

## Acogimiento en las Unidades de Salud de la Familia según el punto de vista de los profesionales

Prof. Rosilene Rocha Palasson Rose; Prof. Elisabete Pimenta Araujo Paz Bete;  
Prof. Maria Helena do Nascimento Souza; Enf. Julio Cesar Pegado Bordignon;  
Enf. Lais Pimenta Ribeiro dos Santos Laís; Enf. Jessica Ferreira da Silva  
Marques; Enf. Natalia Rocha de Oliveira

Escuela de Enfermería "Anna Nery" de la Universidad Federal do Río de Janeiro. Brasil.

---

### RESUMEN

**Introducción:** el Acogimiento no es una cuestión resuelta para profesionales que presentan dificultades en procesos de trabajo, en lo que se refiere a la perspectiva interdisciplinar y a la integración con los demás niveles de atención para viabilizar el sistema de referencia y contra referencia de los usuarios

**Objetivo :** discutir la vivencia del Acogimiento por profesionales de los equipos de salud de la familia.

**Métodos:** investigación descriptiva de abordaje cualitativa, en tres unidades de la Estrategia Salud de la Familia del Municipio Río de Janeiro, de junio a agosto de 2011. Universo conformado por 23 profesionales de salud que fueron entrevistados bajo un guion semiestructurado. El análisis de los testimonios evidenció la presencia de dos categorías: concepción de acogimiento, vivencia del Acogimiento por los profesionales.

**Resultados:** los profesionales poseen una concepción de Acogimiento consonante con la Política Nacional de Humanización, donde el usuario debe tener la primacía de ser atendido luego que llega al servicio, ser bien tratado por todos los profesionales y tener su necesidad respondida. A pesar de esta concepción, quedó evidente que se necesita avanzar en la concepción del Acogimiento como ordenador de los procesos de trabajo, pues persiste la fragmentación en la asistencia prestada, lo que transforma la práctica profesional distante de la integración de las acciones entre los miembros de los equipos y de la interdisciplinariedad como principio de la dirección del trabajo de la Estrategia de la Salud de la Familia.

**Conclusiones:** el acogimiento a los usuarios se mostró incipiente como modelo de respuestas a las demandas, este modelo puede ser mejor cualificado si todos los que de él participan están involucrados con el cambio del atendimento curativo y burocratizado.

**Palabras clave:** programa salud de la familia; acogimiento; relaciones profesional-paciente.

---

## RESUMO

Trata-se de uma investigação do tipo descritiva de abordagem qualitativa que teve por objetivo discutir a vivência do Acolhimento por profissionais das equipes de saúde da família. Os dados foram coletados em três unidades da Estratégia Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2011. A amostra foi constituída por 23 profissionais de saúde que foram entrevistados mediante um roteiro semi-estruturado. A análise dos depoimentos evidenciou a presença de duas categorias: concepção de acolhimento, e vivência do Acolhimento pelos profissionais. Os resultados obtidos nesta investigação permitiram apreender que os profissionais possuem uma concepção de Acolhimento consoante com Política Nacional de Humanização, onde o usuário deve ter a primazia de ser atendido assim que chega ao serviço, ser bem tratado por todos os profissionais e ter a sua necessidade respondida. Porém, apesar desta concepção, ficou evidente que no cotidiano das unidades os profissionais necessitam avançar na concepção do Acolhimento como ordenador dos processos de trabalho das equipes, pois persiste a fragmentação na assistência prestada, o que torna a prática profissional distante da integração das ações entre os membros das equipes e da interdisciplinaridade como princípio norteador do trabalho da Estratégia Saúde da Família.

**Descritores:** programa saúde da família; acolhimento; relações profissional-paciente.

---

## ABSTRACT

It is a case of a descriptive investigation with quality approach, which had as goal to discuss the experience of the Welcoming by professionals from the family health teams. The data were collected from three units of the Family Health Strategy of Rio de Janeiro City, from June to August, 2011. The sample was done with 23 health professionals who were interviewed by using a semi-structured script. The analysis of the testimonials showed the existence of two categories: welcoming conception, and experiencing of the Welcoming by professionals. The results obtained in this investigation allowed apprehending that the professionals have a conception of Welcoming consistent with National Humanization Politics, where the user must have the precedence to be attended as soon as his arrival to the service, be well treated by all the professionals and has his need answered. However, despite of this conception, it became clear that on the day by day of the units, the professionals need to improve the conception of the Welcoming as organizer of the working process of the teams as persists the fragmentation on the given assistance, which makes the practical professional far from the integration of the actions between the team members and the interdisciplinarity as a guiding principle of the work of the Family Health Strategy.

**Key words:** family health program; welcoming; professional-patient relations.

---

## INTRODUCCIÓN

El acogimiento de las necesidades de salud que la población demanda a los profesionales y servicios de atención primaria está siendo pauta de varios intentos de mejora del acceso a los servicios de salud, a partir de Política Nacional de Humanización.<sup>1</sup> El acogimiento como directriz ética y política de la producción en salud es la posibilidad de construcción de vínculos con la población, así como de reorganización de los procesos de trabajo de los profesionales, considerando en la dinámica asistencial a los individuos en su multiplicidad cultural, social y ambiental.<sup>2</sup>

El modelo de acceso a los servicios básicos, pautado en el Acogimiento, no ha sido fácil y homogéneo en nuestro país, principalmente porque los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia todavía presentan dificultades en su proceso de trabajo, que está enraizado en el modelo curativo de atención a los problemas de salud, por lo tanto, de la integralidad de la atención.<sup>3</sup>

El Acogimiento trae en sí una perspectiva relacional, la construcción de vínculos entre profesional y usuario a partir de la escucha atenta y cualificada de la demanda, presuponiendo que los profesionales se pongan en el lugar del otro y actúen resolutivamente por medio de actividades que consideren la mejor utilización de los recursos y la singularidad de las relaciones presentes en la vida de las personas.<sup>4</sup>

Diversos estudios han sido producidos sobre la temática del Acogimiento en la concepción de trabajadores y usuarios, las dificultades relacionadas al acogimiento desvinculado del proceso de trabajo, la necesidad de cualificación de los profesionales, la excesiva demanda de los servicios de la salud y la frágil articulación del Acogimiento con nuevos modos de producir el trabajo en salud.<sup>5-7</sup>

En el contexto de Río de Janeiro, las unidades de salud de la familia han contribuido para ampliar el acceso de la población a los servicios, mejorar la evaluación del riesgo a la salud de los usuarios que comparecen por demanda espontánea y garantizar una asistencia de más calidad y solución. Aunque esta sea la tónica que permea el trabajo de los equipos, el Acogimiento no es una cuestión clara y resuelta para la mayoría de los profesionales que generalmente presentan dificultades en sus procesos de trabajo, en lo que se refiere a la perspectiva interdisciplinar y a la integración con los demás niveles de atención para viabilizar el sistema de referencia y contra referencia de los usuarios.<sup>8</sup>

Delante del expuesto, este artículo tiene como objetivo discutir la vivencia del Acogimiento por profesionales de los equipos de salud de la familia.

## MÉTODOS

Se trata de una investigación descriptiva de abordaje cualitativo desarrollada en tres unidades de la Estrategia Salud de la Familia del Área Programática 3.1 del Municipio de Río de Janeiro, donde actúan docentes y estudiantes de enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro vinculados al Programa Estímulo al Trabajo en Salud-PET SAUDE, propuesto por los Ministerios de la Salud y Educación.<sup>9</sup>

La población del estudio fue compuesta por médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, que actuaban en las unidades anteriormente citadas. Los criterios de inclusión en la investigación fueron: tener actuación profesional en el equipo de más de seis meses y estar participando del Acogimiento en el periodo de colecta de datos.

Fueron excluidos aquellos que se encontraban alejados por licencia médica o vacaciones y los que participaron del estudio piloto. En total participaron de la investigación 23 profesionales.

La colecta de datos fue realizada en el periodo de junio a agosto de 2011, en los turnos de la mañana y de la tarde. Se utilizó un guion semiestructurado de entrevista, elaborado por las autoras y aplicado por las académicas de Enfermería becarios PET SAUDE, debidamente entrenadas por las investigadoras principales. La primera fase constó de un estudio piloto con objetivo de verificar el instrumento de investigación. Después de las debidas adecuaciones, la aplicación del guion fue hecha en forma de entrevista, en la propia unidad, con los profesionales que firmaron el Término de Consentimiento Libre Aclarado (TCLE).

Los testimonios obtenidos en las entrevistas con los profesionales fueron organizados en categorías y analizados con análisis temático de contenido, que constó de las fases de lectura flotante, lectura reflexiva y preanálisis.<sup>10</sup> La identificación de los entrevistados se dio por letras que indican la categoría profesional: "E" – Enfermero, "M" – Médico, y "T" – Técnico de Enfermería, y el número de orden de la entrevista. El estudio fue analizado por el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría Municipal de Salud y Defensa Civil de Río de Janeiro, y aprobado bajo el número 161a/2011.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después del análisis de los testimonios fueron elaboradas dos categorías: concepción de acogimiento, y vivencia del Acogimiento por los profesionales.

### Concepción de Acogimiento

Para los profesionales: Acogimiento por recepción humanizada, atención a las demandas de los usuarios y dar respuestas resolutivas.

*"(...) es tratar bien el paciente, recibir con humanización... él no es una persona extraña caminando en la unidad". (E3)*

*"es la atención al paciente luego que él llega". (TE2)*

*"es la recepción de los pacientes que llegan a la unidad". (M2)*

*"es diferente de la selección (...) acoger es escuchar, es resolver aquella cuestión, marcando una consulta, sea atendiendo la persona, sea encontrando un horario para la persona ser atendida en 24h, o en 48h. Ese acogimiento tiene que ser hecho durante todo el periodo en el cual la clínica está abierta."(M3)*

*"(...) acogimiento es una respuesta para las personas que llegan aquí en el servicio, independiente de que la respuesta sea positiva o negativa, pero que uno acoja a las personas, consiga conversar con ellas para saber qué quieren." (M4)*

*"(...) escuchar el paciente, saber que lo trajo hasta aquí e intentar, de la mejor forma posible, resolver con la ayuda de todo el equipo". (T6)*

*"en mi opinión es acoger la persona cuando ella llega, dar la máxima atención posible y orientar. A veces conseguimos crear, a veces no. A veces solos conseguimos realmente orientar". (T10)*

Para esos profesionales, como concepto orientador de la asistencia, ya está incorporado en el trabajo de los equipos. En este sentido, el modo como los participantes definieron el Acogimiento, aproxima el trabajo de los equipos de la comunidad registrada, pues la estrategia de salud de la familia facilitó el acceso a los profesionales y servicios de salud. La acción de escuchar a la población con atención tiene como objetivo cualificar este acceso y posteriormente el cuidado que será prestado.<sup>11-13</sup>

Escuchar con atención y posibilitar la solución de los problemas por los profesionales fue tema común entre el grupo entrevistado, pues para ellos los usuarios necesitan salir con una respuesta para lo que vinieron buscar en el servicio de salud. Este tipo de posicionamiento evidencia la responsabilidad por el usuario durante su permanencia en la unidad y la preocupación en responder al usuario de forma resolutiva.<sup>5,7,14</sup>

## Vivencia del Acogimiento

En la práctica de las unidades participantes del estudio, el acceso a los profesionales y la posterior atención dependen de la situación traída por los usuarios y de la comprensión de la gravedad de la demanda por los agentes comunitarios, que son generalmente quienes establecen el primer contacto con ellos mismos.

*“... en el caso el ACS acoge, escucha la queja y comenta conmigo, enfermera, o con la médica del equipo (...) , por ejemplo el niño, es atendido en el mismo día si tiene fiebre. Cualquier persona que tenga fiebre es atendida en el mismo día (...) paciente con dolor agudo en el mismo día, ahora, si tiene un dolor crónico, verificado hace más de una semana, marcamos una consulta con urgencia (...) Tuberculosis se atiende en el mismo día. Él ya sale con los medicamentos”. (E3)*

*“El paciente llega y es recibido en un box por el agente comunitario. Cuando el paciente no está sintiendo nada, es recibido, incluido en el sistema y marcada la consulta. Si tiene alguna queja, será pasado para el equipo técnico para evaluación” . (T5)*

*“... lo que entiendo es por lo que los agentes comunitarios dicen... porque ellos son los que están allá. Nosotros no hacemos rotación de acogimiento. El médico no acoge ni la enfermera, pero entiendo que existe una necesidad muy grande de las personas en buscar medicinas, ¿no? Entonces no solo los agentes comunitarios, sino también la enfermera se queda sin poder hacer nada cuando hay mucha demanda en este sentido... cuando solo el médico puede resolver”. (M4)*

*“.... en mi equipo los agentes vienen hasta mí o a la enfermera y dicen: hay un paciente así, con esta determinada queja. ¿Marcaremos o ya lo atendemos? Nuestros agentes no dicen a nadie que se vaya sin preguntarnos como deben actuar”. (M5)*

*“Nuestro equipo montó una tabla de riesgo que define cada agravio por escala, donde hay colores y cada agravio tiene a su lado la manera de proceder. Obviamente hay excepciones, ya que trabajamos con atención primaria (...) sabemos que un determinado paciente, aunque no tenga quejas que necesiten atención inmediata, tenemos que darle a ese paciente una atención especial. Personas con trastornos mentales, ancianos y niños, siempre tienen prioridad en el atendimento”. (M3)*

De acuerdo con los hechos anteriores, el Acogimiento tiene potencia para ordenar el flujo de usuarios que buscan los servicios de salud de atención primaria y debería funcionar como ordenador de la atención de los profesionales de nivel superior y medio de los equipos de salud de la familia, llevándose en consideración que este tipo de acceso a los servicios de salud de atención primaria trae para los equipos perspectivas de oferta de variabilidad de atención profesional, no restringiéndose solamente a la oferta de consultas médicas.<sup>15</sup>

Se puede ver, en los discursos, que el agente comunitario se destaca como el profesional que inicialmente escucha la demanda, pues todos los que llegan a la unidad serán oídos. Sin embargo, la agilidad y la solución quedan comprometidas delante de la necesidad de contar con el médico y el enfermero para el término de la atención, lo

que torna este acceso al servicio de salud burocrático y distante de la lógica de un proceso de trabajo interdisciplinar.

En las palabras de los profesionales se identificó que las quejas y los síntomas que los usuarios presentan dificultan la utilización de los criterios de riesgo que puedan contribuir para la organización del trabajo de los equipos en la Atención Primaria. Un estudio realizado en servicios de salud en tres estados del Noreste, también mostró que en estos espacios hay predominio de estas situaciones, que estimulan al profesional a la resolución de las quejas clínicas en detrimento de no actuar en la identificación de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.<sup>14</sup>

En este sentido, en el proceso de acoger los equipos se encuentran con dificultades como la falta de criterios de la evaluación de la gravedad de las quejas y de comprensión de la vulnerabilidad social, entre otros factores que puedan contribuir para el cuadro clínico del momento. La falta de criterios claros perpetúa el modelo de atendimento basado en quejas y no favorece la práctica del Acogimiento como reorganizador de los procesos de trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia.<sup>16</sup>

Los datos obtenidos en esta investigación permitieron reflexionar acerca de que los profesionales poseen una concepción de Acogimiento consonante con la Política de Humanización, pues queda claro que el usuario debe tener la primacía de ser atendido luego que llega al servicio, ser bien tratado por todos los profesionales y tener su necesidad contestada por la unidad de la salud de la familia.

Pese a que de esta concepción quedó evidente que en el cotidiano de las unidades, los profesionales necesitan avanzar en la concepción del Acogimiento como ordenador de los procesos de trabajo de los equipos, pues persiste la fragmentación en la asistencia prestada, lo que torna la práctica profesional distante de la integración de las acciones entre los miembros de los equipos y de la interdisciplinariedad como principio orientador del trabajo de la estrategia de salud de la familia.

Aunque existan los procesos de expansión de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio, se puede percibir que el acogimiento a los usuarios se mostró incipiente como modelo de respuestas a las demandas con agilidad y solución. Este modelo puede y debe ser mejor cualificado si todos los que de él participan están involucrados con el cambio de la lógica vigente de la atención curativa y burocratizada, en pro de actitudes de diálogo y valoración de la subjetividad de la persona.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Schimith MD, Simon BS, Bretas ACP, Budo MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab Educ Saúde 2011;9(3):479-503.
4. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa de saúde da família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2007;23(1):75-85.
5. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2008;24(Suppl 1):S100-S110.
6. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CEV, Noronha EM. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Rev. APS 2009;12(2):119-130.
7. Marin MJS, Storniolo LV, Moravick MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem 2010;18(4):763-9.
8. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva 2010;(15):3579-86.
9. Brasil. Ministério da Saúde e Educação. Programa de Educação pelo Trabalho nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Edital n.12. Publicado no Diário Oficial da União em 3 de setembro de 2008.
10. Minayo MCS. >O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005;5(4):493-503.
12. Agramonte Del Sol A, Farres VR. Influencia de la gestación del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev Cubana Enfermer. 2010;26(2):14-26.
13. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(3):451-7.



14. Trad LAB, Esperidião MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis* 2010;20(4):1099-117.

15. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva* 2010;15(Supl 3):3615-24.

16. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista APS* 2008;11(1):74-84.

Recibido: 20 de noviembre de 2012.

Aprobado: 21 de agosto de 2015.

*Elisabete Pimenta Araujo Paz*. Rua Ribeiro Guimarães ,35 bl 4 ap 206, CEP 20511-070  
- Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mal: [bete.paz@gmail.com](mailto:bete.paz@gmail.com).