

ARTIGO ORIGINAL

Conhecer para cuidar: percepção do acolhimento entre usuários e profissionais na experiência do PET-Saúde

Learn to care: perceptions of reception between users and professional of the health-PET Program experience

Jeanne Cunha Santos¹

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE.

Recebido em: 27/04/2012

Aceito em: 03/09/2012

jeannecunha_@hotmail.com

DESCRITORES

Acolhimento
Saúde da família

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O acolhimento é ferramenta necessária para promover mudança no processo de trabalho em saúde, construir laços capazes de manter a relação terapêutica, garantir qualidade de acesso aos serviços de saúde e promover a autonomia do cidadão. Essa pesquisa teve como objetivo analisar o acolhimento em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família de Recife-PE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados foram coletados através de observação direta e entrevista semi-estruturada aplicado a 11 profissionais e 28 usuários. **Resultados:** Para a maioria dos entrevistados o acolhimento seria instrumento de humanização concretizado a partir da formação do vínculo, da organização do processo de trabalho, da gestão participativa e da qualidade do acesso oferecido pelo serviço. **Conclusão:** Conclui-se que o acolhimento pode ser considerado uma nova tecnologia do cuidado no âmbito da saúde, já que contempla toda a estrutura organizacional e filosófica da Estratégia de Saúde da Família, fazendo-se necessário uma participação ativa e efetiva de todas as categorias profissionais para sua concretização na prática.

ABSTRACT

Background and Objectives: The host is a necessary tool to promote changes in the in health work process, building capable links of maintaining the the citizens therapeutic relationship, ensuring quality of access to health services and promote the autonomy. This study aimed to examine health care from the perspective of users and health professionals from a Family Health Unit of Recife, city. **Method:** This is a descriptive, qualitative technique using the Collective Subject Discourse. Data were collected through direct observation and semi structured interviews applied to 11 professionals and 28 users. **Results:** For the majority of respondents would welcome the tool of humanization accomplished through the formation of the bond, the organization of the work process, participatory management and quality of access offered by the service. **Conclusion:** We conclude that the host can be considered a new technology in health care, as viewing all of the organizational structure and philosophy of the Family Health Strategy, making it necessary to participate actively and effectively in all occupational categories for its realization in practice.

KEYWORDS

Home
Family Health Strategy

INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal de 1988, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) e define seus princípios e diretrizes, de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular; a saúde torna-se direito de todos e dever do estado¹.

Em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) passa a ser a porta de entrada do SUS, ou seja, a ponta que une os serviços de média e alta complexidade. O Ministério da Saúde (MS) aposta no acolhimento e formação de vínculos entre profissional de saúde e a comunidade para tornar efetivos os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que tange à integralidade².

Neste parâmetro o Programa de Educação pelo trabalho na Saúde (PET-Saúde), tem como objetivo promover vivências que permitam aos acadêmicos da saúde, serviço social e psicologia compreender a lógica do SUS e suas necessidades, de forma a construir um raciocínio crítico, que leve a implementar os serviços em saúde e torná-los capacitados para enfrentar a futura realidade profissional.

Esse programa não traz apenas benefícios aos acadêmicos, mas proporciona a reaproximação dos profissionais à academia, permitindo educação continuada e uma visão ampla das dificuldades vivenciadas no dia-a-dia do serviço, o PET-Saúde objetiva também promover melhorias não só no atendimento profissional-usuário, mas um enriquecimento pessoal do profissional.

O que se observa na teoria é a importância do acolhimento como ferramenta necessária para promover mudança na organização do processo de trabalho, construir laços capazes de manter a relação terapêutica, garantir acessibilidade e qualidade de acesso aos serviços de saúde promovendo a autonomia do sujeito enquanto cidadão, portador de direitos e deveres e participante ativo no processo de produção de saúde.

Essa problemática inquietante despertou o interesse de se observar na prática, a possibilidade do acolhimento ser considerado uma nova tecnologia de trabalho no âmbito da saúde, e como tecnologia leve seja, portanto, capaz de despertar um novo olhar para o cuidado e no modo de fazer saúde, transformando às pessoas de objetos a sujeitos protagonistas do cuidado.

Diante disso e de acordo com os princípios e diretrizes que o SUS preconiza, faz-se necessário uma análise do acolhimento, no trabalho vivo em ato, no que concerne a gestão do cuidado em saúde, para que de fato possamos compreender as reais necessidades do usuário da rede básica de saúde; pressupondo que o acolhimento na prática dos serviços de saúde influencia na relação de vínculo entre o profissional de saúde e os usuários, na organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde da Família (USF), no reconhecimento do usuário como sujeito autônomo e no acesso aos serviços.

Com base nessa hipótese o objetivo geral desse estudo foi analisar o acolhimento dos usuários do SUS confrontando a teoria com a realidade dos serviços, a partir da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde em uma USF de Recife-PE.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte das vivências das acadêmicas em saúde através do PET-Saúde/MS como resultado das atividades desenvolvidas no primeiro ano do PET-Saúde na Universidade Federal de Pernambuco, compreendido entre março de 2009 a abril de 2010.

O referido trabalho foi realizado no período de setembro de 2009 a junho de 2010, em uma USF localizada no distrito sanitário V, em Recife-PE, cadastrado no PET-Saúde e que não possui acolhimento sistematizado.

Trata-se de um estudo descritivo, que ambiciona estimar parâmetros de uma população. É ao mesmo tempo exploratório, uma vez que não se limita ao levantamento de determinadas questões ou situações, mas implicam também em observação, análise, estudo e avaliação que conduza a conclusões sobre o objeto de observação; com abordagem qualitativa, ou seja, com o propósito de compreender os fenômenos na sua totalidade e no contexto em que ocorrem; visando analisar acolhimento aos usuários do SUS confrontando a teoria com a realidade dos serviços, a partir da percepção dos mesmos e dos profissionais de saúde na unidade em estudo³.

Foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre Lefevre, para análise dos resultados e aprofundamento das categorias, já que esta técnica consiste em analisar depoimentos provenientes de questões abertas, agrupando os estratos dos depoimentos de sentido semelhante, para posterior discussão dos resultados sob a forma de discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando⁴.

No referido trabalho não foi extraído as temáticas centrais uma vez que as mesmas emergiram de uma revisão sistemática, feita anteriormente pelas autoras que conduziu os questionamentos utilizados como instrumento de entrevista⁵.

A coleta de dados foi feita através da observação direta por meio de um check-list que conduziu a observação da rotina da unidade, que inclui: visita domiciliar, consultas, campanhas de saúde com a população e reuniões administrativas com todos os profissionais que integram a equipe mínima de saúde da família financiada pelo MS, ou seja, um médico, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, embora a unidade possua outras categorias profissionais. Em relação aos usuários, a observação direta foi realizada nos seguintes momentos: sala de espera, nos consultórios e nos domicílios.

Além da observação direta foi utilizado um formulário de entrevista semi-estruturada, aplicado tanto para os profissionais quanto para os usuários, no qual se utilizou também a técnica de gravação para posterior transcrição dos dados e análise dos resultados.

O formulário da entrevista semi-estruturada foi construído com as temáticas centrais norteadoras que emergiram de um estudo de revisão bibliográfica feito anteriormente pelas autoras. Para os usuários foram feitos os seguintes questionamentos sobre acolhimento: Para você o que é acolher? De que forma você se sente acolhido? Qual profissional que lhe proporciona maior acolhimento e por quê?

Para interligar os resultados outros questionamentos foram levantados para os profissionais. Emergiram os seguintes questionamentos sobre acolhimento: Para você o que é acolher? Para você acolher é importante, por quê? De que maneira você promove o acolhimento? Existem obstáculos para acolher? Quais?

As entrevistas foram realizadas na USF, em ambiente reservado, para evitar viés na pesquisa, pois sendo realizada em domicílio com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) poderia causar constrangimento do entrevistado em responder aos questionamentos.

A amostra referente aos usuários foi definida pela técnica

de saturação dos dados, que é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, o que totalizou 28 usuários⁶. Quanto aos profissionais, a amostra foi de 11 profissionais, composta de: um médico, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde que trata de pesquisas com seres humanos com CAAE 0335.0.172.000-09.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido pelos participantes e assinado o consentimento do qual o mesmo ficou com uma cópia e o pesquisador com outra. Foi assegurada a confidencialidade das fontes de informação, cujos profissionais e usuários tiveram seus nomes preservados, sendo tratados no decorrer da pesquisa por pseudônimos.

RESULTADOS

Foram entrevistados 28 usuários e 11 profissionais no distrito sanitário V em Recife-PE. Entre os usuários a faixa etária variou de 18 a 66 anos. A amostra identificou idades variadas com porcentagem relevante. A faixa etária predominante foi entre 29-39 anos e a menos prevalente foi à faixa etária maior que 62 anos, o que evidencia a mínima demanda espontânea por parte desses idosos à USF em horários não compatíveis com a rotina da unidade para esta classe, já que esses são contemplados com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Entre os usuários, predominou o sexo feminino com 96,4%, o que já era esperado devido ao fato de que a mulher é mais preocupada com a sua saúde e a dos filhos, portanto dedica mais tempo procurando o serviço de saúde. Outro fator identificado na pesquisa e que pode influenciar no dado anterior foi o índice de mulheres donas de casa (46,4%). A baixa escolaridade dos usuários, mostrada na tabela 1, pode ser um reflexo da baixa renda familiar, embora ela não tenha sido contemplada na pesquisa. A maior prevalência de usuários com ensino fundamental incompleto (46,4%), também pode ter refletido na dificuldade que eles apresentaram para responder a entrevista, assim como o tema acolhimento não ter sido alvo de discussões nas reuniões de grupo na unidade em estudo, e, portanto, algo desconhecido pelos usuários.

Dentre os 11 profissionais entrevistados a faixa etária predominante esteve entre 30-45 anos, o que demonstra que esses profissionais não estão inclusos nos extremos de idades, ou seja, não são profissionais recém-formados e nem em fim de carreira.

Em relação a tempo de serviço, 45,4% dos entrevistados estavam entre 2-7 anos. Embora alguns dos entrevistados, profissionais e usuários, tenham referido que tempo não é fator relevante para a formação de vínculo quando comparado com a confiança mútua entre profissionais e usuários, foi evidenciado que a média de tempo de serviço encontrada foi relativamente alta, o que possibilitaria um conhecimento amplo da área adstrita pelos profissionais, favorecendo o entrosamento da equipe multiprofissional da USF, além da formação de vínculo efetivo

Tabela 1. Caracterização dos usuários entrevistados quanto à idade, escolaridade, ocupação e duração da entrevista. Recife, 2010.

Características	N	%
Idade		
18 – 28 anos	5	17,9
29 – 39 anos	9	32,1
40 – 50 anos	7	25
51 – 61 anos	5	17,9
Maior que 62 anos	2	7,1
Sexo		
Feminino	26	96,4
Masculino	1	3,6
Escolaridade		
Analfabeto	5	17,9
Fundamental Incompleto	13	46,4
Fundamental Completo	3	10,7
Médio Incompleto	2	7,1
Médio Completo	5	17,9
Ocupação		
Auxiliar de higiene	1	3,6
Auxiliar de serviços gerais	1	3,6
Comerciante	1	3,6
Desempregado	4	14,3
Doméstica	3	10,7
Dona de casa	13	46,4
Informal	4	14,3
Professora	1	3,6
Duração da Entrevista		
Desistiu da Entrevista	2	7,1
5 – 15 minutos	21	75
16 – 26 minutos	5	17,9

com a comunidade, baseado no grau de confiança como citado pelos entrevistados.

Embora a equipe de saúde da família seja diversificada em relação ao sexo, destaca-se o sexo feminino entre os ACS's, já que 100% deles são do sexo feminino, na unidade em estudo. Quanto ao nível de escolaridade, ensino médio completo é um critério de seleção para o cargo de ACS, porém todos tinham algum tipo de formação a mais somada ao currículo. O que talvez tenha favorecido na facilidade em responder a entrevista, além de relatarem um bom preparo teórico por parte do médico e enfermeiro da unidade, fato esse também observado pelas pesquisadoras.

Quanto aos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista), todos possuíam especialização em saúde da família, além de outras formações atreladas ao currículo. Esse fato é importante já que demonstra um interesse dessa equipe em abranger seus conhecimentos na área em que atuam o que pode favorecer o compromisso com a sua formação sendo, portanto capazes de estabelecerem estratégias para melhoria da assistência no seu serviço.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais entrevistados quanto a idade, tempo de serviço e duração da entrevista. Recife, 2010.

Características	N	%
Idade		
30 – 35 anos	5	45,4
40 – 45 anos	4	36,4
50 – 55 anos	2	18,2
Sexo		
Feminino	10	90,9
Masculino	1	9,1
Tempo de Serviço		
2 – 7 anos	5	45,4
8 – 13 anos	3	27,3
14 – 19 anos	3	27,3
Duração da Entrevista		
10 – 20 minutos	8	72,7
21 – 31 minutos	2	18,2
32 – 42 minutos	1	9,1

USUÁRIO

Quando os usuários foram questionados sobre acolhimento, a maioria teve dificuldade em responder. Um dos motivos foi nunca ter escutado sobre acolhimento na unidade, como relatado anteriormente, porém após as pesquisadoras compararem acolhimento com o acolher em sua própria casa, rapidamente eles discorriam a respeito. Encontramos que acolher para os usuários está diretamente ligado com um bom atendimento, incluindo: educação, atenção, cuidado, resolução dos problemas de saúde e esclarecimento de dúvidas. DSC/U₁: "Eu acho assim, é quando precisar ser bem atendida, receber atenção." DSC/U₂: "Atender bem, ser educado, mandar sentar..." DSC/U₃: "É quando a gente faz tudo pra agradar aquela pessoa e o que for possível." DSC/U₄: "Eu espero que quando eu chegue eles conversem comigo e me escutem."

Também muitos usuários fizeram alusão ao vínculo quando questionados sobre acolhimento, comentando que precisam sentir-se bem acolhidos para que possam voltar à unidade, ou seja, formarem vínculo. DSC/U₁: "É tratar bem, porque se você chega no posto e não é atendido bem, eles querem mais é ver você pelas costas." DSC/U₂: "Quem quer ser tratado mal? Se chega até um animal, se você não tratar bem ele não quer mais saber de você." DSC/U₃: "A pessoa tem que ser conhecida pra gente acolher e também bem próximo da gente."

Os usuários, em sua maioria disseram que se sentiam acolhidos pelos profissionais da unidade, ainda assim 21,4% da amostra responderam que não se sentiam acolhidos. DSC/U₁: "Nem sempre eu fui acolhido, teve vez de eu precisar pegar um remédio e não fui atendida, eu não fui bem atendida e não me senti acolhida... Já teve vez de eu vim aqui com minha mãe passando mal e me responderam: "E eu com isso?" não senti aquele apoio sabe?" DSC/U₂: "eu acho que eu não sou bem acolhida aqui no posto, eu até deixei de vim mais pra cá. Se tivesse médicos especialistas... A reunião de grupo não é aquela coisa, o atendimento demora também."

Em sua maioria, os usuários responderam que se sentem mais acolhidos pela médica. Também uma grande parcela dos usuários entrevistados se referiu ao ACS e ao técnico em enfermagem. Já o enfermeiro não foi citado como protagonista no acolhimento, e

a dentista foi referida por poucos usuários. É importante salientar que embora muitas vezes a comunidade não distinga as categorias profissionais, a referida comunidade soube demonstrar, ao longo dos discursos a distinção das categorias profissionais, em alguns momentos nominando-as.

DSC/U₁: "A médica, porque sempre que eu venho pra ela, ela sempre conversa. Sempre está disposta a me ouvir, me indicar o que deve ser feito, o que não deve... eu sou assim um pouco nervosa, no modo de falar, e ela faz: "Calma! Fale do seu jeito, fale do seu jeito, não se preocupe com nada não". Ela me deixa bem." DSC/U₂: "Com a dentista, eu vou lá conversar com ela e até mesmo na rua se eu encontrar e perguntar: "Doutora você vai tá qual dia no posto?" Então ela não tem esse negócio, já se eu encontrar uma agente de saúde ela diz: "Vá lá no posto que a gente conversa". DSC/U₃: "Com minha agente, ela sempre me procura." DSC/U₄: "A técnica, porque quando eu venho aqui ela me atende muito bem, pra aplicar injeção, eu pergunto: "Você pode aplicar?", ela diz: "Posso"."

PROFISSIONAIS

Em relação aos profissionais, o acolhimento foi citado quanto à boa recepção, o fornecimento de informações, resolutividade dos problemas, valorização do paciente, dedicação ao seu serviço. A partir disso, eles referiram promover o acolhimento fazendo educação em saúde, tentando interagir com o usuário e proporcionando um conforto dentro das possibilidades da unidade. DSC/P₁: "É receber aquela pessoa. Ver as necessidades daquela pessoa e achar uma solução." DSC/P₂: "Acolher é se importar, acolher é ver o outro como uma pessoa, não como um paciente, não como uma parte doente, mas como uma pessoa que precisa de atenção e que veio em busca de atenção." DSC/P₃: "A gente promove o acolhimento respondendo as perguntas mais importantes para o usuário, dando as informações necessárias e na medida do possível tentando resolver o problema que ele trouxe para a unidade." DSC/P₄: "Aqui ainda não tem aquela manhã só com acolhimento como deveria ser, sistematizado. A gente faz acolhimento procurando saber o que o usuário quer. Se tem uma coisa que aqui não faz a gente já encaminha, tenta resolver da forma que for."

Um total de 27,3% dos profissionais relataram que existem obstáculos para o acolhimento, como a dificuldade em atender a demanda espontânea, a necessidade com que o acolhimento seja mútuo e devido às dificuldades nas quais a unidade enfrenta quanto a sua estrutura física, que não favorece um ambiente confortável, acolhedor. 100% dos profissionais disseram que acolher é importante, e assim como os usuários fizeram alusão ao vínculo como consequência do acolhimento. Eles se referiram ao acolhimento como algo necessário para enxergar o indivíduo integralmente.

DISCUSSÃO

Merhy *apud* GOMES; PINHEIRO (2005) refere que o acolhimento se traduz numa relação acolhedora e humanizada que deve ser estabelecida entre o profissional e o usuário⁷. Nesse mesmo estudo, foi evidenciado que acolhimento, segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, significa: atenção, consideração, receber, atender, dar ouvidos, etc. Segundo Coelho e Jorge (2009) o acolhimento seria a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber o usuário na unidade, para que estratégias de cuidado sejam traçadas e as reais exigências do indivíduo sejam contempladas⁸.

Assim como esses autores, o resultado que emergiu sobre acolhimento tanto em relação aos usuários quanto profissionais no presente estudo, evidenciou que o mesmo seria a principal

ferramenta para garantir uma relação humanizada, a partir da formação de vínculo, de uma escuta clínica qualificada, da capacidade de solidariedade da equipe com a necessidade do usuário e da responsabilização mútua sobre o estado de saúde do mesmo. Sendo assim, todos os profissionais concordaram com a importância do acolhimento inserido na prática dos serviços de saúde, referindo promovê-lo principalmente através da educação em saúde e boa receptividade dos usuários dentro das possibilidades da unidade.

A parcela dos usuários que informou não se sentir acolhido pelos profissionais, e dos profissionais que informaram existir obstáculos para acolher, relacionava este sentimento com algum tipo de dificuldade de acesso e/ou organização do processo de trabalho, que ainda a USF enfrenta, embora em suas falas não haja essa co-relação direta, como também evidenciada por Souza; Vilar; Rocha *et. al.* (2008)⁹.

Essa percepção dos usuários pode estar ligada a pouca compreensão sobre a lógica da USF, fato que pode interferir na aplicação do acolhimento sistematizado. Outro problema compartilhado por profissionais e usuários, foi que o serviço de saúde não consegue suprir toda a demanda somado ao fato da USF não possuir um espaço físico acolhedor, e que para haver acolhimento é necessária solidariedade mútua, termina influenciando na qualidade do acesso e na garantia do acolhimento usuário/profissional sentida por eles. Conforme outras pesquisas qualitativas, o acolhimento é de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional que compõem a USF, porém a discussão dos usuários sobre o tema resultou numa relação mais acolhedora por parte do médico e do ACS.

Em relação ao médico, além dos discursos, observou-se na prática pelas pesquisadoras que a preferência pelo profissional médico poderia ser explicada historicamente pelo fato da medicina ter se firmado como profissão pioneira quando relacionado à cura de doenças, embora a ESF queira reverter essa lógica, sabe-se que, para tal fato se consolidar é necessário anos para uma mudança cultural da população. Somado a isso, o perfil curricular e pessoal do profissional médico da unidade em estudo, favorece uma relação acolhedora observado pelas pesquisadoras e reafirmado pelos usuários como um profissional sempre receptivo, capaz de ouvir, solidário, disponível e que consegue atender seus usuários integralmente.

O que justificaria os ACS's terem sido citados pelos usuários seria o fato deles pertencerem a comunidade e irem a busca dos usuários nas visitas domiciliares, facilitando a formação do vínculo e promovendo uma relação humanizada proporcionada pelo acolhimento.

Após uma avaliação dos discursos dos usuários e profissionais, para que o acolhimento seja uma ferramenta facilitadora na organização do processo de saúde e, portanto capaz de reverter à descrença histórica dos profissionais e usuários sobre os serviços públicos de saúde, além do desconhecimento da proposta da USF; é necessário que haja eficácia nas ações dos profissionais de saúde e consequente satisfação dos usuários que buscam o serviço de saúde³.

Embora essa pesquisa não seja de cunho avaliativo, não podemos deixar de lado a importância do acolhimento como parâmetro relevante para avaliação da qualidade da assistência, como evidenciado durante a pesquisa, não só na atenção básica, mas em todas as complexidades do sistema de saúde vigente no Brasil.

É preciso lembrar que o objetivo principal deste trabalho é mostrar a necessidade de se falar em acolhimento, para que se possa considerá-lo uma nova tecnologia do cuidado no âmbito da saúde, como enaltecido no estudo. Partindo do pressuposto de que não se tem como elaborar um plano de cuidado sem acolhimento e assim implantar um acolhimento sistematizado, que seja personalizado, sem a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde sobre esse assunto.

Só após um diagnóstico de área, incentivado por projetos do Ministério da Saúde com o intuito de promover a iniciação dos acadêmicos em saúde, psicologia e serviço social na realidade do SUS; é que foi perceptível o grande desafio da USF em consolidar o que já foi conquistado e de buscar novas práticas e mecanismos inovadores que reafirmem a USF dentro do panorama da saúde pública brasileira.

Sendo assim, e levando em consideração a fala dos diversos autores, citados anteriormente, além dos discursos dos profissionais e usuários inseridos na prática do serviço; o acolhimento torna-se imprescindível para organizar, implementar, sistematizar, coordenar e avaliar as políticas de saúde pública, principalmente no que se refere ao processo de trabalho da unidade de saúde da família e na rede básica como um todo.

Dessa forma, o trabalho em equipe com uma visão multiprofissional, a inclusão de novas categorias profissionais na USF, a qualificação do profissional que está na ponta, o perfil adequado para o trabalho na rede básica de saúde, a educação continuada, a produção de pesquisas que envolvam integralidade, e as experiências desde universitário, do profissional, atrelada às necessidades do SUS e seus usuários, somados, são condições *sine qua non* que contribuirão para o sucesso do Programa de Saúde da Família e enfim para a consolidação do acolhimento na prática. Essa tarefa exige esforço mútuo entre profissionais e usuários, para garantir uma gestão participativa de forma a permitir produzir mudanças significativas na programação e planejamento das ações e serviços do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição Federal de 1988 - Atualizada até a Emenda Constitucional nº 57, de 18/12/2008. 2009. 319 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 10 out. 1996.
3. Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. Boletim da Saúde. 2002;16(2):30-51.
4. Lefevre F, Lefevre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Desdobramentos. Caxias do Sul, Educs 2003.
5. Santos JC, Santos BG, Vasconcelos EMR. Acolher para Cuidar: análise do acolhimento e vínculo no que concerne à Gestão do Cuidado na proposta do PET-Saúde. 2ª Mostra de Saúde Recife/9ª Conferência Nacional de Saúde 2009.
6. Esmeraldo G, Rose OV, Oliveira LC, Sousa KMM. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Rev. APS, 2009. 12(20):119-130.
7. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu). 2005;9(17):287-301.
8. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14(suppl.1):1523-1531.
9. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008;24(suppl.1): 100-110.