenho que marcar no prontuário, tenho que pegar a medicação e passar na saída e olhar qual foi a última vez que ele veio e isso demora um pouquinho. (A4)

Nesta situação, o trabalho é dominado pela “tecnologia dura ou leve-dura”, Isso significa que muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são prejudicados e colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado em atividades burocráticas, ou seja, o trabalhador valoriza mais o instrumento que tem `a mão do que a atitude acolhedora que pode e deve ter em relação ao usuário quando faz o atendimento.

Após o estudo dos comentários dos auxiliares de enfermagem sobre o acolhimento, suas concepções, práticas, vontades e intenções de melhorarem o atendimento ao usuário puderam ser notadas. Demonstraram fatores positivos no que se refere à postura de escuta e comprometimento, tentando solucionar o problema do usuário dentro do possível, porém, algumas vezes, a não compreensão e discussão de quem é este usuário e o aumento da demanda, trouxeram sofrimento no trabalho e uma atitude de proteção que leva a um distanciamento do usuário.

3.2 A percepção do usuário sobre o acolhimento na unidade de saúde

Para os usuários pesquisados, ser acolhido ou o acolhimento é ter um bom atendimento por parte dos profissionais da UBS, incluindo a postura e a atitude por parte destes em recebê-los, escutá-los e tratá-los humanizadamente; ressaltam também a cortesia da equipe à população assistida, pois são recebidos com educação, são bem

acomodados para a realização da assistência, em local limpo.

Eu acho que o povo do posto é super educado, de uma grande capacidade, que faz o possível e o impossível para atender as pessoas. (U1)

Você vai lá para dentro chega você senta. Então nessa parte nós somos bem atendidos. Eles são ótimos o atendimento, na parte da limpeza eles são muito caprichosos. (U2)

Referem o bom atendimento por parte dos profissionais médicos, enfermeiros e agentes de saúde, e também a satisfação de possuírem uma unidade que apresenta um bom serviço de saúde.

Eu falo para todo mundo que não tem nenhuma unidade como esta UBS. Que eles atende muito bem. Estamos bem felizes. (U5)

Realmente é muito bom, o médico é muito bom, as enfermeiras são muito bom, as agentes de saúde, está de parabéns. (U3)

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. E o vínculo entre profissional-usuário estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço¹¹.

Os usuários demonstraram no grupo focal a confiança no atendimento de alguns profissionais, ressaltando o comprometimento e a responsabilização por parte destes em dar resolutividade e acompanhamento ao problema apresentado pelo paciente.

Destacaram o acolhimento do profissional médico e dos agentes comunitários de saúde (ACS), pois estes demonstram vínculo e responsabilização em suas ações. Principalmente o profissional médico que conhece a pessoa atendida e sua família, chamando-a pelo nome, estimula a autonomia do usuário e promove sua participação durante o desenvolvimento do cuidado, o que proporciona um maior vínculo entre profissional e usuário, refletindo em um

bom acolhimento oferecido por esta unidade de saúde.

Além disso, consideraram as atitudes médicas de chegarem no horário certo e de não discriminarem o paciente, como ações de fundamental importância e respeito com a população usuária deste serviço.

A Dra. é a melhor médica que já estive no posto. Chega no horário certo, não tem horário para sair, ela não discrimina ninguém, ela faz o impossível pra atender a pessoa. É você poder falar gente eu tenho uma médica que é uma amiga. Quando eu comecei meu tratamento no posto, eu tinha 124 kilos, hoje estou com 87 kilos através da ajuda dela. Pressão normal, tudo normal. Ela fala “eu tenho que cobrar, não só de você, eu não posso descuidar de você, tenho que cuidar”. (U1)

Então a Dra. fez isso: Ela atendeu meu marido já saindo do horário dela, encaminhou para o HU. Na rua ela parou o carro me chamou pelo nome, eu assustei. Ela falou o que aconteceu ontem? Foi no HU, foi atendido, o que aconteceu? Então eu falei para ela, isso que é ter amor à profissão. (U4)

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja¹⁴.

Para Schmith e Lima¹¹, o que se espera de um trabalhador de saúde, quando toma conhecimento de um problema, é que procure acolher de forma a responsabilizar-se pela necessidade de saúde do paciente.

Reconheceram também o trabalho da equipe do PSF, principalmente dos agentes comunitários de saúde, além de valorizarem suas atividades, considerando-os mal remunerados pelo trabalho que desempenham, relataram a gratificação em serem visitadas pelas agentes comunitárias,

pois este tipo de trabalho não era realizado antigamente.

Eu fico com dó porque eu não sei se elas são bem remuneradas, passo por elas, elas estão suadas. Ah... de onde você vem vindo, ah... da chácara tal, fui lá visitar uma paciente. Elas trabalham e bastante. É sol é chuva. Passa lá, bate, pergunta como é que tá. Então isso é gratificante porque antigamente não tinha isso. (U5)

Meu marido estava com o pé inchado, a menina da agente de saúde viu e já me pegou pelo braço, vamos lá no posto. (U2)

Buscam por participar na organização do serviço, demonstrando atitude decisiva, interesse pelos assuntos da unidade, percebendo seu papel de mediador na questão do acolhimento prestado por esta unidade.

Relataram suas participações nas decisões do cotidiano do processo de trabalho da unidade, na definição da ações/atividades tais como a definição de alguns horários para atendimento. Demonstram o conhecimento da rotina de atendimento, do horário das consultas médicas, do número de pessoas que são atendidas e da necessidade do aumento do número de médicos para o atendimento, principalmente do profissional pediatra; e falam também da vontade de ampliação do horário de funcionamento da UBS.

Foi feita uma reunião em que os horários para medir a pressão não seriam de manhã, mas a partir das 11 horas. Esperaria menos. E se eles foram nos horários das consultas, que tem bastante gente porque a demanda é muito grande, a demora seria muito. Então foi determinado que a partir desse mês seria esses horários. (U4)

Os médicos atende bem, às vezes tem uns que chegam meio atrasados, mas a gente já sabe também. (U2)

Falta uma pediatra, nós queremos que o posto funcione até as dez da

noite se possível. Porque eu tenho o número de pacientes que são atendidos ali que não são poucos. (U6)

Percebe-se que sua concepção ainda é de valorizar as atividades curativas, além de supervalorizar a consulta médica em relação a outros tipos de condutas como as ações preventivas ou grupos de apoio.

O usuário reconhece o trabalho intra-equipe da UBS e o esforço dos profissionais na resolução de seus problemas. Em sua fala no grupo focal também se identifica a utilização da prioridade no critério de risco, e a postura do profissional médico de certificar-se da garantia do atendimento na instituição de referência para o encaminhamento do paciente.

Então daí a Dra atendeu ele já saindo do horário dela, encaminhou para o HU, chegou mandar uma cartinha encaminhando. (U5)

Os pesquisados referem que o atendimento da unidade esta funcionando de forma satisfatória. Contudo, manifestaram sua insatisfação quanto ao atendimento recebido quando são encaminhados aos serviços especializados, principalmente em relação ao grande tempo de espera entre o agendamento e o dia da consulta.

Assim podemos discutir a importância da integralidade da assistência, pois a garantia de um atendimento integral está vinculada à garantia de acesso a outros serviços para a resolução dos problemas, e à rede de cuidados progressivos, ou seja, o direito de ter continuidade ao seu tratamento.

Por que a especialidade está tão demorada? Eu esperei um ano e três meses para chegar no Cismepar, quando eu cheguei eu brinquei com o médico, nossa eu demorei um ano e três meses pra vir conhecer o senhor, então eu vou por tudo que eu tenho umas quatro reclamações. A demora é muito grande. (U2)

No posto, a médica te atende maravilhosamente bem, te encaminha e você, espera que vai chegar uma cartinha na sua casa. Você já sarou, já esqueceu. (U6)

No caso do posto sim, eles atende bem, o problema é o encaminhamento para o especialista. (U3)

Devido ao impasse do atendimento com os especialistas, os usuários demonstraram suas insatisfações e sentimentos quanto ao atendimento ofertado pelo serviço de saúde em geral, e relataram que só a atenção na unidade de saúde é acolhedora, contudo, não é o suficiente para a resolução de seus problemas. As falas destacaram a importância de ser garantido o acesso em tempo oportuno e resolutivo, não somente aprazível.

Não importa se a gente é atendida com um sorriso, se é atendido com a cara meio amarrada no posto. Isso não vai resolver? Você chega lá no Cismepar e você para, te encaminha ali e dificilmente você vai ser atendida na especialidade com urgência então não tem como. (U4)

Após este panorama de comentários dos usuários sobre suas percepções e concepções de serem acolhidos no serviço, e suas visões sobre a unidade básica, pode-se discutir que o usuário ao chegar com suas necessidades ou problemas de saúde, possui acesso a diversas tecnologias na UBS. Ressaltaram a importância das ações fora da unidade como as atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF. Porém, ainda trazem uma forte valorização da atenção curativa, centrada na consulta médica, verbalizando a dificuldade do sistema de saúde em garantir a resolução de suas necessidades e do acesso a todas as tecnologias em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise da concepção dos auxiliares de enfermagem sobre o acolhimento, observou-se que estes possuem postura de escuta e comprometimento com as ações de saúde de sua responsabilidade, porém, a concepção ainda curativa do cuidado e o aumento da demanda trazem sofrimento no trabalho.

Quanto à percepção dos usuários em relação ao acolhimento ofertado pela unidade,

demonstraram que se sentem bem acolhidos. Reconhecem o trabalho das equipes do PSF e destacam que os profissionais da unidade apresentaram um atendimento resolutivo, comprometido e responsável.

Buscam contribuir na organização do serviço, participando das decisões e definições de ações e atividades na unidade.

As atividades de recuperação e cura, como a consulta médica em relação a outros tipos de condutas são mais citadas pelos usuários, que lutam pelo direito de continuidade ao seu tratamento, demonstrando suas dificuldades na garantia do acesso a todos os tipos de tecnologias em saúde, principalmente ao atendimento especializado.

Contudo, durante a observação e na realização do grupo focal, observou-se a necessidade de espaços de reflexão para os funcionários e usuários na unidade sobre a prática de saúde, para que possam compreender as subjetividades dos sujeitos (trabalhadores e usuários) transformando suas concepções quanto à saúde, produção de saúde, potencializando suas capacidades de agir em busca da saúde e em última instância, da vida.

REFERÊNCIAS

1. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*. 2005;9(17):287-302.
2. Merhy EE. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LC (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160.
3. Malta DC. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campos CR (Org). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-59.
4. Silva Júnior AG. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barbosa PR (Coord). *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. p. 81-107.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 2005a.
6. Merhy EE. O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
8. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
9. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-55.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
11. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6): 1487-94.
12. Lima MADS, Ramos DD. 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.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 2005b.
14. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LC (Org). Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.

Recebido em 15/01/2008
Aprovado em 19/03/2008