

# ACOLHIMENTO NA PERCEÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

### User embracement in the perception of medical students

Luana Gabriele Nilson<sup>1</sup>, Marcos Aurélio Maeyama<sup>2</sup>,  
Fabrício Golono Kaminagakura<sup>3</sup>, Thiago Campos de Souza<sup>4</sup>, Luise Lüdke Dolny<sup>5</sup>

## RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde determina a criação de um novo modelo de atenção à Saúde, cujo eixo de organização é a integralidade. Para tanto, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família, em 1994, com o intuito de estruturar seu sistema de saúde, a partir da Atenção Primária à Saúde. Sua implementação e expansão não foram suficientes para transformar as práticas hegemônicas de saúde de cunho estritamente biomédico. Assim, com o objetivo de rediscutir e transformar as práticas sanitárias, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização, apresentando o acolhimento como diretriz operacional para mudança do processo de trabalho. O ordenamento legal ou políticas indutoras não têm se mostrado capazes de transformar as práticas sanitárias, mantendo o modelo biomédico, que segue soberano nos serviços de saúde. A universidade como instrumento de transformação social e pensamento crítico e reflexivo tem o papel de induzir e fomentar novas práticas sanitárias, tendo como referência as necessidades de saúde da população e as políticas governamentais. Considerando tal situação, o objetivo da pesquisa foi identificar a percepção dos acadêmicos de Medicina sobre Acolhimento e auxiliar no processo de reflexão e transformação das práticas de formação, tendo como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Sistema Nacional de Saúde. A pesquisa foi de cunho qualitativo, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com acadêmicos do décimo segundo período do curso de medicina da UNIVALI. Os resultados apontaram que ainda existe uma forte influência do Mo-

## ABSTRACT

The creation of the Unified Health System determines the creation of a new health care model, whose axis of organization is comprehensiveness. Therefore, the Health Ministry created the Family Health Strategy in 1994 in order to structure its health system on the basis of Primary Health Care. Its implementation and expansion were not sufficient to transform the hegemonic health practices that are strictly biomedical. Thus, in order to revisit and transform health practices, the Health Ministry launched the National Humanization Policy, presenting "User Embracement" as an operational guideline for changing the work process. The legal framework or the inducive policies have not proven capable of transforming health practices, maintaining the sovereignty of the biomedical model in health services. The university as an instrument of social transformation and critical and reflective thinking has the role of inducing and promoting new health practices, based on the population's health needs and on government policies. Thus, the objective of this research was to identify the perceptions of medical students regarding "User Embracement" and assist in the process of reflection and transformation of academic training practices, with respect to the National Curriculum Guidelines and the National Health System. This was qualitative research, carried out through semi-structured interviews with students in the twelfth semester of medical school at UNIVALI. The results showed a strong influence of the biomedical model in their academic training, supported by National Health

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Pública - Doutorado em Saúde Coletiva em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: luanagnilson@gmail.com.

<sup>2</sup> Universidade do Vale do Itajaí.

<sup>3</sup> Universidade do Vale do Itajaí.

<sup>4</sup> Universidade do Vale do Itajaí.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Catarina.

delo Biomédico na formação, sustentados especialmente pelos cenários de prática do SUS, com alguns lampejos por parte dos acadêmicos, em forma de crítica, apontando ainda de forma desordenada a integralidade na atenção à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Educação Médica; Percepção; Sistema Único de Saúde.

System scenarios of practice, with some critical glimpses from the students that point to, in a yet disorderly manner, comprehensiveness in health care.

**KEYWORDS:** User Embracement; Medical Education; Perception; Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

O Modelo Biomédico de atenção à saúde tem se caracterizado pela explicação unicausal das doenças, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização.<sup>1</sup> Apesar de sua hegemonia, não tem sido capaz de melhorar os indicadores sanitários para a população geral, especialmente por desconsiderar aspectos subjetivos e psicológicos, que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença,<sup>2</sup> e os indicadores sociais que interferem diretamente no processo de saúde e adoecimento.<sup>1</sup>

No Brasil, o modelo biomédico tomou impulso no período do governo militar, que financiou a construção de hospitais e equipamentos para a iniciativa privada, dando impulso ao crescimento do complexo médico-industrial.<sup>3</sup> A ideia de especialização e fragmentação na saúde foi reforçada pela publicação, em 1968, das Leis de Diretrizes e Bases da Educação, que estabeleceram um currículo mínimo para o curso de Medicina, com estrutura de entendimento e práticas voltadas para o biológico.<sup>4</sup> Atenção e formação passaram a caminhar juntas para a consolidação do Modelo Biomédico.

Contrapondo-se a este cenário, inicia-se na década de 1970, o movimento pela “Reforma Sanitária” brasileira, que clamou pela democratização no setor e pela universalização da saúde,<sup>5</sup> culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A VIII Conferência foi o grande marco da Reforma e a base para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde,<sup>6</sup> sendo que suas propostas foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, garantindo o direito universal à saúde, mediante responsabilidade do Estado, afirmando ainda a interdependência entre políticas econômicas e sociais com a saúde.<sup>7</sup> Em outras palavras, que saúde é determinada socialmente, e que, portanto, é necessária a construção de um modelo de atenção que responda integralmente às necessidades das pessoas, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

A primeira resposta governamental para as mudanças de modelo propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS),<sup>8</sup> com vistas à integralidade, é iniciada em 1994, quando o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, apostando em vínculo, compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população.<sup>9</sup> No entanto, apesar da expansão do PSF, a implantação por si revelou-se insuficiente para transformação do modelo de atenção, permanecendo a centralidade na doença. Em 1998, o Ministério da Saúde assume a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante para as mudanças desejadas e o PSF passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Paralelamente, para a formação em saúde responder a estas mudanças propostas pelo sistema de saúde, o Ministério da Educação em conjunto com o Ministério da Saúde publica as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde, no início da década de 2000, tendo como eixo central da formação a integralidade.

Como tentativa de resgatar a própria essência de criação do SUS, em 2003, é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), propondo diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de atenção e gestão, em todas as esferas do Sistema.<sup>10</sup> Dentre elas, o acolhimento passa a ser considerado como dispositivo para mudança do processo de trabalho na ESF que, em última análise representa a mudança do modelo de atenção à saúde. O acolhimento significa a **humanização** do atendimento, o que pressupõe a **garantia de acesso** a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à **escuta** de problemas de saúde do usuário, de forma **qualificada**, dando-lhe sempre uma resposta positiva e **responsabilizando** com a resolução do problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a **resolubilidade** que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamen-

te dito, diz respeito também ao **vínculo** necessário entre o serviço e a população usuária”<sup>11:71</sup> (grifos nossos).

A exemplo do que aconteceu com a própria implantação da ESF, a PNH e o próprio acolhimento entraram na agenda de gestores e equipes, mas de forma acrítica, sem a discussão do valor que encerravam essas propostas. Humanização e acolhimento tornaram-se palavras correntes nos serviços de saúde, gerando um sentimento de cumprimento dessas diretrizes, mas sem transformação do modelo de atenção e consequentemente sem atendimento das reais necessidades das pessoas.

A universidade, em resposta às DCNs e como espaço de formação crítica e reflexiva, deve propiciar discussões e práticas, que problematizem a realidade sanitária, e nessa perspectiva, o acolhimento deve ser entendido como positivo para formação e mudança de modelo de atenção.

Há estudos que abordam percepções e experiências acerca do tema, contudo, não esgotam a complexidade e subjetividade do mesmo, sendo o acolhimento ainda um desafio na construção do cuidado integral e ainda como elemento fundamental para a gestão e avaliação dos serviços de saúde.<sup>12,13</sup> Assim, o presente estudo procurou revelar a percepção de acadêmicos do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), sobre a organização do processo de trabalho em saúde na perspectiva do acolhimento.

## PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada no curso de Graduação em Medicina da UNIVALI, que descreve em seu Projeto Pedagógico como o perfil desejado: um médico com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, no âmbito individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano, tendo como referência a integralidade em sua prática, portanto, alinhado com as DCN.

A pesquisa utilizou abordagem qualitativa, que permite o aprofundamento na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os, segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.<sup>14</sup>

A amostra foi de caráter intencional, sendo, inicialmente, composta por oito acadêmicos do décimo segundo período do curso de medicina da UNIVALI e, pos-

teriormente, mais dois acadêmicos do mesmo período fizeram parte da amostra, sendo então obtida a saturação dos dados. A intencionalidade dessa amostra justifica-se pelo fato desses sujeitos já terem vivenciado os campos de estágio da disciplina de Medicina Familiar e Comunitária, responsável pela discussão e vivência do acolhimento na formação, portanto, com maior potencial para responder as questões da pesquisa.

A amostra intencional permite a utilização dos dados obtidos, a partir de pequenas amostras, e a escolha pode ser realizada com base no julgamento das necessidades dos pesquisadores de que determinados elementos sejam os mais representativos da população relacionados ao objeto da pesquisa.<sup>15</sup>

O critério de inclusão, além de considerar o período do acadêmico, considerou ainda os que mais ativamente participaram de atividades relacionadas à saúde coletiva, além das práticas curriculares obrigatórias, tendo participado também de projetos de extensão e de pesquisa, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde que, pelas suas vivências, também poderiam contribuir de uma forma mais efetiva para o estudo. Esses dados foram fornecidos pela coordenação do curso. Foram excluídos do estudo, os acadêmicos que não se enquadravam nesse perfil, e houve apenas um caso de recusa ou impossibilidade para participar.

A pesquisa foi realizada nas dependências da UNIVALI, e a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, que valoriza tanto a presença do investigador, quanto a do informante, enriquecendo a investigação, favorecendo a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais em sua totalidade.<sup>16</sup>

Num primeiro momento, foi questionado aos entrevistados o sentido que atribuíam sobre a temática acolhimento, e quais as vivências que a formação propiciou em relação a este tema. Como as falas se apresentaram de forma superficial, foram aprofundados na entrevista alguns aspectos relacionados ao acolhimento como acesso, escuta, relação profissional-usuário, vínculo, responsabilização e resolubilidade, como forma indireta de identificar a compreensão sobre acolhimento.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas para análise, com aviso e consentimento prévio, mantendo o sigilo dos participantes. Cada entrevistado foi identificado como “AC” e recebeu um número para diferenciação entre 1 e 10.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temático, buscando os significados manifestos e latentes das entrevistas da pesquisa, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.<sup>17</sup>

Durante a análise dos dados, os materiais transcritos

foram lidos exaustivamente, sendo retiradas as chamadas unidades de registros, que correspondem a intervalos das falas dos entrevistados de possível relação com o tema em estudo. Assim, essas unidades de registros foram agrupadas em categorias relacionadas ao acolhimento, segundo a sustentação do referencial teórico. Da mesma forma, os aspectos indiretos relacionados ao acolhimento sofreram o mesmo tratamento e lógica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIVALI, sob o Parecer 1014.204, em 10/04/2015. Foram respeitados os termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, bem como a autorização das instituições envolvidas na pesquisa e os resultados devolvidos aos participantes em forma de artigo, cumprindo todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde brasileira ainda luta para tornar o cuidado centrado no usuário, com acesso, vínculo, acolhimento, responsabilização, resolubilidade e autonomia.<sup>13,18-21</sup>

Passaremos a apresentar as categorias construídas, a partir da coleta de dados e respostas dos participantes na pesquisa. O primeiro tópico trata dos sentidos gerais do acolhimento e depois da percepção dos entrevistados sobre a sua relação com outros princípios e diretrizes do trabalho na APS.

### Sentidos de Acolhimento

A partir da fala dos entrevistados, foram identificadas duas grandes categorias: uma relacionada ao acesso e outra relacionada a atender as necessidades das pessoas.

A ideia mais recorrente dos entrevistados em relação ao acolhimento remete à questão do acesso, conforme as falas a seguir:

*“Eu acho que é uma oportunidade de os pacientes terem um acesso rápido ao serviço de saúde e resolver problemas mais emergencialmente [...]”* (AC 6, grifos nossos)

*“[...] a gente facilita o acesso recebendo todos os pacientes [...] Ele poder chegar no momento que ele julgar que precisa e ir lá e tirar a dúvida dele.”* (AC 6, grifos nosso)

*“Você consegue atender mais gente dessa forma.”* (AC 4, grifos nossos)

As falas demonstram uma relação do acolhimento

meramente com o atendimento da demanda espontânea. Apesar de o acolhimento estar relacionado com o acesso, ele não se resume somente à demanda espontânea, fazendo triagem ou classificando risco para a consulta médica – o que tem forte viés biomédico. Mas também podemos nos remeter, a partir das falas à questão da facilitação do acesso para o alcance de respostas positivas às necessidades, o que é elemento essencial do sentido de acolhimento.

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências, envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de APS. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.<sup>22</sup>

Porém, quando o acolhimento é somente voltado para a demanda espontânea, passa a ser uma estratégia para a organização dessas demandas, o que aponta para uma prática centrada na queixa clínica, que leva a uma consulta nos modelos tradicionais.<sup>21-22</sup>

Há o risco de reduzir o acolhimento ao atendimento da demanda espontânea em qualquer situação, sem organizar outras ações de cuidado, como grupos, ações coletivas, organização da atenção programada e longitudinal, e a transformação da unidade básica de saúde em um pronto-atendimento. A ampliação e facilitação de acesso se dá quando se contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações, segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.<sup>23</sup>

Uma parcela menor dos entrevistados identificou o acolhimento no sentido de realizar acesso com o processo de escuta, o que fica expresso na fala a seguir:

*“Para mim, isso é acolhimento, um atendimento que visa o paciente e não o serviço de saúde. Ele ouve o paciente e identifica qual é a preocupação do paciente que ele tem naquele momento.”* (AC 8, grifos nossos)

Dois elementos aqui merecem reflexão. Inicialmente o entrevistado relata um atendimento que visa o paciente, ou seja, uma abordagem centrada na necessidade do usuário, o que é inerente ao acolhimento. No entanto, mais adiante, a escuta, ainda que ela seja um instrumento importante, é colocada de forma pontual, revelando a impressão da prática do acolhimento como atendimento à demanda espontânea.

A escuta revela-se mais um dos pilares do acolhimento, não podendo ser relacionada de forma isolada e unicamente a uma queixa pontual ou momentânea, mas deve considerar o contexto que envolve o problema, o que nem sempre a pessoa explicita espontaneamente no momento

da procura pelo serviço.

A escuta qualificada pressupõe a criação de vínculo anterior e a capacidade de gerar repostas positivas aos usuários, que extrapolam a consulta e a prescrição de exames e medicamentos. Acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou à triagem e passa a envolver a escuta, não das queixas clínicas, mas sim, das necessidades do usuário somadas à responsabilização do serviço de saúde pelos problemas identificados.<sup>24</sup>

Outro entrevistado relaciona ainda acolhimento com acesso, porém, já adiciona que este se dê de forma humanizada:

*“Acolhimento foi uma estratégia desenvolvida para permitir que as pessoas tenham acesso a suas necessidades, às vezes emergenciais [...]. Eu acho que além de ser um acesso, de ser uma porta de entrada, seja até um gesto de compaixão [...]”* (AC 3, grifos nossos)

Apesar de o entrevistado inicialmente se referir ao acolhimento como uma forma de responder à demanda imediata, ao falar em compaixão ele cita um componente da humanização, aspecto implícito na prática do acolhimento e que tem potencial inicial de mudança do modelo biomédico.

A humanização da atenção é a principal função do acolhimento.<sup>21</sup> No momento da procura pelo serviço de saúde, é importante estar atento para a vulnerabilidade do usuário, pois é um momento oportuno de intervenção, no qual pode-se localizar um problema de magnitude no território e (percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão) situação importante para criar ou reforçar o vínculo.<sup>23</sup> Algumas condições aumentam a vulnerabilidade das pessoas e o acolhimento representa uma grande oportunidade de incluí-las e de inserí-las em planos de cuidado.

Dessa forma, a humanização associada à demanda imediata implica na avaliação de risco e vulnerabilidade que, por sua vez, implica em um processo dialógico e bilateral, aumentando o autocuidado e a solidariedade.

Por fim, o acolhimento foi relacionado com uma compreensão mais ampliada do tema, remetendo à organização da equipe e a um conceito ampliado de saúde, em que a atenção responde às necessidades dos usuários:

*“O acolhimento é uma estratégia, uma política dentro da saúde que engloba o profissional de saúde a atender os pacientes conforme as necessidades deles [...]”*

*“A importância do acolhimento é garantir que as pessoas cheguem na UBS e tenham suas necessidades individualiza-*

*das e reconhecidas.”* (AC 10, grifos nossos)

Ao se remeter às “necessidades individualizadas e reconhecidas”, o entrevistado remete à noção de clínica ampliada, que é baseada num processo de escuta qualificada, singularização do sujeito e seus problemas, se afastando do modelo biomédico que, dentro de protocolos clínicos rígidos, generaliza os casos e as condutas.<sup>25</sup> As necessidades das pessoas extrapolam o âmbito clínico e individual, pois seus problemas muitas vezes têm um componente familiar, ambiental ou social como causa ou fator mantenedor.

A clínica ampliada na Atenção Básica pressupõe a autonomia do paciente, a valorização da subjetividade do usuário, apreendendo as necessidades que extrapolam o biológico.<sup>25</sup> Nela se trabalha no sentido da determinação social do processo saúde-doença, com um sujeito complexo permeável a todas as influências externas e internas, apresentando suas demandas e seus desejos, exigindo um tratamento diferenciado, caracterizado por tempos longos, distendidos e inseridos no cotidiano.

Nesse contexto, houve também a referência de um participante à “abrangência do serviço à população” que, em contraposição à queixa-conduta, consegue exprimir a ideia de valorização da fala, numa perspectiva ampliada e sem se preocupar exclusivamente com sinais e sintomas:

*“É tornar o serviço cada vez mais dinâmico e de aumentar a abrangência do serviço à população que atende. Despertar o relacionamento do serviço com a população que ele atende. De entender melhor o contexto dos pacientes, estreitando cada vez mais a relação do serviço com a população.”* (AC 7, grifos nossos)

Abre-se a possibilidade para outro modelo de atenção à saúde, já que a relação entre “entender melhor o contexto dos pacientes” está diretamente relacionada com “aumentar a abrangência do serviço à população”, pois sugere também a prática da clínica ampliada e ainda remete a outro sentido da integralidade que são as ações integradas de saúde, no sentido de ofertar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

É partir da integralidade que se consegue realizar práticas em saúde intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos. E a integralidade preconiza ofertar ações sintonizadas com o contexto específico de cada encontro.<sup>26</sup>

O estreitamento da relação com a população remete ao vínculo necessário entre profissional-usuário, equipe-comunidade, o que se aproxima do objetivo essencial do acolhimento como diretriz operacional de organização do

processo de trabalho de forma a atender as necessidades do usuário.<sup>11,21</sup>

De forma geral, ao analisar as falas dos entrevistados, ainda se percebe a maior relação do acolhimento com o atendimento da demanda espontânea, com bastante influência do modelo biomédico e de sua lógica de queixa-conduta, abrindo espaço para a discussão das percepções sobre os aspectos relacionados ao acolhimento.

## Acesso

Foi reforçada a relação de acesso com o acolhimento e sua percepção como atendimento à demanda espontânea, mas também de acesso como agendamento, fichas na porta, visitas domiciliares e universalidade, conforme as falas a seguir.

*“[...] alguma coisa que precise de atendimento imediato.”*  
(AC 5, grifos nossos)

*“Eu acho que deveria ser por demanda espontânea mesmo, porque o acolhimento é isso [...]”* (AC 1, grifos nossos)

*“Eu acho que tem que seguir aquele princípio da equidade, que os pacientes que naquele momento são mais urgentes, precisam passar na frente do agendamento e receber o atendimento.”* (AC 8, grifos nossos)

Outra questão que aparece a partir do atendimento da demanda espontânea é a necessidade de classificação de risco. Ainda que isoladamente ela possa indicar um viés biomédico, a classificação de risco também é uma forma de individualizar o sofrimento e a vulnerabilidade, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades.<sup>22</sup> Essa lógica de atendimento da demanda espontânea com classificação de risco é proposta pelo próprio Ministério da Saúde nos cadernos de acolhimento.<sup>23,27</sup>

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer, já que na APS, diferentemente de serviços de atendimento a emergências, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária, contudo, em casos de sofrimento, é importante a priorização do atendimento.<sup>22</sup>

A ESF, por se propor ser a porta preferencial de entrada e ser a referência do usuário para seus problemas de saúde, sem dúvida deverá incorporar a demanda espontânea.<sup>28</sup> No entanto, esta incorporação deve estar acompa-

nhada de estratégias de atendimento de segmentos programáticos, trabalhos individuais e coletivos de educação em saúde e vigilância à saúde. Assim, ao trabalharmos com essas ações, existe uma tendência em diminuir a necessidade de atendimento por demanda espontânea.

Outra forma descrita relacionada ao acesso foi o sistema de agendamento.

*“Tem o sistema de acolhimento, que passa pelo enfermeiro, às vezes pela ACS que está ali na porta disponível e tem as consultas agendadas, com os horários agendados, as pessoas não precisam esperar a manhã inteira às vezes para uma consulta.”* (AC 3, grifos nossos)

O agendamento nesse sentido tem dupla potência. Primeiro, de não transformar a unidade de saúde em um pronto-atendimento, pois em alguns casos, mesmo os pacientes com problemas crônicos ou situações que requerem um acompanhamento mais sistemático, precisam se submeter a tentar uma consulta algumas vezes. A equipe de APS deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde das pessoas portadoras de doenças crônicas. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado.<sup>22</sup>

Além disso, o agendamento propicia o próprio processo de humanização, por não fazer com que as pessoas esperem por horas pelo seu atendimento. O agendamento prévio para qualquer tipo de consulta é um dispositivo que efetivamente facilita e garante o acesso, humanizando a assistência.<sup>29</sup>

Por outro lado, o acolhimento não se sustenta somente com as consultas agendadas. Não se pode negligenciar um atendimento num momento de sofrimento ou de urgência – talvez o mais propício para ampliar/criar vínculo, quando o paciente chega de forma espontânea.

Ainda relacionado ao acesso, dois entrevistados relatam a experiência sobre a entrega de ficha na porta.

*“Eu acho que o sistema de fichas é ??? inadequado, pode ser que uma pessoa que esteja ali não consiga ficha e aí acaba não conseguindo atendimento. Eu acho que todo mundo tem que ser avaliado.”* (AC 6, grifos nossos)

*“A maioria das UBS daqui funciona por fichas na porta. E tem um número bem limitado, são poucas as fichas na maioria dos lugares. E muitas vezes não é suficiente para resolver todos os problemas.”* (AC 5, grifos nossos)

Primeiramente, é possível identificar uma dificuldade em manter acessibilidade pelo número limitado de fichas

citado na fala. O trabalho com ficha não fere o princípio da universalidade, pois não nega a oferta de consulta, mas interfere na sua acessibilidade. Fere, portanto, o atributo essencial da porta preferencial de entrada a que se propõem as equipes de saúde da família.<sup>30</sup> E ainda, com a dificuldade de acesso de pessoas que necessitam de acompanhamento contínuo, interfere e negligencia o princípio da longitudinalidade, gerando mais demanda espontânea.

Outra forma de acesso relatada foi a partir da realização de visitas domiciliares.

*“[...] as visitas domiciliares que são feitas para os pacientes acamados com uma certa regularidade. Isso seria um outro tipo de acesso.”* (AC 5, grifos nossos)

A visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, garantir acesso, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.<sup>25</sup> Ela pode ser entendida aqui como elemento de possibilidade de um novo olhar para a atenção, como forma de atender a uma necessidade singular, como forma de humanização, mais próxima da integralidade.

Outro ponto importante citado pelos entrevistados foi relacionado à universalidade.

*“Ele tem que ter um livre acesso, toda vez que ele chega na UBS ele deve ser atendido, ouvido.”* (AC 7, grifos nossos)

*“Acho que o acesso tem que ser universal, porque é o pilar do SUS. Então todo paciente tem direito ao acesso.”* (AC 10, grifos nossos)

*“O acesso deve ser aberto para todo mundo.”* (AC 4, grifos nossos)

*“O acesso deve ser liberado, o acolhimento deve ser o início do vínculo com o paciente.”* (AC 1, grifos nossos)

Essa noção de universalidade e responsabilidade do Estado é um primeiro passo para se pensar em acessibilidade, pois não há facilitação do acesso sem a garantia efetiva do mesmo. A universalidade abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira. Ou seja, todo indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde.<sup>31</sup>

De forma geral, a discussão específica sobre acesso confirmou a percepção fortemente relacionada à demanda espontânea. Porém, apareceram também de maneira importante a questão da universalidade, e mais timidamente do agendamento e das visitas domiciliares, que são elementos importantes do acesso e acolhimento.

### Escuta Qualificada

Quanto à escuta, foram identificadas três subcategorias, sendo elas: integralidade, formação acadêmica e triagem.

A grande maioria relacionou a escuta ao princípio da integralidade.

Um primeiro sentido que aparece é atender as necessidades.

*“Acho que se deve escutar o que ele tem pra dizer, tratar o paciente com respeito e ver as necessidades que ele tem e não as que você quer que ele tenha. Se ele tem um problema familiar ou algum outro tipo de problema, escutar essa necessidade também, não só a febre, a gripe.”* (AC 5, grifos nossos)

O sentido mais imediato de integralidade é atender a necessidade do outro.<sup>32</sup> A fala aborda problemas com uma crítica de olhar somente a doença, aproximando essa escuta de uma escuta qualificada.

Já as falas a seguir, explicitam um pouco mais o que envolve essa escuta, se aproximando da noção de clínica ampliada.

*“[...] você passa a escutar as pessoas entendendo que cada pessoa é uma pessoa, e que cada uma delas está inserida em um lugar, com uma realidade própria, uma história de vida.”* (AC 1, grifos nossos)

*“A escuta deve ser ativa, [...] seria uma valorização integral do paciente. Seria ouvir, dar atenção e pescar os pontos principais da vida e do contexto daquele paciente.”* (AC 7, grifos nossos)

A primeira fala pressupõe uma singularidade e a segunda de que os problemas de saúde possuem um contexto, já se distanciando da lógica de sinais e sintomas-diagnóstico-tratamento, próprias do modelo biomédico. A clínica ampliada considera a biografia de cada pessoa e como isso interfere no processo de saúde e adoecimento.<sup>25,30</sup>

Dessa forma, esta escuta qualificada, que parte das necessidades dos indivíduos, necessariamente deve considerar o paciente participante do ato terapêutico. Ela implica

em valorização da queixa do outro, sem qualquer preconceito ou valores individuais que impeçam tal ato, além de empatia.<sup>29</sup>

Uma questão que interfere negativamente para essa escuta qualificada tem relação com a formação acadêmica e reflete a permanência do modelo biomédico tanto nos espaços de formação quanto nos de atenção à saúde. Permanece a lógica da escuta das queixas biológicas, com condutas baseadas em protocolos:

*“[...] durante a formação os profissionais são treinados para enxergar somente a parte mais biológica, fazer consultas e buscar remédios.”* (AC 7, grifos nossos)

*“Eu vejo também alguns médicos como problema, não só médicos, mas enfermeiros e técnicos de enfermagem que simplesmente ignoram a parte da escuta qualificada e partem do princípio que é só fazer um pronto socorro. Isso ocorre pela faculdade ou lugar onde eles fizeram seus estudos, saindo como técnico ou humano.”* (AC 1, grifos nossos)

Apesar de publicadas, desde 2001 e republicadas em 2014, as DCNs para os cursos de Medicina ainda não conseguiram transformar a formação com vistas à integralidade. Por outro lado, é evidente que apesar da proposta em reorientar o modelo tecno-assistencial por meio da ESF, os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas.<sup>20</sup>

Os pontos de atenção, que servem de cenários de prática para a formação em saúde, por vezes têm reforçado a lógica biomédica, corroborados pela inserção muitas vezes acrítica da universidade. Porém, existe uma crítica por parte de alguns acadêmicos entrevistados, o que demonstra que, se a clínica ampliada ainda não é realidade nos serviços, pelo menos ela tem sido discutida em âmbito teórico.

Essa prática de escuta baseada nos sinais e sintomas é descrita em uma das falas dos entrevistados.

*“[...] os profissionais veem o acolhimento como triagem e classificam um sintoma.”* (AC 7, grifos nossos)

A partir da fala anterior, é possível observar a predominância da escuta como forma de fazer triagem para a consulta médica. O próprio Ministério da Saúde apresenta protocolos de abordagem para situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico e epidemiológico, ainda que considere riscos e vulnerabilidades.<sup>23,27</sup> Mesmo que reconheçamos a importância de protocolos de acesso e protocolos clínicos, essa re-

lação cria uma perigosa associação do acolhimento como sinônimo reducionista de acesso à demanda espontânea, quando acolhimento é uma ação e postura que permeia todas as relações, em todos os ambientes e serviços de saúde.

Apesar das falas indicarem a percepção da necessidade de uma escuta qualificada, os cenários de prática não enfatizam tal importância, objetivando a atenção à saúde, ao aspecto biológico na lógica queixa-diagnóstico-conduta. Esse contexto fragiliza o processo de ensino-aprendizagem proposto para a formação médica, com consequências futuras para a atenção à saúde, uma vez que estes médicos serão os profissionais dos serviços.

## Humanização

A humanização na saúde é percebida pelos acadêmicos tanto em aspectos da atenção, quanto da própria formação.

O aspecto que mais apareceu em relação à humanização nas falas dos entrevistados foi o excesso de demanda.

*“Por ter uma demanda muito alta [...] isto acaba prejudicando o contato humanizado. Fica mais voltado para a queixa-conduta.”* (AC 5, grifos nossos)

*“As causas da não humanização são a demanda e o sistema em si.”* (AC 4, grifos nossos)

*“Se você trabalhar num lugar que tenha muita demanda de paciente, você pode acabar tendo muita pressa em fazer tudo e não dar muita atenção que deveria dar a cada paciente.”* (AC 8, grifos nossos)

E ainda a questão estrutural e organizacional das equipes, com aspectos limitantes para uma prática mais humanizada.

*“Eu acho que nosso sistema de saúde em geral é sobrecarregado, é desorganizado, é deixado para depois, falta dinheiro, falta equipamento, falta estrutura.”* (AC 3, grifos nossos)

Uma questão importante trazida nestas falas diz respeito ao contexto em que se desenvolvem as ações em saúde. Geralmente, quando o assunto é humanização na saúde, o foco se direciona para a relação entre profissional e usuário, como possibilidade de uma prática mais horizontal. De fato muito importante. Porém, a condição para que isso aconteça, nem sempre é colocada em discussão.

A PNH destaca que a humanização pressupõe a va-

lorização de todos os atores implicados na produção de saúde, destacando o protagonismo, a responsabilização e a cooperação.<sup>10</sup> Essa valorização passa pelas questões de estrutura organizacional que permita uma prática humanizada, e nesse sentido, a organização dos territórios com cobertura populacional em parâmetros adequados e recursos físicos e humanos aceitáveis são condições básicas.

Por outro lado, o que limita uma prática mais humanizada é o próprio olhar do profissional para o trabalho em saúde.

*“Alguns profissionais acabam não tendo muito vínculo com o paciente. Eu digo, não se preocupando muito com o paciente ao todo, às vezes eles acabam tratando a doença em vez dos pacientes.” (AC 8, grifos nossos)*

*“É muito mais fácil trabalhar como médico tratando uma doença e não uma pessoa e seu contexto. É mais fácil, mais lucrativo, tem menos esforço mental e psíquico para fazer isso. Ou seja, uma postura mais técnica do que humanística.” (AC 1, grifos nossos)*

*“É ver a pessoa e não só ver a doença, o problema que ela está trazendo. Nem sempre a atenção básica consegue fazer isso.” (AC 4, grifos nossos)*

Humanizar os serviços de saúde passa por mudanças não só nas estruturas, mas também na forma de trabalhar e nas próprias pessoas.<sup>33</sup>

Nesse sentido, é importante resgatar os princípios básicos que balizam qualquer prática em saúde, como a autonomia, a beneficência, a justiça, a solidariedade, o sentir-se cuidado, a gratidão e o reconhecimento fraterno a quem está cuidando.<sup>34</sup> O primeiro passo para tal é o reconhecimento do outro como sujeito,<sup>35</sup> não como uma doença, como demonstra a fala abaixo:

*“A gente vê na ESF um pouco melhor que no PA, o paciente é tratado mais como um indivíduo do que como uma doença.” (AC 6, grifos nossos)*

Novamente aparece a importância da formação para a construção dos olhares e das práticas em saúde:

*“Porque a gente é educado totalmente ao contrário ao longo de toda a faculdade, a gente não precisa dormir, podemos comer correndo, tem que saber tudo sempre, então sempre se exige dos alunos de medicina que eles tenham capacidades e habilidades além da humanidade deles, não se aceita que a gente erre, enfim, a nossa humanidade não é aceita dentro da faculdade de medicina.” (AC 7, grifos nossos)*

*“As nossas práticas não são humanizadas em 99% dos nossos atendimentos enquanto futuros médicos porque a gente não tem o hábito de enxergar as pessoas quanto iguais.” (AC 7, grifos nossos)*

A falta de “humanidade” aqui não tem relação direta com o ser individual. É o treinamento durante a graduação que institui práticas que são absorvidas para futuramente serem executadas. É o olhar objetivo para a doença que impera na relação, resquícios do modelo biomédico. Essa objetivação da relação se dá pela tecnificação do ato médico, com excessiva valorização de equipamentos, exames complementares e medicamentos, em detrimento aos aspectos subjetivos que envolvem o adoecimento e o sofrimento.<sup>36</sup>

O que parece contrapor com essa forte influência da formação é o ser individual.

*“Muitas vezes não é humanizado porque depende muito da formação de cada pessoa, não só como profissional de saúde. Formação familiar, cultural, religiosa.” (AC 8, grifos nossos)*

*“Acredito que no fim do curso tu te vê, a não ser por uma questão ideológica, como um técnico.” (AC 1, grifos nossos)*

Assim como a biografia das pessoas interfere no processo de adoecimento, a forma como as práticas de saúde são realizadas também tem interferência da biografia de quem as executa. Considerar o outro como sujeito, e ter uma relação horizontal humana tem relação com a visão de mundo de cada pessoa. A humanização se concretiza a partir da transformação dos modos de os sujeitos se relacionarem, formando coletivos.<sup>37</sup>

Apesar de as falas apontarem que as vivências na graduação não se aproximam de práticas humanizadas, os entrevistados conseguem fazer uma relação da humanização como forma de buscar a integralidade, fugindo do olhar exclusivo para a doença, não se restringindo apenas à relação médico-paciente, que é muito importante, mas pode se dar em parâmetros estritamente biomédicos. A ressalva mais uma vez é que os cenários de prática não favorecem o olhar para a humanização e para a integralidade.

## Vínculo

A importância do vínculo nas práticas de saúde foi destacada em dois sentidos maiores, sendo um relacionado à própria equipe e outro que diz respeito ao vínculo com o usuário.

*“Primeiramente se deve conhecer a equipe, quem são esses profissionais, porque a partir que tu forma o vínculo com eles, você pode juntar a equipe para que ela possa começar o processo de conhecimento dos pacientes, montando grupos, agendar consultas, promover atividades na igreja, na escola.” (AC 10, grifos nossos)*

Esta fala destaca em primeiro lugar a importância de uma unidade entre a própria equipe, o que é destacado por Favoreto e Camargo,<sup>38</sup> que afirmam que a criação de vínculo exige uma postura dialógica da equipe entre si e com os usuários. Além disso, o vínculo aqui é apontado como possibilidade de conhecimento da realidade sanitária individual e coletiva, o que permite a longitudinalidade, que também é destacada nas falas a seguir.

*“E para a equipe também é muito bom porque é mais fácil de acompanhar, é mais fácil de determinar as estratégias de educação em saúde, epidemiológicas e tudo mais.” (AC 6, grifos nossos)*

*“A potencialidade é conhecer o paciente ao longo dos contatos, saber das necessidades, isso é a transversalidade das consultas e das políticas de promoção e prevenção de saúde. Isso influencia numa melhor relação entre unidade e usuário, ou seja vínculo.” (AC 10, grifos nossos)*

O conhecimento prévio que o vínculo proporciona permite que sejam realizadas ações que extrapolam a consulta médica. Aqui se aplicam dois atributos da APS: a longitudinalidade, que implica no acompanhamento ao longo do tempo, e a integralidade, com o planejamento de ações de prevenção, educação e promoção da saúde.<sup>39</sup>

Um dos aspectos que caracterizam o vínculo é descrito na fala abaixo.

*“Na MFC (Medicina de Família e Comunidade), sem isso aí, você não consegue nada do seu paciente. Ele não adere o tratamento se ele não confia em ti, se ele não tem uma boa relação, ele não segue suas orientações, ele muitas vezes acaba consultando 3, 4, 5 médicos.” (AC 3, grifos nossos)*

O vínculo para o paciente se caracteriza por uma relação de confiança, já para o profissional implica em se sensibilizar pelo sofrimento do outro, no sentido de se responsabilizar por ele, possibilitando uma intervenção singular.<sup>40</sup> Essa relação de confiança que caracteriza o vínculo acaba tendo implicações muito importantes para o processo de cuidado.<sup>41</sup>

*“Quanto mais vínculo você tem com o paciente, mais você*

*vai conseguir que ele realize atividade, que ele siga uma dieta adequada.” (AC 5, grifos nossos)*

*“É a coisa mais importante para o tratamento, não só medicamentoso, do paciente, porque uma relação médico-paciente que não tem vínculo ele vai embora, não vai aderir ao tratamento medicamentoso, não vai seguir as orientações, quanto maior a confiança, mais eles ouvem e mais eles vão aderir às orientações do médico.” (AC 7, grifos nossos)*

A criação do vínculo faz aumentar o vínculo terapêutico, ou seja, o paciente torna-se protagonista do processo de cura e autocuidado, além de aumentar o grau de autonomia dos sujeitos, aumentando sua capacidade de produção de sua própria saúde.<sup>10</sup>

O vínculo entre equipe e usuário é destacado inclusive como suporte no enfrentamento dos problemas, no sentido da clínica ampliada, que destaca a importância da resiliência e do papel do profissional de saúde neste processo.<sup>25</sup>

*“O paciente lida muito melhor com a doença ao ter o vínculo, porque ele não lida sozinho, esse é o principal ponto.” (AC 1, grifos nossos)*

Dessa forma, o vínculo torna-se importante instrumento para potencializar o cuidado e a resolução dos problemas individuais e coletivos.

Nesta categoria, os entrevistados de forma geral, destacaram a importância do vínculo no processo de cuidado. A ressalva fica no sentido de não caracterizar o vínculo apenas como estratégia de cuidado ou como técnica. A criação de vínculo só é possível quando nos sensibilizamos com o sofrimento do outro,<sup>40</sup> quando consideramos o outro como sujeito que fala, julga e deseja.<sup>42</sup> Portanto, vínculo não pode ser apenas estética, deve ser ética.

## Responsabilização

Os entrevistados não relacionaram objetivamente o acolhimento com a responsabilidade que a equipe e os profissionais de saúde devem ter com sua população, porém, descreveram formas como ela pode se dar na prática.

Um sentido inicial levantado por um dos entrevistados diz respeito ao território.

*“Se a gente sabe que tem uma prevalência de tal coisa na nossa área, a gente precisa fazer alguma coisa para ajudar, por exemplo a gravidez na adolescência. Então vamos fazer alguma coisa, algum grupo, palestra...” (AC 4, grifos nossos)*

A ESF trabalha com território definido, portanto a responsabilização de uma equipe deve incluir toda a população deste território, bem como seus problemas de saúde, sejam eles individuais ou coletivos.<sup>43</sup> A noção de território é de fundamental importância, pois é, a partir da responsabilidade sobre o território, que se torna possível pensar em outras ações que não exclusivamente a clínica, além de remeter à possibilidade de pensar a longitudinalidade no sentido coletivo.

Ainda que não tenham citado o território, o aspecto que mais foi evidenciado em relação à responsabilização diz respeito às ações que a equipe deve ofertar para a comunidade:

*“[...] você pode juntar a equipe para que ela possa começar o processo de conhecimento dos pacientes, montando grupos, agendar consultas, promover atividades na igreja, na escola.” (AC 10, grifos nossos)*

*“Eu vejo que a UBS tem a responsabilidade de tratar as doenças que são mais frequentes e prevalentes. Então na própria consulta médica de doenças crônicas, a questão de resolver os problemas mais frequentes. Assim como também fazer promoção e prevenção de saúde.” (AC 8, grifos nossos)*

*“Para os pacientes hígidos entra a prevenção como a educação em saúde, estimular o autocuidado, ou seja, manter a saúde.” (AC 7, grifos nossos)*

As falas destacam que a equipe tem a responsabilidade de ofertar ações de promoção, prevenção e recuperação. Nesse sentido, se aproximam de um dos sentidos da integralidade que trata da oferta das ações integradas de saúde.<sup>44</sup>

Outro aspecto bastante mencionado diz respeito à educação em saúde, que de certa forma já faz parte das ações integradas, mas foram destacadas como responsabilidade da equipe.

*“A equipe de saúde tem possibilidades de ajudar a empoderar o paciente a ser responsável pela própria saúde e pelo autocuidado, independente de pacientes que tem uma patologia ou não.” (AC 7, grifos nossos)*

*“A responsabilização também está na forma de educar a pessoa para que ela saiba como se cuidar, como se responsabilizar por si mesma.” (AC 5, grifos nossos)*

*“Eu acho que isso também é importante, para esse processo de empoderamento das pessoas em relação aos problemas*

*de saúde, e até os problemas sociais em que elas vivem.” (AC 8, grifos nossos)*

O que mais chama a atenção nas falas anteriores é o termo empoderamento. Ainda que seja no âmbito do discurso, o empoderamento sugere uma superação do modo prescrito de fazer educação para um formato que permite dotar os indivíduos de poder. Poder para superação de seus problemas, no sentido da autonomia dos sujeitos,<sup>45</sup> mais afinada com as propostas da APS e do SUS.

A educação em saúde remete ainda a outro atributo da Atenção Primária, a coordenação do cuidado,<sup>39</sup> da qual é parte.

Outra forma destacada de responsabilidade da equipe apontada foi a busca ativa.

*“E eu acho que a UBS tem que fazer a busca ativa, tem que ir atrás do paciente.” (AC 6, grifos nossos)*

*“A responsabilidade da estrutura ESF da saúde é estar disponível, estar preparado e até na busca ativa, fazendo as visitas domiciliares, de ir atrás dos pacientes.” (AC 3, grifos nossos)*

A responsabilização em nível individual está relacionada com a solução do problema do usuário; com a busca ativa; com o comprometimento de visitas domiciliares e por fim se relaciona com a atenção ao fluxo do paciente pelo sistema de saúde.<sup>29</sup> A busca ativa visa à continuidade da atenção, entendida aqui como longitudinalidade do cuidado, indo assim ao encontro dos atributos da APS.

De certa forma, apesar da falta de organização das ideias individuais, a responsabilização da equipe foi contemplada nas falas em geral.

## Resolubilidade

A categoria mais surpreendente nos resultados foi referente à resolubilidade. A grande maioria dos entrevistados, quando indagados sobre o que implica a resolubilidade na APS, referiu à questão do encaminhamento para a especialidade.

*“[...] eles chegam querendo algo que de imediato eu não vou conseguir resolver, precisa de repente agendar uma consulta ou então encaminhar ele para algum lugar.” (AC 3, grifos nossos)*

*“Qualquer coisa que consiga passar para uma especialidade, vai passar para uma especialidade, não fica lá. A maioria pelo menos.” (AC 4, grifos nossos)*

*“Desde que ele tenha o mínimo de suas necessidades supridas, orientadas, e que ele possa a partir dali tomar uma conduta, seja procurar um atendimento de urgência, seja levar o material de curativo que ele precise em casa, tranquilizar quanto a um quadro clínico que possa estar aparecendo hoje.”* (AC 3, grifos nossos)

*“[...] a gente foi resolutivo porque a gente acabou encaminhando ele para o hospital, porque a gente já não teria como tratar dele ali.”* (AC 3, grifos nossos)

*“Se eu souber para onde encaminhar estarei sendo resolutivo também.”* (AC 8, grifos nossos)

As falas colocadas anteriormente sugerem duas questões importantes. A primeira diz respeito à centralidade nas ações médico-curativas. Talvez pelo fato de se posicionarem como médicos, o que lhes é mais natural, mas de cunho conservador. Outra questão diz respeito à percepção de capacidade de resolução dos problemas na APS, pois o encaminhamento para outro ponto de atenção foi exaustivamente citado. Uma das hipóteses é a percepção, a partir da vivência nas unidades de saúde, porém, o próprio pensamento hegemônico hipervaloriza a especialidade, colocando a APS como simples porta de entrada para as especialidades.

Essa forma de organização se remete a uma atenção seletiva, que aborda apenas os problemas mais comuns, com baixa resolubilidade e geralmente dirigida à população de baixa renda.<sup>46</sup> Por outro lado, o suporte especializado, o apoio diagnóstico e a retaguarda de urgência e emergência e hospitalar compõem a rede de atenção à saúde, como forma de garantia de integralidade da atenção.<sup>39</sup>

O Brasil é o único país que assumiu o termo Atenção Básica, como forma de posicionamento do governo brasileiro de resgatar a proposta político-ideológica de Alma-Ata, de caráter universalista e de reorientação do modelo assistencial, apontando a necessidade de envolvimento de outros setores públicos e da sociedade, para a atenção integral,<sup>47</sup> chamada de APS abrangente, que tem a capacidade de resolver até 85% de todos os problemas de saúde.<sup>46</sup>

Esta forma de organização da APS implica em reconhecer os problemas como determinados socialmente. Resolver os problemas de saúde implica, portanto, em ações que superam simplesmente a clínica, em direção as ações integradas de saúde.<sup>44</sup> Exige, portanto, trabalho em equipe e abordagem intersetorial, sendo pertinente a todos os setores da sociedade, o que implica em melhoria das condições de vida.<sup>1</sup>

Um dos entrevistados citou o papel que a enfermagem pode exercer para melhoria da resolubilidade.

*“O serviço de enfermagem no sistema de saúde da família, ele tem uma diferença que ele tem uma autonomia para resolver problema. Ele pode prescrever alguns medicamentos simples, sintomático, pode dar encaminhamento.”* (AC 6, grifos nossos)

Ainda que se constitua num elemento importante, este protagonismo da enfermagem apenas foi evidenciado no âmbito curativo. O enfoque biomédico se confirma quando cita o papel do médico na rotina da unidade.

*“Se for uma doença eu prescrevo um tratamento, se ele precisar de um atestado ou um declaração para a previdência social eu faço para ele também.”* (AC 6, grifos nossos)

Uma das questões levantadas que permite um olhar mais abrangente diz respeito à possibilidade de conhecer o paciente e seus problemas ao longo do tempo:

*“Eu acho que a resolubilidade vem de um conceito que é o da demora permitida, ou seja, você pode ver esse paciente em breve, conforme for a necessidade dele, e em um segundo, terceiro ou quarto contato tu vê outras necessidades que não seriam reveladas antes.”* (AC 10, grifos nossos)

Esta fala aponta o olhar para o cuidado integral e longitudinal, que olha para “outras necessidades” e supera a lógica de sinais e sintomas.

A capacidade de gerenciar retornos permite utilizar a demora permitida de modo eficiente, contribuindo para estabelecer vínculos, a partir da longitudinalidade das ações assistenciais e aumentar a resolutividade.<sup>48</sup>

Dessa forma, os entrevistados ainda que tenham citado na categoria responsabilização de outras ações, quando indagados sobre a resolubilidade na APS, se mostraram bastante conservadores no que se refere às possibilidades de ações, com forte influência de uma visão biomédica do processo saúde-doença, centrados nas necessidades de acesso ao médico, não evidenciando o trabalho interdisciplinar, a intersetorialidade, as ações integradas de saúde como forma de potencializar a resolução dos problemas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa demonstraram que o modelo biomédico ainda permanece fortemente enraizado tanto nos espaços de formação quanto de atenção à saúde.

O acolhimento nos seus diversos aspectos, vistos aqui como possibilidade de mudança do modelo de atenção, aponta para a aproximação de uma mudança de olhar para

a prática sanitária em direção à integralidade. Eles aparecem em forma de discurso ou crítica, porém, ainda de forma desordenada.

O acolhimento se não pensado de forma orgânica, como reorganização do processo de trabalho e como postura ética e transformadora, e assim, considerando a facilitação do acesso, a prática humanizada, o vínculo necessário com as pessoas e comunidade, a escuta qualificada, a responsabilização sanitária da equipe com os indicadores de saúde (resolubilidade) terá pouca potência de mudar o modelo de atenção.

Os cenários de prática, que também são cenários de atenção, carregam dupla responsabilidade: a primeira que é atender as necessidades de saúde da população e as diretrizes do sistema nacional de saúde, e a segunda que é consequente a esta prática, de formar recursos humanos adequados às necessidades de saúde da população e do sistema nacional de saúde, uma vez que o aprendizado se dá, a partir da prática, como ficou evidenciado no estudo. Portanto, é necessária uma profunda reflexão e crítica, para que a integração ensino-serviço carregue esta responsabilidade de formação e atenção.

Ressalta-se que este estudo foi realizado em um contexto próprio de integração ensino-serviço, e ainda que dialogue com as políticas nacionais e literatura, apresenta limitações, não podendo servir para generalizações, mas se presta a contribuir com a discussão da formação em saúde e com a consolidação do SUS.

O acolhimento segue ainda como um desafio na realidade de formação e atuação dos profissionais de saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006; 35(4).
2. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo Biomédico? Saúde e Sociedade. 2002; 11(1):67-84.
3. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32(4):492-9.
4. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. 2009 jun.; 33(2):262-70.

5. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2008; 18(4):625-44.
6. Brasil. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. (CONASS Documenta; 18). Brasília: CONASS; 2009. 100 p.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
8. Brasil. Leinº8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Casa Civil. 1990; [Citado 2016 abr. 08]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>.
9. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
10. Brasil. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – material de apoio. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Org.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
12. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na Atenção Primária: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(Suppl 1):S100-S10.
13. Gomes GP, Moulaz ALS, Pereira DL, Sá GB, Chaveiro ND, Santos TR. A análise do acolhimento na perspectiva das equipes de saúde da família e dos usuários no Centro de Saúde da Família 04 do Riacho Fundo II. Rev APS. 2014 jul./set.; 17(3):325-33.
14. Neves JL. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de Pesquisas em Administração. São Paulo. 2º sem. 1996; 1(3):1-5.
15. Goldim JR. Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde. Porto Alegre: da Casa; 1997.
16. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
18. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008 jan./mar.; 11(1):74-84.
19. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde, Santa Maria*. 2008; 34a(1-2):37-43.
20. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2):144-9.
21. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. 2015 abr./jun.; 39(105):514-24.
22. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 28 p.
23. Silva RMV, Fracolli LA, Zoboli ELCP. O acolhimento no PSF: da proposta teórica para a operacionalização na prática. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(Suppl.1):245-6.
24. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 56 p.
25. Oliveira A, Neto JCS, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(27):749-62.
26. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
27. Brasil. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
28. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 290 p.
29. Merhy EE, Magalhães JRHM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
30. Maeyama MA. Os Caminhos do Acolhimento. In: Maeyama MA (Org.). *A Construção do Acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas*. Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas; 2007. p. 46.
31. Cutolo LRA. Estratégia saúde da família: bases conceituais. Texto elaborado para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) (mimeo). Florianópolis: UFSC; 2009.
32. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. A universalidade no SUS: pensamento dos usuários. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 jul./set.; 13(3):500-07.
33. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p.113-26.
34. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunic, Saúde, e Educ*. 2005 mar./ago.; 9(17).
35. Silveira PAF. O acolher Chapecó. In: Franco TB, et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal; 2004.
36. Panizzi M, Franco TB. A implantação do Acolher Chapecó – Reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TB, et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal; 2004.
37. Cutolo LRA. Estilo de pensamento em educação médica – um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC [tese]. Florianópolis: UFSC; 2001.
38. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 10(3):561-71.
39. 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 mar./ago.; 9(17):287-301.
40. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre as

necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

41. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO (Org.). Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

42. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2015 abr./jun.; 39(105):363-74.

43. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO(Org.). Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 29-87.

44. 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; 15:345-53.

45. Maeyama MA, Cutolo LRA. As concepções de saúde e suas ações consequentes. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010; 39(1):89-96.

46. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

47. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

48. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(esp):158-64.

49. Scholze AS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. Rio de Janeiro. 2014 abr./jun.; 9(31):219-26.

---

Submissão: abril de 2016

Aprovação: junho de 2017

---