

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JULIO DE MESQUITA FILHO” - UNESP**

Rosana Maria do Vale Barreira Penques

**O ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA NA REGIÃO DE LINS**

BOTUCATU

2011

ROSANA MARIA DO VALE BARREIRA PENQUES

**O ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA NA REGIÃO DE LINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista de Medicina “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria de Lourdes da Silva
Marques Ferreira.

BOTUCATU

2011

DEDICO...

Aos meus pais João e Rosa, em homenagem aos 50 anos de união, exemplos do acolhimento vivo, na sua essência. Sempre preocupados, não poupam esforços para as minhas realizações pessoais e profissionais...

Ao Osmar, vento a impulsionar minhas asas, com seu apoio incondicional, tornou possível a concretização de mais esta conquista. Continuo te amando...

Aos meus filhos Higor e Betiza, pessoas especiais, razão do meu viver, com os quais aprendi que podemos crescer mesmo nas adversidades. A minha bênção...

Aos usuários do SUS, fonte da minha inspiração, que possam um dia serem beneficiados com o fruto deste trabalho...

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A orientadora, Maria de Lourdes da Silva Ferreira Marques, pela cumplicidade e apoio nos momentos difíceis, mas, com sua vivência, paciência e dedicação não me deixou desistir pelo caminho, compreendeu as minhas deficiências. Agradeço pelos ensinamentos, pela solidariedade, pelo exemplo de profissional e mãe zelosa.

A Sophía, menina sabia e feliz, por trazer a pureza e a distração as nossas mentes quando mais precisamos.

Minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTO

A Deus, por estar em mim, sendo eu teu Reino, conduziu-me pela iluminação a esta pesquisa do mundo real, mas, não permitiu que o ego aflorasse em minha mente para que eu desvelasse o que é irreal: o acolhimento – amor.

Aos meus pais João e Rosa, espelhos do meu caráter, por estarem sempre presentes nas etapas da minha vida, apoiando e estendendo as mãos.

Aos meus filhos, Hígor e Betiza, por não compreenderem nada, mas aceitarem tudo: as ausências, lágrimas, o mau humor.

Aos meus irmãos Hayden e Rosilaine, por dividirem comigo momentos alegres e tristes, dando-me a certeza que poderia contar com o apoio e carinho.

Ao meu irmão João Carlos, acolhido pelo cristo, continua me ajudando na sua santidade.

A Sheila, pessoa iluminada, pelo cuidado dispensado a minha família nos momentos mais críticos para nós.

As amigas Paulina, Marílisa, Katia e Iracema, pela amizade verdadeira, pelo prazer de me ver sorrir.

A orientadora Malu, por tudo de bom e importante que aprendi com você, pelo que experienciamos com este trabalho.

Aos professores do mestrado, em especial a professora Carmem Montí e o professor Jairo, pela valiosa colaboração.

*As professoras Sílvia Bocchi e Wílza Carla pelo acolhimento
No início da minha trajetória como mestranda, sempre com
uma palavra de incentivo.*

*Aos enfermeiros das unidades de saúde dos municípios que
foram sujeitos desta pesquisa, por sonharmos juntos na
construção do acolhimento.*

*Ao prefeito municipal de Lins, Professor Engenheiro
Waldemar Sandoli Cadadei, pela dispensa do trabalho, sem a
qual não seria possível concluir este trabalho.*

A secretária municipal de saúde, Cláudia Regina Nunes, pelo apoio a melhoria da qualidade da assistência nas unidades de saúde.

Aos diretores das unidades de saúde, pela compreensão da importância deste trabalho, autorizando as entrevistas.

As articuladoras da atenção básica, Angélica e Laura, pela amizade e informações valiosas para o estudo.

Aos colegas de trabalho do CAPS e NGA, pelo apoio, carinho e interesse pelo meu trabalho.

A Miley e Bernardo, pelo companheirismo e alegria que expressam

A todos que contribuíram direta e indiretamente para esta conquista.

Meu sincero muito obrigado

*“Cuidar do outro é zelar para que esta
diálogoção, esta ação de diálogo eu-tu, seja
libertadora, sinérgica e construtora de
aliança perene de paz e amorização”.*

Leonardo Boff

PENQUES RMVB. O acolhimento sob a percepção dos enfermeiros atenção básica na região de Lins [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista de Medicina “Julio de Mesquita Filho”- UNESP/Botucatu; 2010.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a percepção de enfermeiros sobre acolhimento na atenção básica dos municípios da região de Lins. Optou-se por uma abordagem qualitativa, na vertente da fenomenologia do fenômeno situado. Participaram do estudo 21 enfermeiros, e a entrevista foi estratégia utilizada para obtenção das descrições, por meio da questão norteadora: Qual a sua percepção sobre o acolhimento na Atenção Básica?. Foram elaboradas as seguintes categorias para análise: *falta de investimento, os princípios do SUS, processo de trabalho e as etapas do acolhimento, ação multidisciplinar, integral e preventiva e postura acolhedora*. Na análise identificou-se a necessidade de recursos humanos, físicos e de educação em saúde quanto à falta de investimento. No que se refere à relação dos princípios do SUS com o acolhimento, as diferentes formas de relacionamento do profissional com o usuário, resolubilidade e responsabilidade, envolvimento de gestores, acolhimento com parte integrante do programa nacional de humanização e integralidade nos serviços básicos de saúde. Quanto ao processo de trabalho do enfermeiro, destacou-se a forma de sistematizar a assistência, escuta das necessidades e forma de avaliar a vulnerabilidade. A ação multidisciplinar facilita as ações preventivas e de integralidade e promove orientação, aconselhamento e escuta qualificada. Quanto à postura acolhedora, envolve perfil, importância principalmente na porta de entrada e relacionamento empático. Considera-se que a fenomenologia possibilitou a compreensão da percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento, por meio do desvelamento deste fenômeno na vivência destes sujeitos.

Palavras chaves: Atenção primária à saúde, Acolhimento e Fenomenologia.

PENQUES RMVB. Patient embracement in the perception of primary care nurses in the region of Lins [Master's thesis]. Botucatu: Faculty of Medicine of Botucatu - University Estadual of Medicine "Julio de Mesquita Filho"-UNESP/ Botucatu; 2010.

ABSTRACT

This study aimed at understanding nurses' perception of patient embracement in primary care in cities located in the region of Lins. A qualitative phenomenological approach was used. Twenty-one nurses participated in the study, and interviews were used for description collection by means of the guiding question: What is your perception of patient embracement in Primary Care?. The following categories were designed for analysis: *lack of investment, SUS principles, the work process and embracement phases, multidisciplinary, full and preventive action and embracing attitude*. The analysis identified the need for human, physical and health education resources in relation to lack of investment. With respect to the relationship of SUS principles with embracement, the various forms of relationship between professionals and users, resolubility and responsibility, managers' involvement, embracement as part of the national program for humanization and integrality in primary health care were addressed. Concerning nurses' work process, the forms for systematizing care, listening to needs and forms of evaluating vulnerability are noteworthy. Multidisciplinary action facilitates preventive and integrality actions and promotes qualified orientation, counseling and listening. As concerns the embracing attitude, it involves profile, importance particularly at entrance and empathic relationship. It is considered that phenomenology enabled us to understand nurses' perception concerning embracement by revealing such phenomenon in those subjects' experience.

Key words: Primary Health Care, Embracement and Phenomenology.

PENQUES RMVB.

La acogida bajo la percepción de los enfermeros de la atención básica en la región de Lins

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender la percepción de enfermeros sobre la acogida en la atención básica de los municipios de la región de Lins, São Paulo, Brasil. Se optó por un enfoque cualitativo, en la vertiente de la fenomenología del fenómeno situado. Participaron en el estudio 21 enfermeros. La entrevista fue la estrategia utilizada para obtener las descripciones utilizando la pregunta guía: ¿Cuál es su percepción de la acogida en la Atención Básica? Se elaboraron las siguientes categorías para análisis: *falta de inversión, los principios del SUS, proceso de trabajo y las etapas de la acogida, acción multidisciplinar, integral y preventiva y postura acogedora*. En el análisis se identificó la necesidad de recursos humanos, físicos y de educación en salud en cuanto a la falta de inversión. En lo que se refiere a la relación de los principios del SUS con la acogida, se notaron las diferentes formas de relación del profesional con el usuario, la resolubilidad y responsabilidad, la participación de gestores, la acogida con parte integrante del programa nacional de humanización y la integralidad en los servicios básicos de salud. En cuanto al proceso de trabajo del enfermero, se destacaron la forma de sistematizar la asistencia, la escucha de las necesidades y la forma de evaluar la vulnerabilidad. La acción multidisciplinar facilita las acciones preventivas y de integralidad y promueve orientación, asesoría y escucha cualificada. Ya la postura acogedora involucra perfil, importante sobre todo a la puerta de ingreso, y una relación empática. Se considera que la fenomenología ha posibilitado la comprensión de la percepción de los enfermeros acerca de la acogida por medio del desvelo de este fenómeno en la vivencia de estos sujetos.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud, Acogida y Fenomenología.

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APRESENTAÇÃO.....	14
1. REVISANDO A LITERATURA.....	17
1.1 Acolhimento.....	17
1.1.1 Tecnologia leve.....	22
1.2 Acolhimento e humanização.....	23
1.3 Acolhimento e acesso.....	26
1.4 Acolhimento e vínculo.....	29
1.5 Acolhimento e o processo de trabalho.....	31
2. OBJETIVO.....	33
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA NA PESQUISA.....	33
3.1 A escolha da trajetória metodológica.....	33
3.2 A fenomenologia como vertente fenomenológica.....	33
3.3 O método fenomenológico na pesquisa.....	37
3.3.1 Caracterização da região de estudo.....	37
3.3.2 Delimitando a região de inquérito e o fenômeno situado.....	38
3.3.3 Procedimentos éticos.....	39
3.3.4 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	40
Figura 1- Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.....	42
Figura 2- Distribuição dos enfermeiros segundo o gênero.....	42
Figura 3- Distribuição dos enfermeiros segundo o estado civil.....	43
Figura 4- Distribuição dos enfermeiros a formação complementar.....	43
Figura 5- Distribuição dos enfermeiros tempo de serviço na AB.....	44
Figura 6- Distribuição dos enfermeiros segundo a atuação.....	44
3.4 Análise do fenômeno	45
4. CONSTRUINDO RESULTADOS.....	47
4.1 Análise idiográfica.....	47
4.2 Análise do fenômeno – A percepção dos enfermeiros sobre acolhiment	48
4.3 Análise nomotética.....	114
4.4.1 Quadro 1.....	114

4.4 Convergências, divergências e idiossincrasias.....	116
4.5 Constituição das categorias concretas do vivido.....	116
4.6 Construção das categorias concretas do vivido.....	118
4.6.1 Quadro 2.....	157
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS.....	161
ANEXOS.....	169

APRESENTAÇÃO

A aproximação com o tema acolhimento ocorreu antes da minha formação profissional, filha de farmacêutico e mãe com perfil de líder de comunidade, tive a oportunidade de conviver com as pessoas e ver a forma como eram atendidas na comunidade. Assim, de modo simples, o acolhimento na minha concepção era dar atenção, ter respeito atender a qualquer dia ou horário. Na graduação do curso de enfermagem e obstetrícia com foco hospitalocêntrico, assistencial e curativa me possibilitou uma maior reflexão sobre o acolhimento.

Contudo, foi no início da minha trajetória profissional que retomei o contato com o tema ao trabalhar no hospital psiquiátrico e ter vivenciado a forma desumana como eram tratados os pacientes com transtornos mentais. Concomitantemente, neste período ministrei aulas no curso técnico de enfermagem, e percebia o conteúdo técnico teórico distante da realidade de uma prática acolhedora.

Logo, ingressei no serviço público estadual no setor de vigilância epidemiológica, com funções burocráticas e normatizadas e permaneci distante da assistência.

Em julho de 2000 iniciei o meu trabalho na atenção básica do município de Lins com cargo de direção da Unidade básica de saúde (UBS) – CAIC por quatro anos. Após este período trabalhei em mais duas UBS tradicionais localizadas na periferia, com várias necessidades e demandas e pude vivenciar os conflitos entre o desejo da população e o que os serviços de saúde ofereciam, vivenciei também as dificuldades dos usuários relacionadas ao acesso, as filas, a falta de responsabilização e acolhimento.

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lins por meio de circular direcionado as Unidades Básicas de Saúde e aos serviços de Urgência e emergência, descrevia a forma de acolher, vincular e humanizar a assistência na rede de saúde, porém, sem mudanças significativas.

Neste período fui designada ao setor saúde coletiva da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lins e tive a oportunidade de conhecer os programas de saúde existentes e participar da implantação de outros programas.

Com o advento do Curso de Formação para Tutores da Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde- SUS, realizado em Bauru pelo Pólo Sudoeste Paulista de Educação Permanente em Saúde, foi possível vislumbrar estratégias para um novo modelo de atenção básica pautado nas necessidades de saúde da população.

Durante o desenvolvimento deste curso foi aplicado um questionário aos alunos-profissionais denominado “Roteiro para o olhar” com questões relacionadas ao acesso, atendimento e acolhimento dos serviços básicos de saúde, ao observar o usuário sendo atendido na unidade. E para o usuário, trabalhadores e gestores das UBS, estes responderam um “Roteiro para a escuta”.

Uma vez tendo em mãos os problemas referentes ao atendimento do usuário, o curso possibilitou a elaboração de um projeto de intervenção, priorizando ações humanizadoras no cuidado ao usuário na Atenção Básica. A partir do conhecimento e da vivência da real situação do acolhimento em saúde do município de Lins, elaborou-se o projeto denominado “Acolhe Lins”, com a finalidade de implementar projeto com escuta qualificada nas Unidades Básicas de Saúde.

Quando na implantação, como todo processo de mudança, o primeiro problema detectado foi à resistência dos trabalhadores que acreditavam acolher o usuário em

suas ações de saúde e que o acolhimento relacionava-se diretamente a um pronto atendimento.

Assim, no desenvolvimento do projeto Acolhe Lins surgiram problemas relacionados às filas no período da manhã para a escuta qualificada, falta de equipe para acolher em período integral da unidade, ausência de privacidade para o usuário com atendimento de várias pessoas no mesmo ambiente e dificuldade para agendamento de consulta médica.

Com os problemas resultantes da implantação do projeto, encontrou-se dificuldades para a manutenção do acolhimento nas unidades de Lins, decidindo-se então manter as atividades apenas na UBS - Ribeiro como projeto piloto. Para a operacionalização, acrescentou-se o atendimento noturno nesta unidade.

Nesta tentativa de acertos na implantação do acolhimento, a partir de 2009, em meio às mudanças na política e a persistência dos problemas já conhecidos, as consultas passaram a ser agendadas por telefone.

Atuando na atenção básica e refletindo sobre as ações de saúde, percebo que os problemas relacionados ao acesso, humanização e acolhimento persistem e assim decidi ouvir os enfermeiros quanto a percepção sobre acolhimento na atenção básica dos municípios da região de Lins, para compreender a dificuldade de implantação do acolhimento.

1 REVISANDO A LITERATURA

1.1 ACOLHIMENTO

O Sistema Único de Saúde – SUS comemorou vinte anos de existência em meio a muitas conquistas e desafios enfrentados para que de fato se estabeleça enquanto SUS na elaboração e implementação do sistema. Dentre os desafios, apresenta-se a construção de um modelo de atenção à saúde capaz de desenvolver ações que atendam as necessidades de saúde da população, garantindo o acesso universal aos serviços e a oferta de atenção integral, de qualidade e com resolubilidade.¹

O acolhimento como postura, são atitudes de amparo, hospitalidade e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde implicam em atendimento com resolubilidade e responsabilização. Favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a legitimação do sistema público de saúde. Possibilitam ainda, avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial “da e para” a população brasileira.²

Compreender a importância do acolhimento nas práticas de saúde perpassa pela própria definição semântica da palavra, que é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber e atender, mas, quando se analisa interação trabalhador-usuário, seu sentido extrapola essa definição, pois, envolve uma escuta qualificada das necessidades e expectativas de quem procura o serviço público de saúde.³

Para acolher o usuário no serviço se faz necessária atitude proporcional com garantia de escuta qualificada das demandas com o objetivo de oferecer atendimento de qualidade por meio de tecnologias. ⁴

Sobretudo, o acolhimento na “porta de entrada” é uma estratégia que vem sendo utilizada por alguns serviços de saúde para melhorar o acesso do usuário. Essa nova visão da porta de entrada não mais tem a função de barrar e limitar o atendimento, mas sim responder aos problemas que aparecem de forma criativa. ⁴

O acolhimento é um processo que implica em ações que possibilite o acesso às pessoas desde a “porta de entrada”, bem como ao agendamento das consultas e a programação de serviços. O acolhimento na porta de entrada marca o início do acolhimento nos processos de saúde. ³

Desse modo, o fluxo de entrada não mais se processaria sempre na mesma direção, agendado as consultas para os médicos de todos os usuários que chegam ao serviço, uma vez que todos os trabalhadores da unidade de saúde participam e se responsabilizam pela solução dos problemas dos usuários. ^{2,5}

No entanto, as ações de respostas ao atendimento do acolhimento não devem ser restritas ao problema da recepção da demanda espontânea tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na “porta de entrada” só ganha sentido se entende-se-lo como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. ⁵

Consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Ter acolhimento nos serviços de

saúde implica em postura acolhedora, de escuta, capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, responsabilizando-se com a saúde dos indivíduos e a construção necessária de vínculos entre profissionais e população.

O fazer em saúde, seja nas relações interpessoais (dos profissionais com os usuários e dos profissionais entre si) seja no diagnóstico e terapêutica; passa a ser o resultado da complementação dos saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias. A escuta dos usuários, diagnóstico e prescrição, realização de procedimentos, e o ato de ministrar cuidados, não se dariam em operações isoladas e desarticuladas, mas como resultado da integração das atividades e da parceria de todas as categorias.^{5, 6}

Assim, a abordagem do acolhimento diz respeito ao acesso e a acessibilidade, responsabilidade, ao vínculo, perspectivas religiosas, psiquiátricas e da organização de serviços de saúde, passa pela solidariedade, pelo respeito para com o outro, pela definição de termos como acolhida e acolhimento, trata dos problemas e os caminhos de atuação para solucioná-los. Outros aspectos relacionados a ele são a plasticidade das ações, os recursos disponíveis, a organização e a dinâmica do trabalho, ao espaço físico e as formas de comunicação.⁷

Tendo o entendimento que o acolhimento no Serviço Público de Saúde é ponto chave dentro de todo o processo para construir um vínculo de compromisso e segurança deve ser o primeiro contato do profissional com o usuário deste sistema. Também, possibilita avanços na aliança entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores da saúde, delineando uma política pública de atenção à Saúde essencial e humanizada para a população.

O processo de trabalho em saúde dizem respeito a uma coletividade (trabalhadores de saúde, gestores, formadores e comunidade) e por isso deve ser cooperativo.

Delineiam-se numa rede de relações que exige do profissional interação dialógica permanente com comunidade e equipe de saúde. Desta forma é pertinente dizer que o cuidado, é uma necessidade imperativa no trabalho em saúde. Pois é no emaranhado destes relacionamentos que nascem os questionamentos, para que dentro da ética e do bom senso possa ser criada a práticas de trabalho na saúde pública e contribuir com o processo de autonomia do indivíduo. Afirma-se então que as práticas de acolhimento são elementos que promovem a pessoa e reafirmam a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

A concepção de saúde e de ser humano implicam diretamente na visão do profissional de saúde sobre o acolhimento: "se posicionam frente ao lema "Saúde como direito de todos e de cidadania, por meio dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e acesso". ⁷ (p. 21).

Para dar corpo à idéia de que o trabalhador em saúde precisa ser um profissional flexível. Que veja no trabalho coletivo saídas para o bom desempenho das atividades do dia-a-dia, tornando assim o espaço da unidade pública de saúde uma linha acessível de ingresso ao atendimento, faz menção ao atendimento humanizado e a participação efetiva do usuário. ^{4,8} (p. 34)

[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários. (MERHY, 1997, p. 119)

O acolhimento representa a possibilidade de ampliação do acesso dos usuários aos serviços do sistema de saúde pública, promovendo qualidade de vida e

reflexão sobre a universalidade no cuidar e a dimensão da governabilidade das equipes. (p.36)

O acolhimento como um evento que deveria ser praticado por todos os profissionais de saúde atuantes dentro da unidade de saúde pública, haja vista, que o acolhimento não se restringe ao fazer clínico, mas engloba a dimensão humana e social, talvez sejam estas duas ultimas as dimensões mais sensíveis, entendendo que o acolhimento se constitui em uma prática da ESF, pois, acolher, embora incorpora a dimensão clínica, mas não se restringe a ela. Assim, trabalhadores que não operam, no cotidiano de seu trabalho, com o saber clínico podem realizar acolhimento, ainda que para essa atuação precise de algumas discussões, na equipe, dos casos acolhidos. Neste sentido, a inserção do profissional médico nessa atividade não deve limitar-se á retaguarda. ⁹ (p. 146).

Torna-se importante a unidade da equipe como organizadora do processo de acolhimento para humanização da práxis do profissional de saúde. O acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de norteador, identificando demandas dos usuários e a partir dessas necessidades, reorganizando o serviço. As atividades de acolhimento teriam objetivo de ampliar e qualificar o acesso dos usuários, com atendimento humanizado e impulsionar a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. ¹⁰

O acolhimento tem que avançar no sentido de sair das relações rotineiras de trabalho (assistencialismo) meramente burocrático para incorporar-se no sistema de atendimento como forma facilitadora na promoção do bem estar físico, mental e social do usuário do sistema público de saúde. ^{11,12}

Como um ato de diálogo, o profissional de saúde deve tratar o usuário como um ser total, indissociável das suas características, buscando a integralidade na

atenção e no cuidado à saúde. Em síntese, o acolhimento-diálogo corresponde a uma regra geral de comunicação entre usuários, profissionais e gestores. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade de assistência.¹³

É dessa forma, que o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na dinâmica organizacional, resultando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial, que são, em última instância, o resultado do que se passa e das decisões tomadas num encontro pautado pelas disposições “morais” e “cognitivas”. Trata-se rigorosamente de técnica de conversa, diálogo orientado pela busca de maior “ciência” das necessidades do usuário, bem como das possibilidades e dos modos de satisfazê-las.¹³

Assim como as técnicas de conversa e acolhimento – diálogo no encontro trabalhador – usuário são defendidas como tecnologia leve no processo de trabalho, descrevemos algumas considerações sobre o assunto.

1.1.1 TECNOLOGIA LEVE

As tecnologias leves são tecnologias voltadas às relações, entendidas como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão dos processos de trabalho. Os usos das tecnologias leves influenciam de maneira qualitativa os processos gerenciais da equipe e beneficiam o usuário no cuidado.

As tecnologias leves beneficiam de forma qualitativa o acolhimento, porém é na ação sensível do enfermeiro que se identifica o dinamismo da ferramenta quando utilizada e dela extraído o melhor para sua práxis cotidiana.¹⁴

Para a concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias dentre elas as tecnologias leves que referem-se as tecnologias

de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho .¹⁴

Sendo o acolhimento uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, julga-se necessárias algumas considerações acerca da temática.

1.2 ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

Com base na ideologia do acolhimento, foi proposta há alguns anos no SUS a Política Nacional de Humanização (PNH) focada em três objetivos:

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, conselhos de saúde e organizações da sociedade civil;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Em contrapartida, o SUS dentro de sua gestão política espera que esses macro-objetivos se reflitam na redução de filas e tempo de espera, por meio da ampliação de acesso, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços, razão final de todo o processo ora implantado.

No campo da saúde, humanização diz respeito à proposta ética, estética e política. Ética porque implica em mudanças de atitudes dos usuários, gestores e

trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética porque se refere ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede SUS.¹⁵

O tema humanização compreende uma série de elementos que nos remetem à pessoa humana, sendo esta entendida como sujeito nesse processo de atendimento do sistema público de saúde. Nessa ótica o profissional deve sentir-se humano e entender o outro (paciente), também como humano e estabelecer relações sujeito/sujeito, manifestando sua sensibilidade, criando empatia, para que a prática de atendimento seja ato completo.

Humanizar é dar atendimento e condições dignas ao cidadão que procura os serviços do Sistema Público de Saúde com tratamento respeitoso, acolhedor, ágil e facilitador que proporcione bem estar ao usuário e dignifique sua personalidade.¹⁶

junto ao usuário, o trabalhador e gestor devem ser valorizados no processo de produção de saúde. Assim são consideradas a autonomia e protagonismo destes sujeitos, bem como a co-responsabilidade, criação de vínculos e processo de gestão coletivo.¹⁶

A marca mais visível da humanização é a redução das filas e o atendimento resolutivo, mas para que essa práxis seja realmente adotada em todo o sistema é necessário que seja implementado um novo atendimento.

A organização da espera ao atendimento deve ser substituída por um modo facilitador, pois o modelo que utilizado atualmente é desorganizado e não facilita das ações do profissional e usuário.¹⁶

Esta substituição deve priorizar o estado clínico dos usuários, utilizando os critérios de avaliação e classificação de risco, o que torna possível enfrentar o problema das filas favorecendo quem, no momento, possui risco maior em função do seu sofrimento.¹⁶

A Humanização no sistema público de saúde enfatiza que não se deve excluir do balanço humanizador, os profissionais que compõem a classe trabalhadora de saúde. Além disso, dá ênfase na comunicação como primeira via de construção desse processo. Leva também a refletir sobre a práxis humanitária e suas implicações no bem estar do paciente e na forma de amenizar a fragilidade e enfrentar a instabilidade a que são submetidos, até pela própria natureza humana.¹⁷

O exercício profissional permeado por atitudes humanitárias prevê a necessidade de uma percepção sobre toda a rede de relações que se estabelecem no interior das instituições de saúde, entre os mais diversos setores que compõem as instituições, além, da relação humanitária em relação aos usuários. Este dado evidencia que a proposta da humanização para que não se limite ao atendimento humanizado, que tem como referência o paciente e seus familiares. Estes buscam, junto às Instituições de saúde, soluções e conforto para seus problemas de saúde; porém, a humanização deve constituir prática a ser exercida em benefício dos destinatários e trabalhadores, sujeitos, que integrantes destas instituições.

O atendimento humanizado não deve estar limitado a atos práticos inerentes aos cuidados à saúde, de forma vertical. Mas sim, deve haver proximidade entre profissional e paciente, sujeitos e destinatários de relações e ações humanizadas, caracterizando relacionamento horizontal.

A discussão sobre as possibilidades e limites das proposições humanizadoras na área da saúde, cujo estudo aborda o conceito de "reificação", explicação da

determinação do processo de estranhamento do homem com o mundo que o rodeia e das "necessidades radicais" como substituto de um humanismo tradicionalista para uma práxis transformadora. É a partir dessas concepções, que os autores refletem sobre as dificuldades e contribuições do movimento pela humanização, colocando em ênfase a interdependência e os limites das mudanças setoriais na área da saúde frente às concepções e valores da sociedade. Assim, ao refletirem sobre críticas gerais da sociedade e dificuldades enfrentadas diariamente nos serviços públicos de saúde, sugerem uma diretriz da humanização diferentes daquela já existente, pautada na gestão de qualidade total.¹⁸

Sugere-se, então, numa aproximação esquemática ao tema da qualidade e dos modelos gerenciais pela qualidade, que, a depender da visão de mundo sob a qual são analisados, pode-se compreendê-los como uma busca fenomenológica de uma resposta ética ao consumidor, num plano mercadológico; ou como a definição de normas de um padrão-ouro no uso da técnica; ou, ainda, pelo prisma de uma visão contra-hegemônica, buscar criticamente os significados desses temas na relação com a totalidade concreta revelando seus interesses mais profundos, inseridos nos próprios impasses da produção e reprodução do sistema social. (PUCCINI & CECÍLIO, 2004).

1.3 ACOLHIMENTO E ACESSO

A importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da práxis do processo de trabalho, considerando a importância de várias dimensões como a geográfica, sócio-econômicos entre outras. Para o SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, sendo a proposta de acolhimento vista neste contexto como diretriz operacional dos serviços de saúde.

O acolhimento como sendo uma diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de argüir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade dos serviços quanto à recepção dos usuários, localidade, circunstâncias, finalidade e resultados. o acolhimento, é ponto fundamental para o acesso dos usuários à saúde pública, assim, torna-se necessária

a qualificação dos profissionais para que estejam preparados nas ações de acolher.

19

O acolhimento pensado como dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica, exige a capacitação dos trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. É um processo que demanda a responsabilidade dos trabalhadores para intervir na realidade, no território de atuação, para diagnosticar as necessidades de saúde, e assim, buscar uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde individual e coletiva. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a mediação constante de conflitos diariamente. Nos serviços de saúde nos leva a refletir sobre a expressividade que o acolhimento tem dentro da unidade básica de saúde, como porta de acesso aos serviços prestados.

Acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. (SOUZA et al, 2008).

Acolhimento e acessibilidade partindo da ótica do usuário do sistema público de saúde foram suscitados como importante para o bom andamento dos serviços prestados e ainda, como formador de vínculos entre operadores do sistema e usuários.²⁰

O acolhimento relaciona-se ao vínculo estabelecido entre usuários e o sistema de saúde, resolubilidade no atendimento e adequação das ações no cuidado, pautada nas necessidades do usuário. Refere-se à primeira etapa a ser atendimento do usuário no serviço público de saúde, etapa esta, de grande importância que podendo influenciar na escolha da unidade de saúde.

A partir das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais no atendimento é que surge o acolhimento e está ligado ao leque de recursos disponíveis para a solução dos problemas. O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e pode constituir – se em diretriz para o modelo de atenção centrado no usuário, tornando-se assim, tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia dos princípios da universalidade do acesso, resolubilidade e humanização nas ações de saúde. ²⁰

O acolhimento é elemento essencial no atendimento em saúde pública, destacando as facilidades e dificuldades do acesso geográfico econômico e funcional. a qualificação dos profissionais envolvidos no atendimento promove a acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos nas unidades. ²¹

Há inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde em relação ao acesso e acolhimento, dentre eles serviços com ambientes que não dispõem de sala de espera, outros com um local adequado para a espera, mas, não encontram soluções para o término das filas, estas quando a demanda é reprimida são comercializadas.

Dentre os inúmeros problemas pode haver condições físicas boas e a vontade do bom atendimento, mas inexistente qualificação adequada dos funcionários. Ou, ainda haver um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta, mas, com mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas, e de desinteresse. Neste sentido acesso e acolhimento são essenciais ao atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. ²¹

Por acesso à unidade de saúde, entende-se como sendo a distância da mesma e o local de moradia do indivíduo. Assim, como tempo e meios utilizados

para o deslocamento, dificuldades (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas (para demandas individuais e coletivas), possibilidades ou não de agendamento prévio.

O acesso a saúde está relacionado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também aspectos econômicos, relativo aos gastos diretos e indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. (UNGLERT in RAMOS & LIMA, 2003, P 28).

1.4 ACOLHIMENTO E VÍNCULO

O papel da integralidade para reforçar os vínculos estabelecidos, que está presente no encontro, na conversa, na ação dos profissionais que buscam identificar, além das necessidades expostas, aquelas que não estão explícitas, mas que também assolam a vida do usuário. Apresenta-se na promoção das ações de prevenção que melhore a vida da pessoa e é também o modo de organizar as práxis. Desta maneira, a integralidade é ferramenta que horizontaliza os programas verticais, criando condições para eliminação das fragmentações das atividades nas unidades de saúde.²²

A necessidade de articulação entre demandas programadas e espontâneas deve ser o gatilho que aciona o ato de aproveitar as oportunidades geradas para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, contribuindo para a programação de atividades coletivas junto à comunidade atendida pelo PSF.

Mas, a integralidade também faz referência as políticas de saúde, que visam dar suporte e resolubilidade aos problemas das pessoas ou de certo grupo. Neste

enfoque temos os planos nacionais de combate e prevenção da AIDS, do Diabete, da Hipertensão Arterial, dentre outros.

Quando se respeita o sujeito, que tem e produz sua historia, sendo responsável por suas ações, e também, respeitam-se os saberes das pessoas (saber particular e diferenciado), saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, e que, representam uma atitude que expressa compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários. Desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas atividades que valorizam o cuidado e que tem em suas concepções a idéia de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas necessidades.²²

Considerando que o acolhimento permite fazer diferentes aproximações em particular com os documentos institucionais, como os do Ministério da Saúde que descrevem os objetivos do Programa de Saúde da Família como a responsabilidade entre serviços e população; A humanização das práticas da saúde, o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, o estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

No âmbito da psicologia social (psicologia social e comunitária), existe uma ampla produção sobre vínculo, porém, optou-se por uma releitura no campo da política e gestão, na qual verifica-se escassez quanto ao protagonismo dos gestores na responsabilização da interação entre os sujeitos na organização das práticas de cuidado. A esse conjunto constitui-se a rede de relações sociais. A compreensão de como elas se organiza como os intercâmbios são realizados e as formas de troca

socialmente aceitáveis são importantes para a determinação da estrutura social na qual as redes se realizam. ²² p 296

Analizando o atendimento prestado aos usuários hoje e como deveria ser. Verificou-se que há ainda lacunas no atendimento, a serem preenchidas e que a qualidade dos serviços de saúde está diretamente ligada ao modo como o acolhimento é feito e o grau de comprometimento com o usuário por parte da equipe de saúde. Identificou – se ainda a falta de postura humanística em trabalhadores de saúde que não identificam o usuário como sujeito dos processos de saúde, mas, sim como mero objeto a quem se presta serviço. ²³

Assim, a unidade básica deve ter suas funções ampliadas para atender integralmente os problemas de saúde da população, para além da prevenção e promoção, para atendimento clínico ampliado, garantindo os meios necessários à manutenção da vida. ²³

1.5 ACOLHIMENTO E O PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho do profissional de saúde em projeto da Secretaria de Saúde de Campinas aborda duas vertentes do acolhimento, a postura diante do usuário e a ferramenta de organização das ações de trabalho nas unidades de saúde. ²⁴

O trabalho da equipe no acolhimento e vínculo, é forma de produzir saúde permitindo afirmar que a equipe participa do processo de construção do SUS.

Um forte embaraço para o acolhimento é a falta de acesso dos usuários aos serviços de saúde, entre os quais a maior queixa é a manutenção de filas em horários desfavoráveis. Afirmando que, não basta aumentar o número de equipes de

saúde se não apresentar novas formas de organização no processo de trabalho, com inclusão da escuta qualificada, e atividades em grupo.

É preciso que os trabalhadores de saúde acreditem no SUS como projeto de defesa da vida da população e não tomem os serviços de saúde como fonte de sofrimento. Quando os sujeitos trabalhadores se sentirem atores desse projeto em defesa da vida, torna-se possível avançar em direção ao desenvolvimento de um sistema legal e, acima de tudo, cidadão.²³

O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto desta na Unidade se dá principalmente sobre os profissionais não-médicos que fazem a assistência. No caso da UBS Rosa Capuche, consideram-se a enfermeira, a assistente social, a técnica e a auxiliar de enfermagem. Na atual situação, a equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários. Os profissionais não-médicos passaram a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pelos usuários dos serviços da Unidade.²⁵

Esta visão coloca o trabalhador de saúde em foco, sendo responsável pelas ações humanizadas e acolhimento, havendo uma troca entre o usuário e profissional, que possibilita formular uma práxis de apoio e de atenção integral à saúde.

Cada ator do processo possui sua parcela de contribuição nas ações de saúde e devem estar voltados ao como estar em sintonia com o usuário, promovendo ações de escuta e responsabilização, que se articula com os vínculos e se relacionam com o comprometimento nos projetos de intervenção, visando a manutenção da saúde.

2 OBJETIVO

Compreender a percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento na Atenção Básica dos municípios da região de Lins.

3 TRAJETÓRIA METODOLOGICA NA PESQUISA

3.1 A ESCOLHA DA TRAJETÓRIA METODOLOGICA

Trata-se de pesquisa qualitativa, utilizando a vertente fenomenológica, modalidade estrutura do fenômeno situado de pesquisa que se preocupa com a compreensão abrangente e profunda dos dados a serem obtidos.²⁶

Como vertente metodológica, pretende-se com a adoção do método fenomenológico, desvelar a percepção dos enfermeiros das unidades básicas de saúde sobre acolhimento.

Por meio da interrogação do fenômeno investigado buscar-se-á o desvelamento dos atributos.

Fenômeno é, então, tudo o que se manifesta, se desvela se mostra à consciência do sujeito que o questiona.²⁷

3.2 A FENOMENOLOGIA COMO VERTENTE METODOLÓGICA.

A pesquisa fenomenológica propõe o “ir à coisa mesma”, ou seja, àqueles que experienciam em seu mundo-vida o fenômeno interrogado e podem falar sobre ele.

A fenomenologia busca a essência, significação da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, que nesta pesquisa são os enfermeiros da gestão e assistência das Unidades Básicas de Saúde.

O referencial fenomenológico é considerado estudo das essências e dos significados articulados nos discursos. Representa a volta ao mundo vivido, constituindo-se fundamento do mundo das ciências.²⁸

A Fenomenologia para Husserl é a descrição dos fenômenos como eles são na intencionalidade da consciência, rejeitando, assim, o elementarismo, naturalismo, ou seja, é a busca pelo fenômeno que se constitui na interação do objeto com a consciência: subjetividade versus objetividade. O objeto só passa a se constituir como tal, quando reconhecido e representado na consciência. Sem essa correlação não poderia haver objeto nem tão pouco consciência.²⁸

Para Husserl a intencionalidade permite investigar o retorno às coisas mesmas, isto é, ao fenômeno. “O fenômeno é para Husserl aquilo que se oferece ao olhar intelectual, à observação pura, e a fenomenologia se apresenta como um estudo puramente descritivo dos fatos vivenciais do pensamento e do conhecimento resultante dessa observação”.²⁹

Fenomenologia é um método para ir às coisas mesmas, descobri-las tais quais se apresentam aos sentidos, tais quais se percebe. É um “ir em busca” aliado à experiência subjetiva concreta. O olhar e ver, não apenas uma colocação diante de algo.³⁰

“Husserl afirma que perceber uma coisa é vê-la, tocá-la, cheirá-la, ouvi-la, enfim, senti-la de diferentes maneiras e de acordo com as possibilidades dos sentidos”. Não devemos apreender o mundo como imposto à consciência, mas sim

por meio de uma análise intencional, buscando-se a essência do fenômeno, abstraída de opiniões, crenças, preconceitos ou valores que possam influenciá-la³¹

No século XX, a fenomenologia refere-se ao movimento cujo objetivo precípua é investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e preconceitos.³²

O pesquisador soma a experiência de outros à sua experiência, sobre o fenômeno estudado, para compreender cada vez mais a sua própria concepção do fenômeno, e sua articulação com os sujeitos pesquisados. A pesquisa inicia-se com a interrogação do fenômeno e não exclui que o pesquisador tenha um pensar.^{26,33}

A entrevista foi a estratégia utilizada para coletar os depoimentos dos enfermeiros da atenção básica à saúde para o desvelamento do fenômeno – percepção sobre o acolhimento, visto que é por meio da linguagem que o ser se manifesta. Foram transcritas, percorrendo três momentos metodológicos: descrição, redução e compreensão ou interpretação, de acordo com Merleau-Ponty, descrito por Martins.³²

A descrição é fundamental em fenomenologia, a sua relevância não está na explicação ou na análise, mas sim na forma de ir-as-coisas-mesmas, pautado na percepção, na consciência direcionada ao mundo vida e no sujeito- pessoa que se vê capaz de experienciar o corpo vivido por meio da consciencia.³³ Para esse momento buscou-se nos depoimentos a percepção do acolhimento para os diferentes sujeitos.³³

A **descrição** indica como o sujeito percebe o fenômeno, que se revela ao mesmo tempo em que as descrições transcritas vão sendo analisadas. As unidades de significado são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários

pontos os quais a descrição pode levá-lo. Para elaboração destes recortes o pesquisador lê os depoimentos à luz de sua interrogação, por meio da qual pretende ver o fenômeno sob umas entre várias perspectivas possíveis.³⁶

Articulando as compreensões que resultaram dessa seleção das unidades de significado, o pesquisador trata de agrupá-las em categorias ditas abertas, mediante reduções.

Na **redução** fenomenológica são selecionadas partes da descrição, consideradas essenciais por meio de ações com o intuir, imaginar, lembrar e o raciocinar. Na imaginação o pesquisador parte como estando presente ou ausente na experiência, até que a descrição seja reduzida ao essencial para a existência da consciência da experiência.³⁶

Consistem em suspender todos os preconceitos, valores, teorias científicas e crenças pré-existentes para encontrar exatamente quais partes da experiência são verdadeiramente da consciência, diferindo daquelas que são supostas.

Para que isso ocorra, se faz necessário a suspensão deste mundo, o julgamento deste, do nosso “eu” e aos atos deste “eu” julgador. O pesquisador busca proposições significativas que lhe permitem compreender aquilo que é essencial ao fenômeno. Neste momento retorna-se a experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa, deixando de lado qualquer crença, teoria ou explicação a priori. Este momento é denominado de epoché.²⁶

O resultado da redução fenomenológica não é só o que se pensa, mas a conexão ou correlação entre o ser pensante e seu objeto de pensamento (p. 22). “A fenomenologia é o estudo da constituição do mundo na consciência”.³⁵

O terceiro momento, a **compreensão** fenomenológica envolverá uma tentativa de especificar o “significado” que é essencial na descrição e redução, como

uma forma de investigação da experiência e interpretação da linguagem do sujeito. Em seguida foram organizados e interpretados os temas revelados, realizando-se uma síntese das unidades significativas encontradas e sua convergência, divergências e idiossincrasias. A compreensão fenomenológica ocorre quando as expressões ingênuas do discurso são substituídas por expressões próprias do pesquisador, que representa aquilo que está sendo buscado. Este momento é caracterizado por um pensar sobre os significados, contemplados por meio da análise idiográfica e nomotética.³³

3.3. O MÉTODO FENOMENOLÓGICO NA PESQUISA

3.3.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em oito municípios da região de Lins, que compreende Cafelândia, Getulina, Guaíçara, Pongaí, Promissão, Sabino, Uru e Lins, que na atualidade possui 160.000 habitantes (SEADE 2008). O município de Lins está situado na região noroeste do Estado de São Paulo, a 442 km da capital Paulista. Tem uma área de 564 km, sendo que 97,78% da população esta concentrada na área urbana. Esta distribuição da população tem acarretado dificuldades no acesso a emprego e conseqüentemente renda, constituindo-se em importante fator para o aumento demanda de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Também tem acesso à importante afluentes do rio Tietê em sua parte despoluída, que é o rio Dourado, próprio para atividades de lazer. Está a 35 km da hidrovía Tietê – Paraná.

A economia da cidade está centrada nas atividades industriais, comerciais e agropecuária, sendo esta organizada para transformar o turismo e agroindústria nas principais fontes de renda do município.

O Município de Lins é Pólo do colegiado de Gestão, que é composto por oito municípios pertencentes à Direção Regional de Saúde (DRS – VI) com sede no município de Bauru/SP. Possuem em sua estrutura de atenção cinco unidades básicas de saúde, uma unidade de saúde da família, um ambulatório de especialidades médicas (NGA – 27), três centros de atendimento psicossocial (CAPS), um centro de especialidades odontológicas (CEO), dois mini postos em área rural. As ações e serviços de saúde de maior complexidade e internações são realizados por instituições contratadas, e/ou conveniadas, como a Santa Casa de Lins, que atende os municípios do colegiado de gestão.

Nas unidades, a restrição de horários para procedimentos como: exame de papanicolaou, curativos, retirada de pontos, aferição da pressão arterial e outros atendimentos de enfermagem, dificulta o acesso a esses serviços básicos e comprometem o acolhimento.

Portanto, a região do estudo foi constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Saúde da Família da região de Lins a fim de compreender qual a percepção do acolhimento para os enfermeiros das referidas unidades.

3.3.2 DELIMITANDO A REGIÃO DO INQUERITO E O FENÔMENO SITUADO

De acordo com o referencial teórico metodológico – a fenomenologia – utilizada nesta pesquisa, se faz necessário delimitar a região de inquérito, que é o alvo da averiguação do fenômeno.

O fenômeno só pode se mostrar quando situado e interrogado. Como fenômeno, é perspectiva, diverge em vários aspectos, precisa ser situado em região de inquérito, região esta em que fenômeno vai ser interrogado, onde o sujeito está vivenciando o fenômeno.

A região de inquérito é a região de perplexidade, o local transparente das preocupações do pesquisador, não um espaço denominado físico, mas um contexto conceitual, relacionado com as situações vividas e locais no qual o fenômeno acontece.³⁸

Na presente pesquisa a região de inquérito é a significação atribuída pelos enfermeiros gerentes e assistentes dos municípios da região de Lins em Unidades Básicas de Saúde e Saúde da Família, sobre acolhimento.

Considerando-se a natureza qualitativa deste estudo, não houve estabelecimento prévio do número de participantes, e a coleta se encerrou quando houve a repetição dos conteúdos das descrições, indicando que os objetivos da pesquisa foram contemplados e o fenômeno desvelado.

A questão norteadora que possibilitou o enfermeiro a descrever sobre a temática do estudo foi: Qual a sua percepção sobre o acolhimento nos serviços básicos de saúde?

3.3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi iniciado somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. (Anexo 3)

Para a realização da entrevista foi apresentado o objetivo do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), para que todos os

entrevistados assinassem no caso de concordarem em participar da pesquisa por meio de seus depoimentos.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, áudio – gravadas e transcritas em sua totalidade para análise das descrições. Após a transcrição, as fitas foram destruídas. Em conformidade com o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), sobre pesquisas com seres humanos. Será mantido o sigilo e anonimato. A fim de preservar o anonimato dos enfermeiros, os depoimentos foram enumerados seqüencialmente de acordo com a ordem da realização das entrevistas.

3.3.4 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram entrevistados 21 enfermeiros com idade entre 20 e 45 anos, a maioria na faixa etária dos 35 anos, sendo que 11 eram casados, 09 solteiros e 02 divorciados.

O perfil dos enfermeiros foi em sua maioria, constituído pelo sexo feminino. Os enfermeiros atuam na Atenção Básica á saúde, seja em unidades básicas tradicionais com ou sem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ou em unidades de saúde da família – USF, e 01 enfermeiro relatou atuar na Casa de Saúde do Idoso, pois no seu município a atenção básica está dividida em casas de saúde da mulher, saúde da criança e saúde do idoso, além do centro de saúde tradicional e dos PACS. Quanto ao tipo de contratação, a maioria dos enfermeiros foram admitidos por concurso público, dois informaram ter cargo comissionado e os demais foram contratados por processo seletivo.

Em relação à função que exercem a maioria ocupa função gerencial nas unidades que trabalham, ou são responsáveis técnicos do serviço de enfermagem e coordenação do PACS. A metade relatou atuação na área gerencial e as enfermeiras do PACS informaram atuar tanto na assistência direta aos usuários como na gerência.

Quanto ao tempo de atuação como enfermeiros na atenção básica, houve grande variação desde dois meses a 20 anos.

Os dados referentes à formação complementar mostraram que dos 17 enfermeiros que possuem especialização, a maioria são nas áreas de UTI, urgência e emergência, enfermagem do trabalho e obstetrícia. Quatro deles possuem especialização em atenção básica, gerenciamento e saúde pública, um em administração dos serviços de saúde e um em programa de saúde da família. Dois enfermeiros estão cursando especialização em docência para ensino superior, gestão de políticas sociais e gestão da clínica na rede SUS. Apenas um enfermeiro tem mestrado em políticas públicas e cuidados humanos e outro está cursando.

Os gráficos abaixo foram utilizados como recurso didático para melhor visualização das características dos enfermeiros.

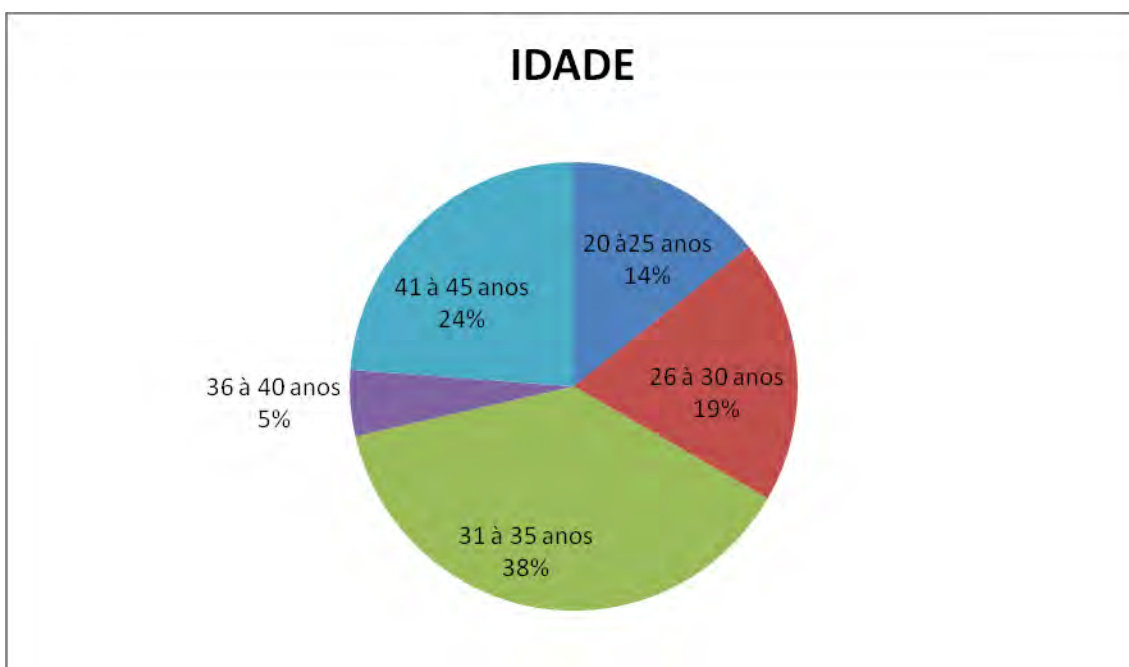
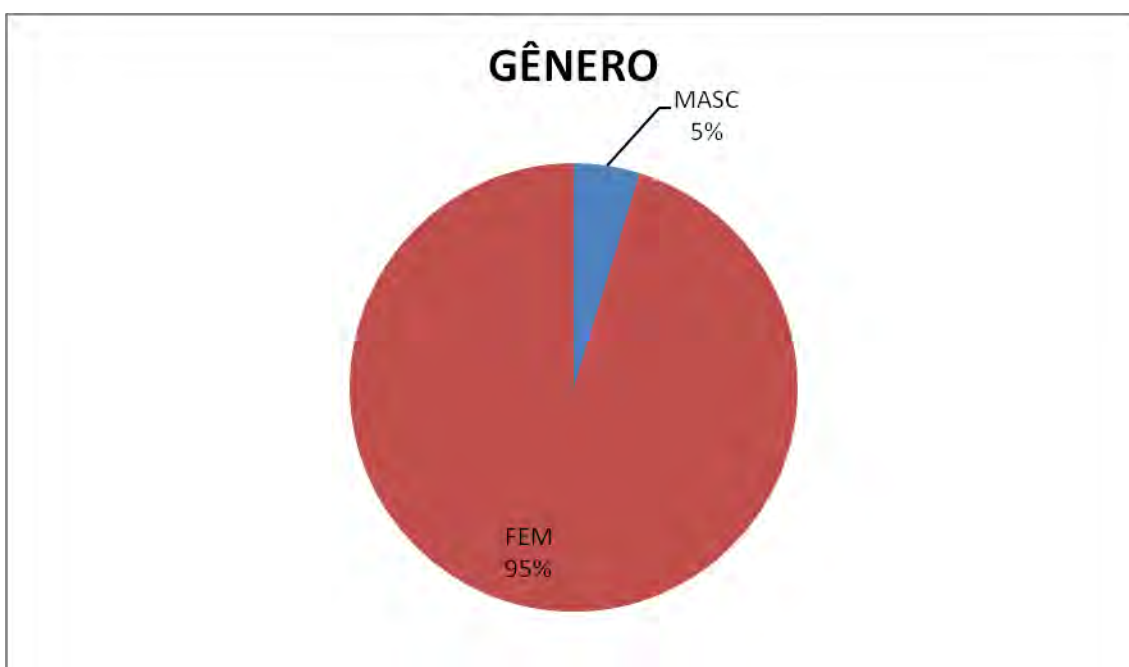
Figura 1 – **DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO A IDADE**Figura 2 – **DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O GÊNERO**

Figura 3 – **DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O ESTADO CIVIL**

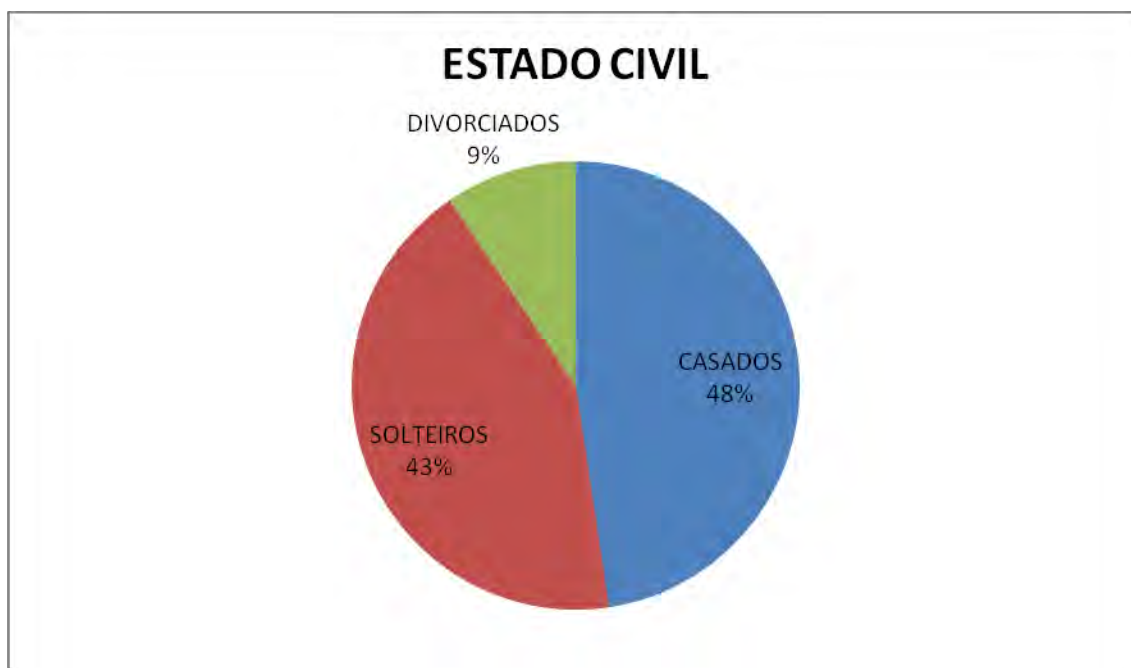


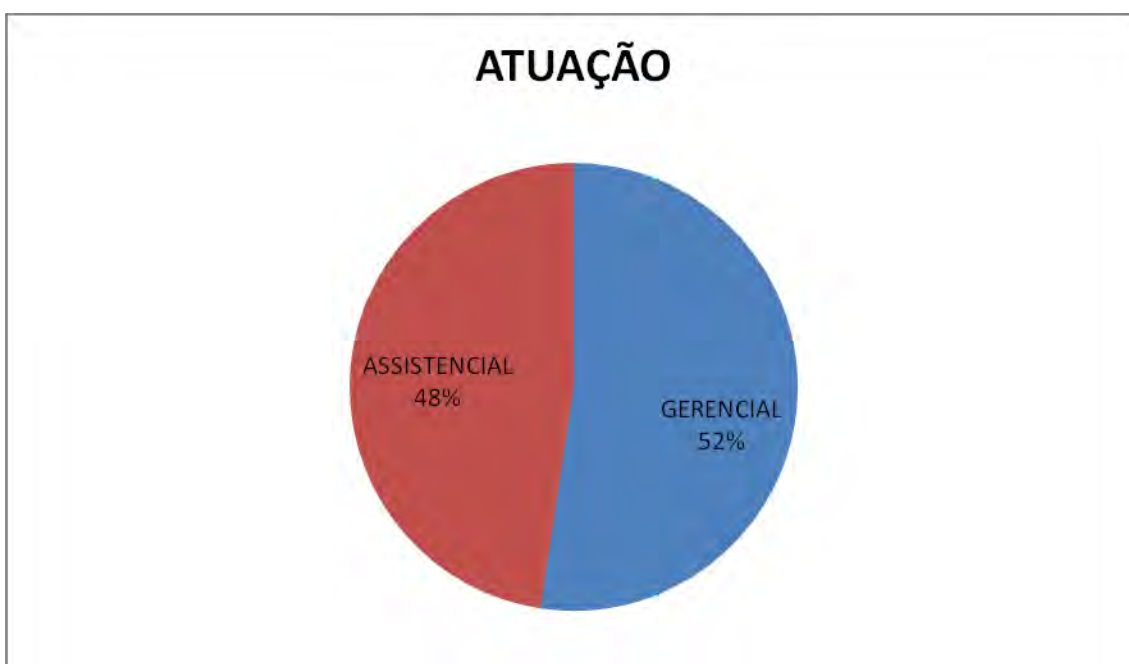
Figura 4 – **DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO A FORMAÇÃO COMPLEMENTAR**



Figura 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O TEMPO DE SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA



Figura 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO A ÁREA DE ATUAÇÃO



3.4 ANÁLISE DO FENÔMENO

Após concluir a obtenção dos discursos pelos sujeitos da pesquisa, foi percorrida as etapas sugeridas por Martins e Bicudo ³⁴ para proceder à análise de cada discurso denominada de idiográfica, para em seguida proceder a análise da totalidade dos discursos, chamada nomotética.

Dentre as etapas, inicialmente foi realizada a leitura atenta dos discursos quantas vezes foram necessárias para apreender o sentido do todo, sempre tomando o cuidado de não interpretar e nem analisar neste momento.

Uma vez apreendido o sentido do todo, retornou-se ao conteúdo de cada discurso, relendo inúmeras vezes no sentido de identificar as unidades de significado, caminhando em direção à intersubjetividade, isto é, o mundo do pesquisador e o mundo do sujeito se interpenetram, chegando assim às evidências da experiência vivida do sujeito.

Nesse momento da análise, as frases e parágrafos considerados significativos para a compreensão do fenômeno pesquisado, foram destacados e enumerados seqüencialmente um a um, seguindo a ordem e obtendo dessa forma uma visão global do assunto.

Desta maneira os discursos foram lidos por inteiro, mas ainda sem interpretação, buscando a apreensão do sentido global do discurso – epoché. ³⁴

Seguindo os momentos de análise proposto por Martins e Bicudo foi extraído dos discursos, a essencialidade da percepção do conhecimento sobre acolhimento. Buscou-se assim as unidades de significados, as quais conferem sentido a partir da interrogação. ³⁴ Na construção das unidades de significado foi realizada análise, de maneira que a descrição ingênua do sujeito assumisse a forma de um pequeno

texto, e em que a orientação fosse dada pela interrogação da pesquisadora. O fenômeno em suspensão a ser compreendido, “a percepção dos enfermeiros das unidades básicas de saúde sobre acolhimento”, também leva a uma redução, se passando, então, a buscar “a percepção de acolhimento para os enfermeiros”, nos dados constituídos.

Após, estabeleceu-se a redução fenomenológica, cujas expressões cotidianas dos sujeitos da pesquisa foram transformadas na linguagem do pesquisador. A transformação tornou-se possível por meio da reflexão e variação imaginativa, condição necessária para o desvelamento dos atributos do fenômeno que se deseja compreender.

Em seguida foi realizada a etapa de compreensão ou interpretação, iniciando-se pela análise ideográfica que se refere à análise individual de cada discurso. O momento da análise ideográfica refere-se à compreensão de cada discurso de forma a evidenciar a estrutura do fenômeno situado: ser enfermeiro e como percebe o acolhimento dos pacientes atendidos na unidade de saúde em que trabalha a partir da individualidade de cada sujeito. A análise individualmente de cada descrição obtida dos enfermeiros permite penetrar na significação atribuída por este profissional sobre acolhimento, por meio da experiência advinda de seu cotidiano relatada nos depoimentos. O que se busca neste momento são as unidades e a consistência das diversas experiências.

Para finalizar essa etapa de análise, as unidades de significados foram agrupadas de acordo com categoria comum, com objetivo de organizar as articulações do discurso conforme os vários significados emergidos sobre acolhimento.

Uma vez realizada a análise idiográfica o momento seguinte foi a realização da análise nomotética, que é a análise geral de todos os discursos. Nesta análise buscou-se a generalidade para apreender os aspectos mais comuns de todos os depoimentos. Assim inicialmente foram agrupados os temas, retirados das unidades de significados interpretadas e por meio da redução fenomenológica. Neste momento da análise o pesquisador pergunta a que e em que chegou, pois busca-se chegar à estrutura geral de todos os discursos. Este momento tem como referência as realizações obtidas na análise idiográfica, da compreensão dos diversos casos individuais resultantes das convergências (aspectos comuns), divergências (aspectos diferentes) e idiossincrasias (individualidades contidas nos discursos, isto é, quando somente um sujeito menciona determinado aspecto).³⁴

4. CONSTRUINDO RESULTADOS

4.1 ANÁLISE IDEOGRÁFICA

Na análise, buscou-se a subjetividade do coletivo, quais interrelações havia entre os sujeitos participantes do estudo e a partir daí elaborou-se a análise nomotética. A análise nomotética foi constituída com base na análise das divergências, convergências e idiossincrasias expressas pelas unidades de significado, estando ainda vinculada a interpretação que o pesquisador fez para obter cada uma dessas divergências ou convergências. Trata-se de uma compreensão e interpretação ideográfica, buscando o que emergiu individualmente em cada depoimento, procurando pela compreensão da percepção dos enfermeiros sobre acolhimento. Uma vez encontrado o comum em cada depoimento geral,

envolvendo uma compreensão dos diversos casos individuais como exemplos de algo mais geral, visando a compreensão do fenômeno.³⁴

4.2 ANÁLISE DO FENÔMENO – A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO

Em seguida passa-se a descrição dos depoimentos na íntegra com as unidades de significados, redução, tematização e interpretação fenomenológica.

DEPOIMENTO I

“A minha percepção é que o acolhimento ainda está deixando muito a desejar. Porque, fazemos treinamentos, levamos os atendentes para fazer cursos de capacitação para acolhimento. Mas notamos que só esses cursos básicos não estão dando resultados práticos, não é o suficiente.

Podemos dizer que o nó da unidade é o acolhimento. Os profissionais não são bem orientados, não dão muito valor ao paciente que procurou a unidade.

As pessoas chegam a concluir suas solicitações, vão ao nutricionista, ao cardiologista e outros tantos profissionais, mas não de uma forma adequada.

Acolhimento para mim é a pessoa chegar na recepção, ser bem acolhida. As pessoas sabem questionar, perguntar por que ela está ali. Ser recepcionista é ter um calor humano, para poder atender bem em todos os locais dentro da unidade.

O agravante da AB que não possibilita o acolhimento é a falta de *humanização que parte dos profissionais, principalmente na porta de entrada.*”

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- A minha percepção é que o acolhimento está deixando muito a desejar. Porque, fazemos treinamentos, levamos os atendentes para fazer cursos de capacitação para acolhimento. Mas notamos que só esses cursos básicos não dão resultados práticos, não é o suficiente.	Percebe que o acolhimento está acontecendo de forma precária e as capacitações realizadas não estão sendo suficientes para melhorar os recursos humanos. (I 1)
2- Podemos dizer que o nó da unidade é o acolhimento. Os profissionais não são bem orientados, não dão muito valor ao paciente que procurou a unidade.	Reconhece-se a falta de organização do serviço para o acolhimento e a capacitação do profissional para atender o paciente de forma idealizada - usuário-centrado. (I 2)
3- Acolhimento para mim é a pessoa chegar na recepção, ser bem acolhida. É os profissionais saberem questionar, perguntar por que ela está ali. Ser recepcionista é ter calor humano, para poder atender bem em todos os locais dentro da unidade. O agravante da AB que não possibilita o acolhimento é a falta de humanização e empatia dos profissionais, principalmente na porta de entrada.	O acolhimento do paciente na recepção e demais locais da unidade torna-se possível pelo relacionamento empático e humanizado. (I 2)

TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1.1. Necessidade de educação em saúde 2. A postura acolhedora	Para que o acolhimento aconteça é necessária não somente a educação permanente em saúde. (DI -1) Na mudança no processo de trabalho para utilização da teoria na prática. (DI – 1)
2.1. Dificuldade de implantação e diferentes locais para acolher	O ponto de partida para o acolhimento pode estar na recepção, mas não deve limitar-se a ela, todos os serviços da unidade devem possuir a filosofia do acolhimento. (DI – 2)

“Na minha realidade aqui na unidade o que eu enxergo é que o quadro de funcionários é bem diminuído para a necessidade que a gente tem. E acaba sobrecarregando. E na parte de acolhimento fica devendo muito. O funcionário fica desmotivado, cansado.

A parte de saúde do trabalhador fica a desejar e acaba refletindo no paciente. A falta de informação dos próprios funcionários afeta muito na forma como atender e muitas vezes por não ter uma educação permanente. Esse funcionário não tem espaço para sentar e desabafar.

Eu acho que a nossa realidade ainda é falha no acolhimento.

Sobre o acolhimento poderia falar muitas coisas, mas resumindo, é você estar podendo ouvir, independentemente do que ela esta relatando. É a porta de entrada da unidade.

Não tem que estar só na recepção, estar em todas as etapas do processo desde o faxineiro, porteiro, médico, enfim todos. Acolhimento é entender esse paciente como um todo, e não prestar assistência fragmentada. O acolhimento bem feito traz esse paciente para a unidade”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- A falta de informação dos próprios funcionários afeta muito na forma como atender. Muitas vezes por não ter uma educação permanente	A falta de capacitação dos funcionários interfere no modo de atender os usuários. (II 1)
2- O quadro de funcionários é bem diminuído para a necessidade que a gente tem. E acaba sobrecarregando. E na parte de acolhimento fica devendo muito. Eu acho que a nossa realidade ainda é falha no acolhimento.	<i>A enfermeira refere-se ao quadro de funcionários insuficiente para a necessidade do serviço, o que interfere no acolhimento. (II 2)</i>
3- Não tem que estar só na recepção, mas sim em todas as etapas do processo, desde o faxineiro, porteiro, médico, enfim todos.	Percebe que o acolhimento é um processo que permeia várias etapas do atendimento, com diferentes profissionais. (II 3)
4- O enfermeiro reconhece que acolhimento é entender esse paciente como um todo, e não prestar assistência fragmentada.	Ao considerar o paciente como um todo, em sua integralidade de ser humano, a assistência deve contemplar as dimensões bio- psico- social e espiritual do paciente. (II 4)

TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1. 1- Falta de recursos humanos e equipe multiprofissional	Para que o acolhimento aconteça é necessário que haja profissionais em número suficiente. (DII – 1) O número reduzido de profissionais inviabiliza o acolhimento no cumprimento de suas etapas: recebe- escuta- resolve- encaminha. (DII – 2)
1.2. Os diferentes locais e diferentes profissionais para acolher	O acolhimento inicia-se na recepção, na porta de entrada dos serviços de saúde e deve permear todos os locais de atendimento da unidade básica de saúde. Os diferentes trabalhadores devem ser capazes de fazer o atendimento e dar os encaminhamentos necessários independente da sua atribuição/função. (DII – 3)
2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento 2.1. Acesso e integralidade nos serviços básicos de saúde.	Na assistência que visa à integralidade do ser humano as dimensões bio- psico- social e espiritual, devem ser contempladas. (DII – 4)

DEPOIMENTO III

“Ah, eu percebo assim que o acolhimento embora seja uma coisa muito importante até porque nele você consegue atender a pessoa de forma integral.

A gente tenta tratar a pessoa muito bem.

Primeiro, eu acho que o acolhimento vem do berço, é ter educação.

Tem que ter respeito, atender bem o paciente, mas as condições para fazer acolhimento decente com o seu valor e tudo, aí eu acho que precisa melhorar a estrutura. Há ausência de recursos humanos e físico também não ajuda.

A gente queria assim... Estou até desabafando...Gostaria que tivesse uma visão pra isso, uma visão que melhorasse.

Não tem como você atender bem todo mundo que passa na unidade, como uma pessoa no balcão fazendo “N” tarefas, pode atender bem? Não dá!

O acolhimento é fundamental para que a gente consiga ouvir o paciente. A gente consegue tentar resolver as coisas desse paciente.

No momento está muito falho. E a gente está muito desmotivada.

Eu percebo acolhimento... Difícil falar com as palavras certas.

Você, ao chegar um paciente, tem que ouvi-lo, tentar entender, fazer por ele o melhor.

Aquelas, eu não sei como chama no SUS, equidade, integralidade. A gente tenta ver como um todo e o usuário sair satisfeito.

Assim, como a gente gostaria de ser tratado em qualquer instituição. Assim eu acho que acolhimento é berço mesmo.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Primeiro, eu acho que o acolhimento vem do berço, é ter educação. Tem que ter respeito, atender bem o paciente.	A enfermeira acredita que para o acolhimento necessita de relacionamento pautado na educação e respeito. (III 1)
2- A gente queria assim...Estou até desabafando...Gostaria que tivesse uma visão pra isso, uma visão que melhorasse. Não tem como você atender bem todo mundo que passa na unidade, com uma pessoa no balcão fazendo “N” tarefas, pode atender bem? Não dá!	Refere que o número reduzido de funcionários na recepção justifica a dificuldade para o acolhimento ao usuário. (III 2)
3- Assim, como a gente gostaria de ser tratado em qualquer instituição. Eu acho que acolhimento é berço mesmo.	Refere-se ao acolhimento como forma de relacionamento empático. (III 4)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento.	

1.1. As diferentes formas de relacionamento entre enfermeiro e usuário. 2. A postura acolhedora	No relacionamento se considera valores pessoais que recebeu na sua formação. (DIII -1)
2.1. Porta de entrada	A postura acolhedora é muito importante principalmente na porta de entrada com inclusão dos princípios do SUS como norteador do acolhimento. (DIII – 2) Acolhimento relacionado a empatia do profissional/usuário. (DIII - 2)

DEPOIMENTO IV

“A minha percepção sobre o acolhimento na atenção básica de saúde, eu acredito que ele existe.

E ele é feito diariamente por todos os funcionários.

É...acaba sendo um pouco difícil porque nós não temos uma sala para ter o acolhimento e nem os funcionários para ter esse acolhimento.

Mas, o acolhimento, ele acontece e a cada momento com o paciente, porque a gente acaba ouvindo ele e tentando escutar os seus problemas e tentando resolver também no serviço que a gente trabalha no domicílio, o PACS. O ACS acaba fazendo esse acolhimento no domicílio.

Ouvindo esses pacientes, esses usuários, ouvindo e tentando ajuda-los as suas necessidades da melhor forma possível. Trazendo a situação para a unidade básica.

Uma vez que o agente comunitário de saúde acaba sendo o elo entre a unidade básica e o paciente.

No dia a dia a gente não pára para pensar “estou fazendo acolhimento” nem dando conta que o funcionário fazendo essa atividade e nem se dando conta que isso é acolhimento.

O acolhimento acontece a partir do momento que a gente acaba escutando esse paciente atendendo de forma humanizada, resolvendo o seu problema, ou que ele resolva da melhor forma possível.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- É...acaba sendo um pouco difícil porque nós não temos sala para fazer o acolhimento e nem mesmo temos funcionários.	O acolhimento torna-se difícil pela falta de funcionário e sala própria. (IV 1)
2- O acolhimento acontece a partir do momento que a gente acaba escutando esse paciente atendendo de forma humanizada, resolvendo o seu problema, ou que ele resolva da melhor forma possível.	Uma percepção do acolhimento é que ele se inicia com a escuta humanizada e seja resolutivo. (IV 2)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1.1. Falta de recursos físicos 1.2. Falta de recursos humanos e equipe multiprofissional	É...acaba sendo difícil porque não temos sala para poder fazer o acolhimento. (DIV- 1) Não temos nem mesmo funcionários em número suficiente. (DIV -1)
1.3. O processo com as diferentes etapas: Escutar, resolver e conferir autonomia.	O acolhimento ocorre quando há: escuta resolução e autonomia. (DIV – 2)

DEPOIMENTO V

“Bom, qual a minha percepção, eu acredito que a minha percepção é que o acolhimento seja fundamental, necessário na atenção básica.

Porém, a gente está assim ainda em processo de aprendizagem. Se for uma palavra correta que eu possa colocar. Por quê? Porque alguns percebem essa real necessidade de ouvir o paciente e saber o que realmente precisa. Outros não fazem tanta questão.

Então, a minha percepção é esta, a gente ta tentando, a gente ta andando, a gente ta em processo de aprendizagem em relação ao acolhimento.

Para mim o acolhimento tem um sentido amplo da palavra. É uma palavrinha tão pequena, mais que é uma coisa fundamental, e que resolve um monte de coisa.

Tem uma resolubilidade muito grande, é você realmente se preocupar com a pessoa que tá chegando na unidade.

Olhar ela além da doença e saber que ela é um ser que tem várias percepções naquele momento.

Me responsabilizar de uma forma ou de outra. A partir do momento que ela entrou aqui. Na verdade, eu tenho que co-responsabilizar, é eu e ela.

Tenho que colocar a par da saúde dela.

O acolhimento é muito grande, é muito amplo, exames situação atual.

Em muitos lugares aqui no nosso município, não tem essa sensibilidade não.

Ser responsável desde a hora que ela entra dentro da unidade de saúde: pelo seu plano de saúde, plano de tratamento, esclarecer exames, sua situação atual, tem que ter esse direito.

O enfermeiro tem que ser responsável pelo plano de cuidados, de tratamento desde a hora que entra até a hora que sai.

Então acolhimento é isso, é ser responsável por todas as ações do usuário dentro da unidade”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- A gente está assim ainda em processo de aprendizagem. A minha percepção é esta, a gente tá tentando, a gente tá andando em relação ao acolhimento.	O enfermeiro se percebe em direção ao acolhimento, está aprendendo. (V 1)
2- Tem uma resolubilidade muito grande, é você realmente se preocupar com a pessoa que tá chegando na unidade.	A percepção de que as ações são eficazes e resolutivas quando há acolhimento. O acolhimento é resolutivo. (V 2)
3- Me responsabilizar de uma forma ou de outra. A partir do momento que ela entrou aqui. Na verdade, eu tenho que co-responsabilizar, é eu e ela.	É responsabilizar-se pela pessoa e co-responsabilizar-se. (V 3)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1.1. Dificuldade para a realização de todo o processo de acolhimento	O acolhimento é visto como um processo, que possui várias etapas: acolher-escutar- resolver. E como todo processo deve ser aprendido, experienciado e vivido. (DV – 1)
2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 2.1. A importância do enfermeiro no processo de acolhimento, que	Com o acolhimento há mais resolubilidade. O acolhimento torna-se

confere maior resolutividade.	uma ferramenta importante para resolver o problema de saúde do usuário. (DV – 2)
2.2. A importância do enfermeiro no processo de acolhimento, que confere maior responsabilização.	É responsabilizar - se pelo problema do usuário e co – responsabilizar, gerando vínculo e autonomia no processo de saúde/doença. (DV – 3)

DEPOIMENTO VI

“A minha percepção no acolhimento num PSF é a questão de uma relação multidisciplinar, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.

Tudo isso a gente implantou com sucesso.

Eh...Há resistência por parte da população.

Porque um paciente entra no nosso atendimento, a gente acolhe esse paciente como um todo.

E isso tudo a gente ta tentando evitar novamente. E não envolve somente a parte técnica na atenção a saúde.

E sim questões sociais na nossa sociedade. A pessoa não tem uma doença; um problema na sua casa, na sua família. E isso é importante a gente estar resolvendo junto a população.

Para mim acolhimento é isso o que a gente realiza aqui dentro do nosso PSF. Trazer o usuário para nós e acolhe-lo como um todo em questões sociais, de saúde, que é de fundamental importância para nós, a questão preventiva”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- É a questão de uma relação multidisciplinar, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.	1-Acolhimento é a relação entre profissionais que trabalham na unidade. (VI 1)
2- Trazer o usuário para nós e acolher ele como um todo em questões sociais, de saúde, que é de fundamental importância para nós, a questão preventiva.	2-Acolher é receber o usuário como um ser bio-social e valorizar as ações preventivas. (VI 2)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. A ação multidisciplinar nos serviços de saúde. 1.1. A ação multidisciplinar é um facilitador para as ações preventivas e de integralidade.	A ação multidisciplinar é importante para o acolhimento dentro da unidade, porém é necessário que a equipe trabalhe, também, interdisciplinarmente para as ações preventivas e de integralidade. (DVI – 1)
	Para o acolhimento, as ações preventivas devem prevalecer sobre as curativas. O ser humano deve ser visto em sua integralidade, no contexto em que vive. (DVI – 2)

DEPOIMENTO VII

“O que...Como eu vejo o acolhimento das unidades básicas onde trabalho? É a forma que a gente resolve os problemas dos pacientes conforme a necessidade de cada um, conforme suas necessidades.

A gente acolhe o paciente desta forma, oferecendo atendimento conforme suas necessidades.

Acolhimento seria, para mim, a forma sistematizada de você atender o paciente dando o suporte necessário.

Nosso público alvo, que no caso é a unidade básica, é preciso contemplar não só as necessidades básicas que ele apresenta naquele momento, mas sim promover a saúde que é o intuito da unidade.

Promover a saúde como um todo e assim evitar a parte curativa por meio das ações na promoção da saúde..

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- É a forma que a gente resolve os problemas dos pacientes conforme a necessidade de cada um, conforme suas necessidades.	A percepção sobre acolhimento refere-se a resolução de problemas atendendo as necessidades do paciente.(VII 1)
2- É a forma sistematizada para atender o paciente dando o suporte necessário ao paciente.	Sugere a sistematização da assistência como forma de acolhimento, e ao suporte necessário de forma ampla no acolhimento. (VII 2)
3- Promover a saúde como um todo e assim evitar a parte curativa	Compreende acolhimento nas unidades básicas de saúde como promoção da saúde. (VII 3)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento 1.1 A resolubilidade da assistência	Acolhimento é um processo resolutivo no atendimento das necessidades de saúde do paciente. (DVII - 1)
2. Processo de trabalho do enfermeiro e as etapas do acolhimento. 2.1. Forma de sistematizar a assistência sendo resolutivo e promovendo a saúde.	O profissional de saúde compreende acolhimento como uma forma sistematizada de assistência que lhe permite conferir o suporte necessário. (DVII – 2).
	O acolhimento é um facilitador da promoção da saúde nas unidades (DVII – 3)

DEPOIMENTO VIII

“A minha percepção é que falta conhecimento de acolhimento a alguns funcionários. Precisa acolher mais o paciente.

Tem paciente que chega à unidade... Nas unidades básicas que eu trabalhei, não aqui no município de Lins. Devido a minha experiência, as vezes o paciente, ele vem, ele quer só uma orientação, uma conversa, um acolher.

Ele não quer médico, ele quer uma pessoa amiga, de repente ele chega ao balcão e o funcionário fala daquele jeito: Não tem médico. Pra hoje não tem.

Uma visão de dar uma atenção maior para o paciente. Eu acho assim que deveria ter uma capacitação. Não é bem uma capacitação, vai do interesse de cada funcionário.

Minha visão é essa, minha percepção. Acolhimento pra mim é acolher a pessoa, ouvir a pessoa, dar aquele atendimento humanizado. Pois não... O que o senhor deseja?

Uma palavra amiga, ter um vínculo com o cliente, eu entendo assim”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Falta conhecimento de acolhimento para alguns funcionários...as vezes o paciente vem, ele quer só uma orientação, uma conversa, um acolher, ele não quer nem médico, ele quer uma pessoa amiga.	A percepção sobre o acolhimento refere-se a falta de conhecimento dos profissionais e que o paciente muitas vezes só quer atenção. (VIII 1)
2- O paciente chega no balcão e o funcionário fala daquele jeito, não tem médico, pra hoje não tem. Eu acho que deveria ter uma capacitação...vai do interesse de cada funcionário.	Ao chegar à unidade de saúde é tratado com hostilidade por isso deveria ter uma capacitação para o acolhimento, mas depende do interesse dos profissionais. (VIII 1)
3- Acolhimento é acolher a pessoa, ouvir a pessoa dar aquele atendimento humanizado. Pois não, o que o senhor deseja, uma palavra amiga, ter vínculo com o paciente.	Acolhimento é ouvir, dar um atendimento humanizado, ser educado, gentil, dar atenção, e acima de tudo criar um vínculo. (VIII 2)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1.1. Necessidade de educação em saúde para o acolhimento.	O enfermeiro percebe a necessidade de educação permanente em saúde para o acolhimento e a idéia de acolhimento está ligada ao relacionamento amigo e não somente terapêutico. (DVIII – 1)

2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento	
1.1. As diferentes formas de relacionamento entre profissional e usuário.	Dentre as diferentes formas de relacionamento, para o acolhimento, este não deve estar associado apenas à educação, gentileza e atenção, mas sim a construção de vínculo. (DVIII – 2)

DEPOIMENTO IX

“Como eu vejo o acolhimento, não é do jeito que eu acho que é certo, como eu gostaria de fazer, mas, assim não depende só da gente, depende de outras pessoas, de nossos superiores, de hierarquia, se você pede uma coisa, passa para outro departamento e para outro e outro...”

A questão dele já passou o que eu tinha que fazer naquele momento já passou. A gente tá tentando melhorar aqui.

Lidar com mais carinho, não é só porque é idoso e está no final da vida dele, é uma pessoa com mais experiência, mais vivência.

Acolher diferente, tentar pegar ele de outro modo, mas assim, eu acho difícil no momento nos outros lugares eu acho que é da mesma forma. É mais difícil eu acho na AB, por mais que você tenha direito a tudo, SUS é pra todos, no momento não está funcionando assim, o que eu estou vendo, estou sentindo, estou passando.

Acolher é receber, é pegar pra mim sabe, é assim que eu percebo”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Não é do jeito que eu acho que é certo, como eu gostaria de fazer, mas... depende de outras pessoas.	Percebe que o acolhimento não está sendo realizado adequadamente, mas que não depende apenas dela e sim de seus superiores. (IX 1)
2- Lidar com mais carinho...Acolher diferente...pegar ele de outro modo.	Acolher é tratar com carinho. (IX 2)
3- Eu acho difícil no momento é mais fácil, eu acho na AB, por mais que tenha direito a tudo, SUS é pra todos, no momento não está funcionando assim.	É difícil acolher na atenção básica, porque os princípios do SUS da Universalidade no momento não está sendo cumprido. (IX 3)
4- Acolher é receber, é pegar pra mim sabe.	Acolher é receber o paciente e se responsabilizar por ele. (IX 4)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 1.2. Para o acolhimento é necessário a participação dos gestores e trabalhadores.	O acolhimento para ser resolutivo necessita que seja praticado por todos gestores profissionais da área de saúde e trabalhadores da saúde.(DIX – 1)
1.3. Universalidade, integralidade e equidade.	A universalidade, a integralidade e a equidade fortalecem o acolhimento. (DIX – 3)

1.4. Responsabilizar-se efetivamente pelos problemas do usuário.	Acolher é tomar para si os problemas do usuário e responsabilizar-se por eles. (DIX – 4)
--	--

DEPOIMENTO X

“Eu acho que o acolhimento na AB é fundamental, porque a atenção primária é a porta de entrada para todo o sistema de saúde no SUS.

Então, acolher é fundamental. Acolher de forma correta é o que deve acontecer. Acolhimento pra mim faz parte do programa de humanização, às vezes a gente tem um pouco de discordância com esse termo, tem algumas correntes de pensamento, que diz que esse termo não é correto, porque somos humanos, então para que humanizar.

Não é só tratar bem, ter cadeira pra sentar. A atenção primária deve ter uma resolução de 80%. Para mim, acolher não é só tratar bem, não é só ter um bom ambiente, boa infra estrutura, claro isso é importante, faz parte do acolhimento mas é também dar resposta para aquilo que ele procura.

Ter uma atenção de qualidade basicamente. É um tema amplo.

A Porta de entrada é a AB, precisa ter acolhimento, precisa ter resolubilidade.

Às vezes ele atende com mau gosto, não explica. Não referencia e contra referencia.

Precisa de atendimento competente, realmente comprometido com as necessidades do paciente, isso é acolher, é AB, que não é tão básica assim”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Faz parte do programa de humanização, porém há controvérsias sobre o termo, uma vez que a assistência prestada é a humanos.	Acolhimento é parte do programa nacional de humanização. (X 1)
2- Não é só tratar bem, ter cadeira. A Atenção Básica deve ter uma resolução de 80%. Acolher não é só tratar bem, não é só ter um bom ambiente, é também dar resposta para aquilo que o paciente precisa.	Para o acolhimento não basta a gentileza, educação, respeito, aspectos físicos, mas também é necessária uma atenção resolutive. É dar respostas as necessidades do usuário. (X 2)
3- Ter uma atenção de qualidade... Precisa do atendimento de competência, comprometido com as necessidades do paciente que não é tão básica assim.	Para o acolhimento é necessário uma atenção de qualidade voltada para as necessidades do paciente, esse é o papel da atenção básica, que é complexa. (X 3)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 1.1. Integrante da Política Nacional de Humanização.	A Política Nacional de humanização não é um programa mas, permeia todo o sistema de saúde e as suas marcas e diretrizes vêm de encontro com as do acolhimento. (DX – 1)

1.2. Conferir maior resolutividade e responsabilização nas necessidades apresentadas.	Para o acolhimento além dos recursos físicos é necessário ter uma atenção resolutiva, capaz de dar respostas positivas as necessidades de saúde do usuário. (DX – 2)
1.3. A necessidade de um modelo de atenção de qualidade centrado no usuário.	Para a qualidade do acolhimento devemos ter um modelo de atenção voltado para as necessidades do usuário. (DX – 3)

DEPOIMENTO XI

“Acolhimento é você respeitar o paciente. Acolher ele dentro da unidade básica é o que a gente faz é isso. A gente sempre tá acolhendo ele da melhor maneira possível.

Sempre orienta, depois que sai da pré consulta, orienta onde deve ir, onde procurar, como procurar, é isso.

É aconchegar e respeitar o paciente dentro dessa unidade tem que ouvir os problemas deles.

Aconselhar, orientar... e todo mundo sai desorientado na maioria das vezes, você tem que fazer isso, aquilo.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- É você respeitar o paciente... A gente sempre está acolhendo da melhor maneira possível. É aconchegar, respeitar... Tem que ouvir os problemas dos usuários.	Percebe que o acolhimento é além de respeitar o paciente. É aconchegá-lo e ouvir seus problemas. (XI 1)
2- Aconselhar, orientar... você tem que fazer isso, aquilo.	Acolhimento é aconselhar e dar orientações ao usuário. (XI 2)
1. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 1.1. Diferentes formas de relacionamento enfermeiro /paciente.	O acolhimento está relacionado a ser educado, ter respeito pelos outros e ser gentil.
2. A postura acolhedora 2.1. Orientação, aconselhamento e escuta qualificada nas ações de saúde.	Acolhimento é fazer uma escuta das necessidades e agir como um orientador das pessoas para caminhar na rede de serviços de saúde (DXI – 2)

DEPOIMENTO XII

“O que eu pude perceber nesses anos, assim que eu estou trabalhando aqui faz três anos, já trabalhei dois anos na atenção básica.

Pelo que eu vejo que eu já trabalhei mais com AB.

Pelo que eu vejo daqui, assim:

A gente tem um acolhimento bom, aqui é assim, a pessoa chega a consulta é agendada na janela

Não tem nada de senha, a pessoa chega aqui no fichário. O paciente diz que quer passar com tal médico.

A pessoa procura fazer uma triagem, encaixar com aquele médico.

“Pra mim, acolhimento é a pessoa chegar ao lugar, sentir confortável para explicar, falar o que ele quer”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- A gente tem um acolhimento bom...aqui é assim, a pessoa chega, consulta é agendada na janela, não tem nada de senha.	Acolhimento é bom quando tem acesso a consulta médica direto. (XII 1)
2- A pessoa procura fazer uma triagem, encaixar com aquele médico.	É fazer uma triagem, e encaixar para o médico solicitado. (XII 2)
3- Pra mim, é a pessoa chegar no lugar sentir confortável para explicar, falar o que ela quer.	É a pessoa sentir-se confortável para solicitar o atendimento que necessita. (XII 3)
1. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento 1.1. Facilitador do acesso a consulta médica	Acessibilidade é a capacidade de obtenção de serviços de saúde de forma fácil e conveniente. (DXII -1)
1.2. Dar acesso e integralidade nos serviços básicos de saúde.	O acolhimento inclui as pessoas nos diversos setores e serviços de saúde antes não acessados. (DXII- 2)
2. Processo de trabalho do enfermeiro e as etapas do acolhimento. 2.1. Escuta das necessidades do usuário.	Para o acolhimento é necessário privacidade para a escuta dos problemas dos usuários. (DXII – 3)

DEPOIMENTO XIII

“O que eu gostaria, o que eu penso na verdade. O acolhimento deveria ocorrer desde a recepção, tudo depende do perfil do funcionário que está na frente.

Como eu tenho em outros setores da unidade básica, então, eu tenho funcionário que tem um perfil melhor, que tem um atendimento, um olhar melhor, eu acho que ele tem que ter a capacidade de entender na hora que ele está chegando se tem consulta pra aquele cliente, se não tem, de estar, me procurando, ou outra pessoa pra está resolvendo esse problema.

Se o médico pode estar atendendo esse paciente, porque às vezes tem algumas situações que tem que ir para o Pronto Socorro. Mais às vezes situações que tem que ser atendido aqui na própria Unidade Básica, e eu tenho esse perfil no meu fichário, na própria farmácia.

Na sala de vacina, por exemplo, tem uma funcionária muito antiga, daqui há 5 anos ela se aposenta, e ela tem um perfil, aquela tranquilidade de estar orientando, tem todo um jeito próprio.

Eu acredito que a gente tem um acolhimento bom aqui na Unidade Básica, mas tem condições de ser melhor ainda.

Os enfermeiros acabam sobrecarregados, porque você tem farmacêutico, tem dentista, mas tudo cai nas costas do enfermeiro dentro da unidade. Ai não tem tempo pra fazer educação continuada, se tem tempo não tem como destacá-las.

O acolhimento aqui deixa muito a desejar.

Acolhimento pra mim seria a recepção do cliente e a resolução do problema que ele chega, consulta, pegar o medicamento, ter uma orientação adequada, não só da parte da pré e pós consulta que isso a gente já faz, mas do próprio médico,

Acolhimento pra mim seria um agendamento correto, o paciente ser ouvido na pos consulta ser consultado pelo médico.

O não estar ditando as regras do que ele deve fazer ter uma boa orientação, ele sair daqui satisfeito, acompanhar pra ver se houve resultado, o que nem sempre a gente consegue fazer”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Nós temos problemas de funcionários. Tem funcionários que tem proteção política, que não deveriam estar aqui, mas está, tudo isso atrapalha no acolhimento.	A escassez de funcionários profissionais prejudica o acolhimento. (XIII 1)
2- Os enfermeiros são bem sobrecarregados, tudo cai nas costas do enfermeiro dentro da unidade. Aí não tem tempo pra fazer educação continuada. O acolhimento deixa muito a desejar.	O enfermeiro sobrecarregado fica sem tempo para educação continuada, e isto é um fator que prejudica o acolhimento.(XIII 2)
3- Acolhimento para mim é a recepção do cliente e a resolução do problema, é ele chegar, consultar, pegar o medicamento, ter uma orientação adequada.	Acolhimento é recepcionar o cliente, resolver seu problema, consultar, receber o medicamento e orientações adequadas. (XIII 3)
4- Acolhimento para mim é um agendamento correto, o paciente ser ouvido na pós-consulta, ser consultado pelo médico, ter uma boa orientação,... sair satisfeito e acompanhado para ver se houve resultado.	Agendamento correto, ser ouvido pela enfermagem e pelo médico, ter uma boa orientação, sair satisfeito e ter acompanhamento. (XIII 4)

5- O acolhimento deveria ocorrer desde a recepção tudo depende do perfil do funcionário que tem lá na frente, tem funcionária que tem um perfil melhor.	Percebe que o acolhimento é um processo que deveria iniciar-se na recepção da unidade, mas que depende do perfil do funcionário que está atendendo. (XIII 5)
1- A capacidade de entender na hora que ele está chegando, se tem consulta para aquele cliente, se não tem de estar me procurando.	Tem funcionário com perfil acolher em vários locais de atendimento, no fichário, na própria farmácia e na sala de vacina (XIII 6)
1. Falta de investimento para o acolhimento. 1.1. Falta de recursos humanos e equipe multiprofissional.	A falta de profissionais em número é um fator que prejudica o acolhimento. (DXIII – 1)
1.2. Falta de educação em saúde.	A falta de educação continuada e educação permanente em saúde, associada a falta de funcionários, sobrecarrega o profissional enfermeiro, e assim, não planeja suas ações, não consegue desempenhar o seu papel de educador e cuidar da equipe. (DXIII – 2)
2. Ação multidisciplinar	O acolhimento não pode estar vinculado apenas a consulta médica ou a medicamentos, o modelo médico centrado deve dar espaço ao modelo centrado no usuário, que nem sempre tem suas necessidades atendidas na

	consulta médica, porém é o que se oferta.(DXIII – 3)
3. A postura acolhedora 3.1. O perfil para acolher deve estar presente nos profissionais em todos os espaços da unidade.	O acolhimento está vinculado a partir da recepção da unidade com um trabalhador com características acolhedoras, ele pode ocorrer ou não.
	O acolhimento deve ocorrer em todos os lugares e situações onde se tenha o encontro usuário / trabalhador. O perfil deve ser o de escutar, resolver, encaminhar e vincular, não só dar atenção e/ou orientação a população. (DXIII – 4)

DEPOIMENTO XIV

“Bom, eu vejo que todos os servidores, os trabalhadores da atenção básica, eles tem uma noção de acolhimento.

O que falta pra gente fazer um acolhimento de qualidade melhor, acho que é tempo de dedicação mesmo no trabalho.

Porque a AB trabalha com numero restrito de funcionários. Eu penso que o acolhimento ele precisa ter tempo, não pode ser corrido.

A minha percepção, todo mundo faz, não como deveria, mas, o que falta é mais a questão de tempo mesmo.

Pra mim o acolhimento é desde a hora que o paciente chega para determinado serviço de saúde, ele deve ser ouvido em todas as suas necessidades.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- O que falta pra gente fazer um acolhimento com qualidade acho que é tempo de dedicação mesmo...Não pode ser corrido.	O enfermeiro percebe que o acolhimento de qualidade está relacionado ao tempo de dedicação. Quanto maior o tempo, maior a qualidade do acolhimento. (XIV 1)
2- O acolhimento é desde a hora que o paciente chega para qualquer um dos serviços de saúde, ele deverá ser ouvido em todas as suas necessidades.	Entende acolhimento como a escuta das necessidades do paciente que chega para qualquer atendimento de saúde na unidade. (XIV 2)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Processo de trabalho do enfermeiro e as etapas do acolhimento. 1.1. Escuta das necessidades do usuário e para isso é necessário tempo de dedicação.	O tempo que se dedica ao acolhimento dos pacientes pode interferir na qualidade desse atendimento, é necessário tempo para a escuta, a resolução dos problemas e a vinculação do usuário. (DXVI – 1)
	O acolhimento acontece apenas quando há a escuta de todas as necessidades do usuário que chega a unidade, e após completar as etapas: de resolver, priorizar e encaminhar para outros setores se necessário.(DXVI – 2)

DEPOIMENTO XV

“Então, na verdade a gente tem um acesso maior aos assistidos pelo fato dos agentes comunitários de saúde fazerem visita, então, um contato maior do que na unidade básica. Atendimento mais humanizado, a gente faz visita.

Não só na porta de entrada que é a unidade.

Mas também na casa, no domicílio que ele se sente melhor, abertura muito grande quanto a isso.

Acolhimento é você conseguir trazer pra unidade ou buscá-lo também

Dar atenção, na verdade, não seria só o cuidado medicamentoso, seria atender tanto a dimensão psicológica, como física.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- O acolhimento não acontece só na porta de entrada que é a unidade, mas também na casa. É conseguir trazer para a unidade se preciso for para atendimento.	Refere que acolhimento é realizado não apenas na porta de entrada do serviço de saúde, mas também no domicílio, bem como a remoção do paciente para a unidade (XV 1) .
2- Dar atenção, atender a dimensão psicológica e física.	Acolhimento é dar atenção ao usuário e atendê-lo nas suas necessidades físicas e psicológicas como um todo. (XV 2)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. A postura acolhedora 1.1. Diferentes locais para o acolhimento	O acolhimento permite ser realizado tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio, na expectativa de envolvê-lo no serviço. (DXV – 1)
2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 2.1. Dar acesso e integralidade nos serviços básicos do SUS.	É dar atenção ao usuário e assim dispor de tempo para atendê-lo na integralidade. (DXV – 2)

DEPOIMENTO XVI

“A minha percepção com relação ao acolhimento, e que é muito importante. Apesar da gente não ter aqui na nossa unidade básica.

Eu, o meu trabalho a maior parte é com o acolhimento aqui dos pacientes.

Muitos deles não queixam de doenças, nem nada, é mais uma carência, uma conversa, um conselho, uma orientação. É o que eu tenho feito aqui, minha maior parte.

Nunca teve uma enfermeira legal como você, você tem paciência pra estar entendendo a gente.

Eu percebo que aqui na minha unidade falta profissionais. Não vem isso como uma boa coisa, fala que o paciente enche o saco, mas eu dou muita importância.

Acolhimento é o usuário estar chegando à unidade com uma queixa e a gente tenta resolver da melhor maneira possível.

Orientar com educação. Orienta, procura a enfermeira. Tratar com carinho.

Que eles vêm aqui em busca de alguma coisa. É isso”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Que é muito importante apesar da gente não ter aqui na nossa unidade básica...Muitos deles não queixam de doença, é mais uma carência, uma conversa, um conselho, uma orientação.	Percebe a importância do acolhimento, embora ele não existe na unidade, e se mostra por meio de relacionamento interpessoal entre enfermeiro/paciente. (XVI 1)
2- Falta de profissional, não vêem como uma coisa boa, fala que o paciente atrapalha, enche o saco.	Os profissionais não reconhecem a importância do acolhimento e refere-se ao paciente como uma pessoa inoportuna. (XVI 2)
3- É o usuário chegando a unidade com uma queixa e a gente tenta resolver da melhor maneira possível.	É resolver a queixa do usuário, contemplando as suas necessidades. (XVI 3)
4- É orientar com educação, tratar com carinho.	O acolhimento se faz presente quando se trata com educação e carinho. (XVI 4)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1.1. Falta de recursos humanos 1.2. Necessidade de educação em saúde	O número reduzido de profissionais dificulta a prática do acolhimento, podendo ser necessária uma equipe mínima para acolher (DXVI -2). A educação em saúde auxilia os profissionais na resolução dos problemas do cotidiano e na

	compreensão do acolhimento. (DXVI -2)
2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 2.1. A importância da maior resolutividade.	Resolubilidade é a capacidade de dar respostas positivas aos problemas de saúde dos usuários. (DXVI – 3)
2.2. As diferentes formas de relacionamento entre profissional e usuário.	O acolhimento é uma forma de orientar o usuário nos serviços de saúde, e a empatia é uma forma de afeto no qual o profissional se coloca no sofrimento do paciente. (DXVI – 4)

DEPOIMENTO XVII

“Como eu vejo o acolhimento, é uma parte importantíssima da AB, primária, secundária e terciária, seja qual for o nível de atenção o acolhimento é tudo. Você pode até inclusive não satisfazer o seu cliente e ele sair rindo, feliz da vida, então, é a porta de entrada, é o espelho da casa, eu acho isso.

Agora como eu vejo o acolhimento aqui e em todos os lugares que eu já trabalhei que tenho 20 anos de serviço publico

É muito difícil você chegar a atingir o objetivo que você quer, porque falta treinamento para as pessoas, conscientização, preparo, perfil. E é difícil às vezes as pessoas não tem perfil , é difícil, não pode tirar dali por causa da política, difícil mexer no funcionário no serviço publico.Você acaba deixando pessoas mal preparadas no acolhimento e que nos causa muito problema, os problemas são causados no acolhimento.

Inclusive o usuário reclama muito do acolhimento.

Ninguém fala com delicadeza, com amor, com atenção para o cliente. São mal atendidos.

Explica que não tem vaga, vê o que ele precisa como tentar quebrar o seu galho .

Ele tem que sentir que a pessoa que está ali, tá querendo ajudá-lo não quer descartá-lo, é isso que eu vejo hoje, o nosso cliente pensa isso.

O acolhimento passa essa emoção, esse sentimento para o usuário.

- não tem vaga

-chegou mais tarde, isso é hora de chegar

- sua vaga já foi

-mas, eu não tô bem?

- não tem um jeitinho?

-Não tem, é reagendar mesmo

Então, não é por aí. No começo aqui tinha uma reclamação imensa do acolhimento, muito grande quando eu vim pra cá, uma queixa que eu tinha que sanar começou a centralizar em mim.

Não tem vaga, vai conversar com a enfermeira.

Conversa com você, faz uma avaliação, se era uma emergência, se não era eu tentava outro dia, ou pronto socorro, arrumava uma ambulância, dava uma resposta.

Começou parar a reclamação, hoje não tá tanto assim, começou sanar esse problema, os funcionários da frente adquiriram experiência. Hoje eu gostaria muito de melhorar o acolhimento aqui, acho que falta muito, falta muito, é isso”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- É uma parte importantíssima da AB, primária, secundária e terciária, é tudo, você pode não satisfazer o seu cliente e ele sair feliz da vida.	1-O acolhimento é importante em todos os níveis de atenção do sistema. Pode não ser resolutivo, mas deve ter atenção dispensada . (XVII 1)
2- É a porta de entrada, é o espelho da casa.	É o primeiro contato do usuário com a UBS. (XVII 2)
3 -Falta treinamento para as pessoas, conscientização, preparo e perfil. Você acaba deixando pessoal mal preparado para o acolhimento.. E é difícil as vezes as pessoas não tem perfil , é difícil, não pode tirar dali por causa da política, difícil mexer no funcionário no serviço publico.Os problemas são causados no acolhimento.	Percebe que há falta de treinamento, conscientização, preparo e perfil para os profissionais. (XVII 3) Relata que os problemas partem das situações de não acolhimento realizadas por profissionais sem qualificação.
4-Ninguém fala com delicadeza, com amor, com atenção.	O acolhimento ocorre quando é dado ao paciente atenção, amor e um tratamento com delicadeza. (XVII 4)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO

1. A postura acolhedora 1.1 A importância do acolhimento em todos os níveis do sistema de saúde. 1.2. Falta perfil para o acolhimento no relacionamento interpessoal.	O acolhimento é importante, necessário em todos os níveis de atenção do sistema de saúde e deve ser resolutivo capaz de satisfazer o usuário em suas necessidades de saúde. (DXVII -1) O acolhimento é entendido apenas como um atendimento afetivo, educado e gentil. (DXVII – 4)
2. Falta de investimento para o acolhimento 2.1. Necessidade de educação em saúde para os profissionais que realizam o acolhimento.	Os problemas ocorrem em decorrência de ações de acolhimento realizadas por profissionais sem qualificação para acolher. (DXII – 3)

DEPOIMENTO XVIII

“Acolhimento dentro do serviço, é receber a pessoa, ouvi-la, trabalhar com o problema dela pra vir com a solução e normalmente não tem como está acontecendo isso, pela falta de tempo, pela falta de funcionários mesmo. Porque quando você delega mais de uma função ele não consegue fazer tudo exatamente como deve ser feito, porque falta tempo, uma vez que a demanda é grande.

Pra mim acolhimento é a acolher as pessoas, é ouvir-las em suas queixas. Procurar resolver ou encaminhar a pessoa da melhor forma possível não expô-la a nenhuma vulnerabilidade, eu acho que é isso”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- É receber a pessoa, ouvi-la e já trabalhar com o problema dela pra vir com a solução.	Percebe o acolhimento como um processo de receber o usuário, ouvir o problema e solucioná-lo rapidamente. (XVIII 1)
2- Não tem como tá acontecendo isso pela falta de tempo, pela falta de funcionários mesmo, porque quando você delega mais de uma função ele não consegue fazer... Porque falta tempo.	Refere que a falta de tempo e o número reduzido de trabalhadores na saúde são dificultadores do processo de acolhimento. (XVIII 2)
3- É acolher as pessoas... Ouvir as suas queixas, resolver ou encaminhar, e não expor a nenhuma vulnerabilidade.	Percebe o acolhimento como um processo de acolher, ouvir, resolver e encaminhar, sem que haja exposição à vulnerabilidade. (XVIII 3)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Processo de trabalho do enfermeiro e as etapas do acolhimento. 1.1. O acolhimento é constituído por diferentes etapas.	A enfermeira percebe o acolhimento como um processo que inicia-se com o chegada do paciente até a solução do problema. (DXVIII -1)
2. Falta de investimento para o acolhimento 2.1. A falta de recursos humanos.	A ausência de profissionais em número suficiente para as funções da unidade básica de saúde, é um dos fatores

	negativos que fazem com que os profissionais da saúde não tenham tempo para o acolhimento.(DXVIII – 2)
3. Processo de trabalho do enfermeiro e as etapas do acolhimento 3.1. O acolhimento é constituído por etapas e não expõe, o usuário a vulnerabilidade.	A vulnerabilidade é um risco, uma fragilidade que pode ser biológica ou social. Acolher é também não expor os usuários a nenhum tipo de vulnerabilidade ou compreender a sua vulnerabilidade. (DXVIII – 3)

DEPOIMENTO XIX

“O acolhimento a gente faz não da forma como deveria ou como a gente gostaria, porque, devido à dificuldade que a gente encontra na unidade, que são entre tantas, a mais grave que eu vejo é a falta de recursos humanos.

A gente tem o numero menor que o mínimo para se trabalhar numa unidade de saúde como devem ser trabalhados os programas e a atenção básica em si.

Quando chega um paciente, a gente procura atender o melhor possível, mas não basta, por quê? Porque infelizmente na unidade a gente serve como bombeiro, a gente fica apagando os fogos.

E ao mesmo tempo em que tem uma na sala, tem três, quatro te chamando e devido às dificuldades que tem na própria unidade. Por exemplo: a enfermeira não tem uma sala, um local próprio, por mais que já tenha pedido negociado, entrou em exaustão isso daí, a gente não consegue, não tenho, eu não sei por que o profissional enfermeiro dentro de uma unidade ele não é visto com a importância que ele tem.

O enfermeiro é uma mão de obra boa e barata, mas não tem o devido valor, de tudo que a gente faz..

A gente trabalha como um técnico, infelizmente é a realidade de hoje em dia, eu vejo aqui e em outros lugares, a gente é mais um técnico apenas, é uma mão de obra mais capacitada, mas para resolver problema ai sim é tudo a gente.

Aqui a gente reivindica uma sala para fazer as consultas, triagem, a gente não tem a gente pega um paciente você até tenta levar pra uma sala, um consultório desocupado que não esta sendo usado, tá tentando fazer uma consulta , assim a olho quando você vê que é um paciente que está com mais problema. A gente pega mais gestante e isso é bem critico....

Chama numa sala pra explicar, orientar, perguntar as dúvidas tudo que ela deseja e o que ela precisa. Às vezes o que ela de deseja, não é o que ela precisa, a gente chama faz as orientações, mesma coisa com o hipertenso e o diabético, o problema é que como a sala não é nossa toda hora ta entrando alguém ou o medico chega e você não pode usar aquele determinado horário.

Você fica ali com a cabeça lá fora por mais que você e que faça não é o adequado. Um enfermeiro por unidade pode ser pouco, daria se tivesse técnico suficiente nos não temos.

A gente conta com três técnicos fazendo tudo, é vacina, todo trabalho de prevenção, tudo, alimentação dos programas, tudo a gente que faz e eu não entrar junto com ele fica inviável o andamento da unidade problema grande nosso é esse aqui, a gente faz muitos grupos, marcava horário fora no começo, faz muita diferença tinha dois funcionários a mais, mas, agora está todo mundo muito desmotivado, a gente faz, faz, mas não é que você quer um retorno as pessoas não entendem a necessidade do que você ta fazendo, não vê aquilo como importante por mais que a gente fale é um pouco difícil o entendimento das partes.

A gente tem que ficar apagando fogo, é onde a gente fica desmotivada. O acolhimento em si na unidade, ela vai faz a fichinha dela, vê o medico que ela quer, faz a fichinha e a gente procura não deixar esse paciente voltar para casa sem ser atendido, apesar de ter um numero reduzido de medico, a gente conta hoje com um clinico, uma pediatra, uma ginecologista só e com esse pouco a gente tenta fazer o máximo, eles querem estipular números e a gente expõe pra eles que tudo bem, não são obrigados a atender a cidade inteira mas não precisa se limitar ao mínimo.

A pediatra faz um trabalho muito bom, ela orienta, ela procura criança faltosa, ela pede pra ir atrás dessas crianças, mas na unidade quando chega a gente

procura atender logo, quando é um caso de pronto socorro, porque a cidade é pequena e o pessoal não tem a noção de unidade básica e pronto socorro e encaminha para o P.S e pede uma ambulância pra ta levando. A gente dar o atendimento sempre na unidade.

O que dificulta é o numero reduzido de profissionais médicos, a gente tem reduzido tudo.

Pra mim acolhimento no geral, o paciente chega à unidade, poder estar conversando com ele, saber as reais necessidades dele e estar orientando do que ele precisa realmente, dentro da necessidade dele o que ele quer saber, tentar dar pra ele o que ele precisa, se veio pra uma consulta, ofertar a consulta e saber por que, ele ta fazendo uso das medicações correta, a parte da orientação.

Tem que ser bem recebido ele tem que ter esse acesso, pra ele ta voltando e tem que saber que com a gente ele pode estar falando, não ter receio, vejo que é uma coisa mais ou menos assim.

Deixar o ambiente que ele se sinta seguro pra falar pra expõe o problema dele a gente dentro das possibilidades ajudar, estar resolvendo.

Ele vem, consulta, sai você não tem uma pós-consulta, sai com a receita ninguém orienta o que ele deve tomar ninguém ensina o horário e a importância do horário do antibiótico, fico muito preocupada, pego muito no pé das meninas, esse problema a gente tem porque tanta resistência a antibiótico tudo... Eles não sabem, acham que o antibiótico é como uma dipirona toma três dias e depois de quatro dias volta de novo, a parte da orientação, engloba tudo da hora que chega ver o que ele procura pras reais necessidades que ele precisa tudo faz parte do acolhimento.

Porque ele procura uma cura, ta ele vem passa no medico, pega o remédio, mas ele não sabe usar o remédio.

Tudo isso faz parte do acolhimento. Você consegue isso como? Conseguindo ficar frente a frente com a pessoa, sentar com ela, conversar com um pouco mais de calma, não que você vai perder todo seu tempo do mundo, claro que não, tem casos e casos, têm outros que você vai precisar perder mais tempo.

Programar um retorno pra ver se melhorou se foi sanado, se é alguém do PSF, encontrou dificuldade de medicação entrar em contato como agente pra estar indo fazer visita. Penso que engloba tudo isso, o acolher, o ver, trazer pra gente os problemas dos outros, pra tentar resolver”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- O acolhimento a gente faz, não da forma como deveria ou como a gente gostaria...devido a dificuldades, a mais grave que eu vejo é a falta de recursos humanos.	Percebe que o acolhimento não é realizado na sua complexidade, devido a falta de profissionais para realizá-lo. (XIX 1)
2- A enfermeira não tem uma sala...pra fazer nossas consultas, nossa triagens, você até tenta levar para uma sala, um consultório desocupado.	Relata que a outra dificuldade é a falta de espaço físico próprio para o enfermeiro realizar suas atividades. (XIX 2)
3- A gente fica apagando fogo.	Percebe que o enfermeiro não realiza as atividades que lhe são privativas, para resolver outros problemas, e fazer outras atividades. (XIX 3)
4- O acolhimento em si na unidade, ela faz a fichinha do usuário, vê o médico que ela quer, e a gente procura não deixar esse paciente voltar para casa sem ser atendido.	Relata que o acolhimento na unidade é fazer a ficha do paciente, permitir a escolha do médico e não deixar o paciente sair sem ser atendido. (XIX 4)
5- Pra mim acolhimento é, o paciente chega na unidade, poder estar conversando com ele, saber as reais necessidades dele, tá orientando do que ele precisa realmente dentro da necessidade	Percebe que o acolhimento é o paciente chegar na unidade, dialogar como ele, conhecer as suas necessidades e orientá-lo a partir das suas necessidades e desejos, conhecer os motivos da consulta e orientar o uso correto das

dele o que ele quer saber, tentar dar pra ele o que ele precisa. E veio pra uma consulta ofertar a consulta e saber por que, se ele ta fazendo uso das prescrições corretamente, a parte da orientação	medicações.(XIX 5)
6- Tem que ser bem recebido...ter esse acesso, pra ele ta voltando e...saber que com a gente ele pode estar falando, não ter receio, vejo, que é uma coisa mais ou menos assim.	Relata que o acolhimento é receber bem o paciente, dar acesso, para estar retornando e ter confiança para falar sem receio.(XIX 6)
7- Deixar o paciente num ambiente que se sinta seguro para falar, para expor o problema dele, a gente dentro das possibilidades ajudar, tá resolvendo.	Percebe que o ambiente deve transmitir segurança para o paciente falar e expor seus problemas e dentro das possibilidades resolvê-los. (XIX 7)
8- Engloba tudo da hora chega, ver o que ele procura para as reais necessidades que ele precisa, tudo faz parte do acolhimento...penso que engloba tudo isso,o acolher,o ver, trazer pra gente os problemas dos outros, pra tentar resolver.	Percebe que o acolhimento é amplo e engloba a chegada do paciente, suas necessidades, a avaliação dessas necessidades. (XIX 8)
9- Conseguindo ficar frente a frente com a pessoa, sentar com ela... Não que você vai perder todo seu tempo do mundo, claro que não,	Percebe que o acolhimento só se faz ficando frente a frente com a pessoa, sentar com ela e dispensar o tempo que for necessário dependendo de cada

tem casos e casos, tem outros que você vai precisar perder mais tempo, programar um retorno, pra ver se melhorou, se foi sanado.	caso.(XIX 9)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Falta de investimento para o acolhimento 1.1. Falta de recursos humanos.	Para o acolhimento torna-se necessário pessoal em número suficiente, isso é um dificultador do processo de acolhimento. (DXIX – 1)
1.2. A falta de recursos físicos para o processo do acolhimento em suas diferentes etapas.	A falta de espaço físico adequado para enfermeiros realizarem o acolhimento, torna-se outro dificultador do processo e que impede o profissional enfermeiro de realizar suas atividades. A triagem é algumas vezes confundida com o acolhimento. (DXIX -2)
2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 2.1. A necessidade de um modelo de atenção de qualidade centrado no usuário. 2.2. Facilitador do acesso	O modelo de atenção que prioriza o atendimento médico torna os demais profissionais subutilizados na sua capacidade laborativa, o que pode prejudicar a resolução dos problemas dos usuários. (DXIX - 4) Acolhimento, acesso e vínculo são

2.3. Acesso e integralidade	indissociáveis, um só se constrói com o outro. O vínculo é construído nas relações entre profissional e usuário e pode ser terapêutico. (DXIX – 6) Percebe o acolhimento como a dimensão de acolher, ver o paciente na sua integralidade, trazer os problemas e tentar resolvê-los. (DXIX – 8)
3. Processo de trabalho do enfermeiro e as etapas do acolhimento 3.1. É constituído por etapas e não expor o usuário a vulnerabilidade	Para o acolhimento existem etapas a serem percorridas como receber, escutar, avaliar, priorizar, resolver ou encaminhar e vincular. A orientação também é parte do processo de acolhimento em todas as etapas. (DXIX – 5) A avaliação da vulnerabilidade de cada indivíduo traz equidade para o atendimento, pois avaliará a fragilidade de cada um no processo saúde – doença. (DXIX – 9)
3.2. Escuta das necessidades do usuário	Para o acolhimento como tecnologia leve nos processos de trabalho não é necessário muitos recursos físicos, um ambiente acolhedor é aquele que oferta condições de privacidade para a escuta,

	traz conforto para o paciente e segurança. (DXIX -7)
3.3. Forma de sistematizar a assistência sendo resolutivo e promovendo a saúde.	Refere-se ao processo de trabalho do enfermeiro, que por não sistematizar a assistência, resolve outros problemas e realiza algumas atividades em detrimento de outras, deixando de realizar o que é de sua competência. (DXIX – 3)

DEPOIMENTO XX

“Vou falar como eu percebo o acolhimento nas UBS, talvez seja por falta de estrutura simplesmente, talvez seja mais por falta de capacitação dos profissionais da área, e talvez até por sensibilidade do próprio profissional que esteja ali, que ele é um bom profissional, mas ele não tem assim perfil para aquela função que ele desempenha então quando a gente trata de perfil, perfil e acolhimento estão muito relacionados uma coisa a outra. Se você tem perfil, o acolhimento se torna automático você muitas vezes não precisa nem de capacitação, porque você coloca como princípio básico não faça para o outro o que você não quer que façam pra você.

Então, se eu quero ser bem atendido naquele local, se eu quero ter as minhas necessidades atendidas naquele local e o mesmo que eu vou oferecer para aquela pessoa que me procura naquele local para consulta se a pessoa vem em busca da consulta e eu não tenho a consulta. Para fornecer naquele momento, mas o que eu posso fazer, além disso, e mostrar para o paciente que a unidade não está aberta só para o serviço medico, ou seja, a função dela, e eu tenho farmacêutico, eu tenho enfermeiro, eu tenho médico, eu tenho auxiliar e técnico e outros serviços disponíveis que pode estar usando e fazer com que ele enxergue a UBS de outra forma

Por exemplo: nos iniciamos o grupo de gestantes o que sempre deixa claro para elas a importância da equipe de enfermagem então, quando ela está com algum problema ou alguma coisa e mostrar que a enfermagem pode ajudá-la, acolhê-la também. Eu acho que o acolhimento tem uma abordagem mais ampla

Falta estrutura, falta capacitação a respeito, falta conhecimento a respeito, mas eu acho que se a pessoa tiver bom senso, sensibilidade melhor, faz o acolhimento automaticamente, mas isso ainda está falho dentro das unidades, ainda está a passos de formiguinha, acredito que tenha melhorado um pouco essa visão, mas ainda falta muito para ser trabalhado. Acho que é isso”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Perfil e acolhimento estão muito relacionados... você coloca como princípio básico, não faça para o outro o que você não quer que façam pra você.	Percebe que o acolhimento está relacionado às características da pessoa que acolhe e a empatia. (XX 1)
2- Falta estrutura, falta capacitação a respeito, falta conhecimento a respeito.	Revela ausência de recursos físicos e educação em saúde para o acolhimento. (XX 2)
3- Se a pessoa tiver bom senso e sensibilidade melhor, faz o acolhimento automaticamente... mas ainda está falho dentro das unidades ... ainda falta muito para ser trabalhado.	Percebe ser necessário bom senso e sensibilidade para o acolhimento acontecer automaticamente e a necessidade de investimentos. (XX 3)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. A postura acolhedora 1.1. O perfil para acolher deve estar presente nos profissionais em todos os espaços da unidade. 2. Falta de investimento para o acolhimento.	Os atributos pessoais e a empatia fazem parte do acolhimento.
2.1. Necessidade de educação em saúde e as diferentes formas de relacionamento profissional e usuário.	Também é necessário educação em saúde para a realização do acolhimento. (DXX – 1)
2.2. Falta de recursos físicos.	Existem dificuldades para o acolhimento devido a falta de investimentos tanto em estrutura física Estes fatores mostram que o

	acolhimento está falho dentro das unidades e que existe muito a ser feito. (DXX – 2)
--	---

DEPOIMENTO XXI

“Igual aqui tem esse acolhimento com a gestante, a gente consegue transmitir confiança, qualquer coisa que acontece com ela, ela vem falar com a gente, nós transmitimos confiança. Participam das palestras se não perguntam na hora elas vem depois para perguntar, vem procurar a vacina, mesmo no puerpério, elas voltam para o exame do pezinho, primeira vacina.

Aqui tem 1.360 habitantes, a gente tem essa facilidade pelo município ser pequeno.

Acolhimento pra mim é essa recepção, esse feed back que a gente consegue ter com a gestante, por exemplo, eu acho isso é o acolhimento, ela foi bem acolhida”.

UNIDADE DE SIGNIFICADOS	REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA
1- Aqui tem esse acolhimento com os pacientes, à gente consegue transmitir confiança.	Percebe que o acolhimento é transmitir confiança. (XXI 1)
2- Pra mim é essa recepção, esse feedback que a gente consegue ter com o paciente, por exemplo, eu acho isso é o acolhimento. Ele foi bem acolhido.	Percebe que o acolhimento está na devolutiva, no retorno do que foi transmitido aos pacientes. (XXI 2)
TEMATIZAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
1. Postura acolhedora 1.1. O perfil para acolher deve estar presente nos profissionais e em todos os espaços da unidade.	O enfermeiro percebe o acolhimento como uma relação de confiança, um vínculo entre enfermeiro – paciente capaz de melhorar a qualidade da assistência. (DXXI -1)
2. Os princípios do SUS e sua relação com o acolhimento. 2.1. As diferentes formas de relacionamento entre enfermeiro e usuário.	Percebe o acolhimento como um retorno das informações que foram transmitidas antes nas palestras do enfermeiro. Esse retorno mostra uma comunicação, a importância do relacionamento e que o acolhimento favorece a comunicação. (DXXI - 2)

4.3. ANÁLISE NOMOTÉTICA

Análise nomotética é composta do entendimento global dos depoimentos, buscando generalizar, apreender a estrutura típica e revelar o fenômeno em estudo. Para tanto, busca compreender as divergências, convergências e idiossincrasias expressas pelas unidades de significados. É o momento em que o pesquisador interpreta o fenômeno de modo geral sem deixar perder a individualidade de cada depoimento.

4.3.1. QUADRO

Para demonstrar, de forma sintética, o agrupamento das categorias e os depoimentos pertencentes a cada categoria, recorri ao quadro descrito a seguir:

Quadro 1 – NOME DAS CATEGORIAS E DEPOIMENTOS RELACIONADOS

<u>CATEGORIAS</u>	<u>DEPOIMENTOS</u>
A FALTA DE INVESTIMENTO PARA O ACOLHIMENTO.	II; IV; XVIII
OS PRINCÍPIOS DO SUS E SUA RELAÇÃO COM O ACOLHIMENTO.	III; V; IX; X; XII; XV
O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO E AS ETAPAS DO ACOLHIMENTO.	VII; XIV; XVI; XVII; XVIII; XIX
ACAO MULTIDISCIPLINAR	VI; XI
A POSTURA ACOLHEDORA.	I; XIII; XX; XIX

4.4 CONVERGENCIAS, DIVERGÊNCIAS E IDIOSSINCRASIAS

Na identificação do comum, ou seja, daquilo que foi semelhante na percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento relacionou-se, a dificuldade de definição de acolhimento, que o revelaram ora como um processo com várias etapas ; ora como uma relação profissional – usuário com subjetividades. Outro ponto comum foram as dificuldades encontradas para implantação do acolhimento nas unidades básicas. Dentre elas a necessidade de investimento em quantidade e qualidade de pessoas, recursos físicos, qualificação profissional, com maior investimento em educação para a saúde, e pautado no modelo de atenção a saúde centrado na oferta de consulta medica. O desejo de melhorar o acolhimento na atenção básica, especificamente na porta de entrada, bem como, na assistência integral.

Na identificação do incomum, ou seja, daquilo que divergiu na percepção dos enfermeiros destacou-se, o acolhimento extramuros, aquele implementado com sucesso e modelo de atenção usuário – centrado. Dentre as idiossincrasias destaca-se o acolhimento como proposta do Programa Nacional de Humanização, promoção da saúde, prevenção de doenças, facilitador para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a importância nos três níveis de atenção a saúde.

4.5 CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

A leitura e releitura cuidadosa e minuciosa dos depoimentos possibilitaram a constituição das categorias concretas do vivido. Buscou-se compreender, em todos

os depoimentos, a percepção dos enfermeiros sobre acolhimento na atenção básica nos municípios da região de Lins.

Para tanto, analisou-se cada depoimento individualmente, revelando as particularidades de cada um deles para depois realizar a análise global, agrupando as convergências temáticas, constituindo as categorias concretas do vivido.

4.6. CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

CATEGORIA 1 - AÇÃO GERENCIAL DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

✓ ***“Falta de recursos humanos e equipe multiprofissional”***

Os enfermeiros sujeitos deste estudo reconhecem essa sobrecarga de trabalho e este fato como dificultador para implantação do acolhimento nas unidades.

Os trechos dos depoimentos abaixo evidenciam essa sobrecarga como consequência e fator de impedimento a realização do acolhimento:

“Na minha realidade aqui na unidade o que eu enxergo é que o quadro de funcionários é bem diminuído para a necessidade que a gente tem. E acaba sobrecarregando. E na parte de acolhimento fica devendo muito” (DEP.II).

“Não tem como você atender bem todo mundo que passa na unidade. Como uma pessoa no balcão e fazendo “N” tarefas pode atender bem? Não dá!” (DEP.III).

“Os enfermeiros acabam sobrecarregados, porque você tem farmacêutico, tem dentista, mas tudo cai nas costas do enfermeiro dentro da unidade, inclusive de tentar fazer um acolhimento”. (DEP.XIII).

No que refere –se as atividades do processo de acolhimento, por não ser uma atividade específica de uma determinada profissão, todos os profissionais que atuam

no serviço de saúde, podem estar comprometidos e capacitados para receber a população com ações acolhedoras.

O depoimento abaixo evidencia essa compreensão:

“O acolhimento inicia-se na recepção, na porta de entrada dos serviços de saúde e deve permear todos os setores. Os diferentes trabalhadores devem ser capazes de fazer o atendimento” (DII-3).

Para alguns enfermeiros o número insuficiente de funcionários relaciona-se à execução ou melhoria das ações de saúde no desenvolvimento de programas como evidencia o trecho abaixo:

“O acolhimento que a gente faz não é da forma como deveria ou como a gente gostaria, porque devido à dificuldade que a gente encontra na unidade, que são entre tantas, a mais grave que eu vejo é a falta de recursos humanos. A gente tem o número menor que o mínimo pra se trabalhar numa unidade de saúde como devem ser trabalhados os programas e a atenção básica em si. O que dificulta é o número reduzido de profissionais médicos, a gente tem reduzido tudo”. (DEP. XIX)

“Um enfermeiro por unidade pode ser pouco, daria se tivesse técnico suficiente, mas nós não temos”. (DEP.XIX)

No depoimento a seguir, apesar de acreditar que haja acolhimento em sua unidade, o enfermeiro reconhece que precisa melhorar, mas que um dos fatores de impedimento seja o número restrito de profissionais:

“O que falta pra gente fazer um acolhimento de qualidade, acho que é tempo de dedicação mesmo no trabalho. Porque a AB trabalha com número restrito de funcionários”. (DEP.XIV)

Com o aumento da demanda de usuários e suas diferentes necessidades há maior exigência da equipe de enfermagem, acarretando uma sobrecarga de trabalho e com isso dificultando a implantação de ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada. Assim, os enfermeiros enfrentam dificuldades no planejamento e na justificativa da adequação de recursos humanos, no que refere-se a melhoria da assistência como no atendimento as demandas e racionalização de custos.

O trabalho em equipe é um modo de trabalho coletivo ao contrario do modo isolado e independente em que a maioria dos enfermeiros realiza o seu trabalho diário nas unidades de saúde.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem interfere diretamente na eficácia, qualidade, e custo da assistência à saúde, e por outro lado, gera conflitos entre esses profissionais uma vez que o quadro de pessoal de enfermagem representa o maior quantitativo e como consequência o maior custo das organizações de saúde.³⁹

Em experiência de implantação de acolhimento em unidade básica de saúde optou-se pela organização de uma equipe de acolhimento composta pelos profissionais de nível superior, por uma técnica e auxiliares de enfermagem para oferecer a escuta aos usuários.²⁵

Há opiniões que se contrapõem ao fato de haver essa equipe de acolhimento, pois acreditam que este tipo de organização poderá des – responsabilizar os demais profissionais.⁴⁰

Afastando-se deste tratamento de acolhimento desempenhado por profissional e local determinado, propõe-se o acolhimento dialogado, como técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento. Em sentido mais amplo, corresponde às conversas que

se dão nos serviços em que se identifica, elabora e negocia as necessidades a serem contempladas.⁴¹

✓ ***“Falta de recursos físicos para a resolução das necessidades do usuário”***

Os enfermeiros desvelaram nas descrições a ausência de recursos físicos para a realização do processo de acolhimento. O espaço físico contribui para acolher, pois favorece a escuta dos problemas dos usuários. Contudo os enfermeiros revelaram que o acolhimento não se restringe a um ambiente acolhedor, exige muito mais que a estrutura física da Instituição, como evidencia o trecho do depoimento a seguir:

“Não é só tratar bem, ter cadeira para sentar.....Não é só ter um bom ambiente, uma boa infra estrutura, claro isso é importante,faz parte do acolhimento, mas, é também dar respostas”. (DEP. X)

Já os trechos dos depoimentos abaixo revelaram somente a falta de espaço físico como fator de impedimento para a realização do acolhimento:

“As condições para fazer um acolhimento decente com o seu valor e tudo, ai eu acho que precisa melhorar o recurso físico. (DEP.III)

“É, acaba sendo um pouco difícil porque nós não temos uma sala para ter o acolhimento...”. (DEP.IV)

“A enfermeira não tem sala, um local próprio, por mais que já eu tenha solicitado, não consegui. Aqui a gente reivindica uma sala para fazer consultas,

triagem, a gente não tem, a gente pega um paciente você até tenta levar pra uma sala, um consultório desocupado que não está sendo usado, e fazer lá”.(DEP.XIX)

Para o desenvolvimento das atividades assistenciais de saúde, é preciso garantir condições adequadas de trabalho, no que se refere ao atendimento das necessidades dos usuários e profissionais. O papel do enfermeiro no planejamento do espaço físico se faz importante para o dimensionamento dos recursos constituintes das unidades assistenciais, assim como a inserção e o impacto desse espaço no ambiente social.⁴²

No contexto do recurso físico, o conceito de ambiência se faz importante para as necessidades apresentadas pelos pacientes quando na realização do acolhimento.

Ambiência compreende o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais relacionado a um projeto de saúde focado na atenção acolhedora e resolutiva.⁴³

A ambiência nos serviços de saúde diz respeito tanto às tecnologias quanto a outros componentes estéticos como a luminosidade, ruídos e temperatura. Além disso, é importante o ambiente afetivo expresso na forma do acolhimento e da atenção oferecida ao usuário, destacando-se também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

✓ ***“Necessidade de educação em saúde para o acolhimento e desta forma compreender melhor seu significado”***

A percepção dos enfermeiros sobre acolhimento aborda a necessidade de educação em saúde como instrumento para atender as necessidades de conhecimento sobre o tema e como consequência maior capacitação.

“A minha percepção é que o acolhimento ainda esta deixando muito a desejar... só os cursos básicos não dão resultados práticos, não são suficientes”. (DEP. I)

“Então, a minha percepção é esta, a gente ta tentando, a gente ta andando, a gente ta em processo de aprendizagem em relação ao acolhimento”. (DEP. V)

A educação em saúde para os enfermeiros se configura num intuito para atender as necessidades de falta de conhecimento sobre acolhimento

“A minha percepção é de que falta conhecimento de acolhimento de alguns funcionários. Eu acho assim que deveria ter uma capacitação”. (DEP.VIII)

“falta treinamento para as pessoas, conscientização, preparo, perfil... os problemas são causados no acolhimento... o usuário reclama muito do acolhimento”. (DEP. XVII)

A educação continuada possibilita o fortalecimento de um olhar humano e subjetiva do ser humano.⁴⁴

A promoção de ações transformadoras na saúde é viabilizada pela educação continuada. É um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora.⁴⁵

No que refere-se a educação em saúde, a Política Nacional de Formação para o SUS contribui, na construção da gestão com autonomia e descentralizada do SUS, na regionalização e interiorização da atenção à saúde, bem como no cuidado integral que produza acolhimento, vínculo e responsabilização e no fortalecimento da participação e controle popular.⁴⁶

A educação permanente em saúde para SUS trabalha com a aprendizagem que dá sentidos e tem como proposta as mudanças das práticas dos profissionais pautada na reflexão crítica das ações na realidade das práticas dos atores reais, ou seja, no cotidiano do seu trabalho na rede de serviços. Sendo a educação permanente a aprendizagem no trabalho incorporada no dia a dia das instituições, propõe-se que as capacitações sejam organizadas na ótica das necessidades dos usuários, gestores e comunidade, que tenham como finalidade a mudança nas práticas em saúde.

Essas necessidades de capacitação são detectadas por meio da problematização do processo de trabalho e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde - garantindo a sua implementação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.⁴⁷

CATEGORIA 2- ACOLHIMENTO ENQUANTO FERRAMENTA DE VÍNCULO, ACESSIBILIDADE, UNIVERSALIDADE E HUMANIZAÇÃO

✓ **Princípios do SUS**

Os princípios do SUS, integralidade e equidade são descritos no depoimento como forma de fortalecer ações acolhedoras na assistência.

Na atualidade avanços importantes na reorganização de serviços apontam o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a concretização e fortalecimento dos princípios do SUS, em especial a integralidade, universalização e equidade em saúde.⁴⁸

Na percepção sobre acolhimento, os enfermeiros estabeleceram relação com os princípios do SUS, e acreditam que, com o acolhimento esses princípios são aplicáveis no cotidiano das unidades básicas de saúde. Como segue o trecho da entrevista:

“Aqueles, eu não sei como chama no SUS, eqüidade, integralidade. A gente tenta ver como um todo e o usuário sair satisfeito”. (DEP.III)

No entanto, para o Programa Nacional de Humanização, apesar dos esforços, o SUS tem inúmeros desafios a enfrentar para consolidar seus princípios e avançar como política universal, equânime, acessível e resolutiva.⁴⁹

O trecho do depoimento abaixo evidencia o princípio da universalidade e as dificuldades para sua aplicabilidade, bem como, reconhece o direito à saúde, entretanto não vislumbra o direito garantido.

“Assim, eu acho difícil no momento, nos outros lugares eu acho que é da mesma forma, é mais difícil eu acho na AB, por mais que você tenha direito a tudo, SUS é pra todos, no momento não está funcionando assim, o que eu estou vendo, estou sentindo, estou passando.” (DEP.IX)

A partir do princípio da integralidade salienta-se que o indivíduo deve ser visto como um ser humano dotado de sentimentos, história de vida e que possui uma rede social. Partindo-se deste ponto, leva-se em consideração a necessidade e o nível de complexidade de cada indivíduo.⁵⁰

O acolhimento possibilita o atendimento humanizado, garantindo o acesso a todas as pessoas, à escuta qualificada dos problemas responsabilizando-se pela resolução dos mesmos. A resolubilidade é o objetivo final do trabalho em saúde, e o acolhimento pode garantir essa resolução por meio de ações efetivas diante das necessidades do usuário.⁵¹

É uma forma de garantir que o atendimento, o primeiro contato aconteça de maneira concreta, considerando que este momento é essencial para que o usuário encontre uma estrutura que possa atendê-lo humanamente e com eficiência.⁵²

O enfermeiro revela ser fundamental o acolhimento na Atenção Básica:

“Eu acho que o acolhimento na AB é fundamental. Porque a atenção primária é a porta de entrada pra todo o sistema de saúde no SUS”. (DEP. X)

A atividade de recepção do usuário no serviço de saúde é entendida como espaço primordial de investigação, elaboração e negociação, sendo fundamental que ocorra de maneira acolhedora.⁵³ Entretanto, o acolhimento não pode ser entendido somente como recepção do usuário na Unidade Básica de Saúde, mas deve ser compreendido como um conjunto de ações que caracteriza toda a assistência que será essencial para concretização e efetivação do atendimento.⁵⁴ Houve essa compreensão, conforme o trecho do depoimento:

“O ponto de partida para o acolhimento pode estar na recepção, mas todos os serviços devem acolher...” (DEP. I)

Fornecer aos usuários da Atenção Básica uma assistência com qualidade, atenção e afeto pautada nos princípios do SUS e da PNH deve ser tarefa diária de todos os profissionais dos serviços de saúde.⁵⁵

Humanizar as atividades de atenção à saúde e as relações interpessoais entre equipe, usuários e o serviço, significa acolher.⁵⁶ O acolher está em todos os diálogos estabelecidos entre profissionais de saúde e usuários.²⁴

O Programa de Humanização – Humaniza SUS, surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, com a proposta de comprometimento com a humanização na Atenção Básica. E no âmbito da atenção básica há experiências expressivas de aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhora na qualidade do cuidado.

É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo, seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato. Para

que isso ocorra o enfermeiro deve tornar o seu trabalho mais para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário e tornando – se um profissional com maior resolubilidade. Muitas vezes, os princípios, diretrizes e a composição do SUS não são compreendidos e tampouco defendidos por toda a equipe de saúde.²³

Na Estratégia de Saúde da Família os enfermeiros revelaram que o acolhimento pode ocorrer tanto no domicílio como na unidade de saúde e que tem como objetivo uma atenção integral na relação trabalhador – usuário e em comum acordo com as diretrizes do programa, com o intuito de resgatar o usuário para a unidade. Nesta perspectiva, a família torna-se objeto central da atenção.⁵⁷ A lógica do trabalho da Estratégia da Saúde da Família está centrada na produção de sujeitos autônomos e que o acolhimento advindo juntamente com a responsabilização, resolubilidade e automização constitui-se o eixo estruturante do modelo assistencial, com grandes benefícios aos usuários.⁵⁸

Na perspectiva da integralidade, o acesso e acolhimento articulam-se e complementam-se nos serviços básicos de saúde. São desafios na construção do cuidado integral e também elementos fundamentais para a gestão e avaliação dos serviços de saúde.¹⁹

O acolhimento deve ser visto como um potente dispositivo para atender as exigências de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população; trabalhador e usuário, os sujeitos devem questionar o processo de trabalho, para desencadear alterações, visando o cuidado integral e assim, modificar a clínica.

Como segue o trecho do depoimento:

“Não só na porta de entrada que é a unidade. Mas também na casa, no domicílio que ele se sente melhor, Abertura muito grande quanto a isso, acolhimento é você conseguir trazer pra unidade ou buscá-lo também”. DEP.XV

Os enfermeiros desvelaram a importância do acolhimento como agente facilitador ao acesso e a assistência integral. Em conformidade com os trechos a seguir:

“Ah, eu percebo assim que o acolhimento embora seja uma coisa muito importante até porque nele você consegue atender a pessoa de forma integral”. (DEP.III)

“Olhar a pessoa além da doença e saber que ela é um ser que tem várias percepções naquele momento. O acolhimento é muito grande, é muito amplo”. (DEP.V)

“Dar atenção, na verdade, não seria só o cuidado medicamentoso, é atender psicologicamente, como fisicamente, como um todo”. (DEP.XV)

“Tem que ser bem recebido ele tem que ter esse acesso, pra ele estar voltando e tem que saber que com a gente ele pode estar falando, não ter receio, vejo que é uma coisa mais ou menos assim”. (DEP.XIX)

Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar

uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos.⁵⁹

Há ainda muito a ser trabalhado em termos de acesso e acolhimento nas unidades básicas com vistas a qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e a resolubilidade da assistência, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do usuário.²⁰

A garantia do princípio da integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases de atenção à saúde, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Um dos aspectos da integralidade refere-se à garantia do acesso a população aos diversos níveis de atenção, conforme níveis de complexidade, porém, a atenção primária utiliza intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo exigindo conhecimento diversificado dos profissionais. Outro aspecto, é que no sistema integral as pessoas são vistas como sujeitos indivisíveis e a atenção à saúde deve considerar todas as suas dimensões.

60

Os enfermeiros revelaram que o acolhimento no PSF é estratégia que envolve a equipe constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde, com o olhar integral da pessoa/ família assistida em seu contexto social, dando ênfase as ações preventivas. Essas percepções estão nos trechos das entrevistas:

“A minha percepção no acolhimento num PSF é a questão de uma relação multidisciplinar, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário”.

(DEP. VI)

O acolhimento é um processo em construção nas unidades de saúde da família, os profissionais o reconhecem que o mesmo amplia e estabelece vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários assistidos.¹⁹

“Porque um paciente entra no nosso atendimento, a gente acolhe esse paciente como um todo. Trazer o usuário para nós e acolhe-lo como um todo em questões sociais, de saúde, que é de fundamental importância para nós. A questão preventiva.” (DEP. VI)

“Acolhimento é você conseguir trazer pra unidade ou buscá-lo também. Dar atenção, na verdade, não seria só o cuidado medicamentoso, é atender psicologicamente, como fisicamente, como um todo”. (DEP.XV)

O acolhimento se encontra em sintonia com as diretrizes do PSF, que trabalha com a territorialização, responsabilizando-se por determinada área de abrangência que trabalha com número de famílias, áreas de risco, visitas domiciliares e desta forma, acolhe o usuário, tem acesso ao seu domicílio, conhece a realidade socioeconômica e cultural, e propicia a formação do vínculo. O PSF é constitui-se em estratégia do Ministério da Saúde que compõe ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde dos indivíduos a partir da efetivação de suas diretrizes operacionais. A primeira possibilidade de efetivação dessas ações pode estar localizada no momento do acolhimento.²²

O acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional. Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. Por meio deste trabalho o campo de competências tende a se alargar, através da troca de saberes. Assim preserva-se maior autonomia profissional e conseqüentemente das equipes.⁶

Em relação à integralidade o PSF busca o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, contribuindo para que

as equipes locais sejam capacitadas a tratar problemas de forma integral.⁶⁰ Quando se considera o conceito de integralidade tal como descrito, a prioridade atribuída a prevenção tem nesse particular uma forte conotação política e relaciona-se a prevenção de doenças da população brasileira. Hoje busca-se oferecer assistência integral através de uma articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico.

Os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas: a primazia das ações de promoção e prevenção, a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação, a abordagem integral do indivíduo e famílias.⁶¹

O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para contemplar a complexidade da atenção primária, a que compreende a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolubilidade dos problemas de saúde.⁶²

✓ ***“Ação de responsabilização e maior resolubilidade”***

Quando questionados, os enfermeiros desvelaram que o acolhimento propicia a resolução dos problemas e necessidades dos usuários, nas diferentes dimensões: biológicas, sociais e subjetivas, como seguem os trechos dos depoimentos:

“Você, ao chegar um paciente, tem que ouvi-lo, tentar entender, fazer por ele o melhor”. (DEP.III)

“É uma palavrinha tão pequena, mais que é uma coisa fundamental, mas que resolve um monte de coisa. Tem uma resolubilidade muito grande, e você realmente se preocupa com a pessoa que está chegando à unidade”. (DEP. V)

Por resolubilidade, entende-se o acolhimento como “arranjo” que facilita o enfrentamento dos problemas e potencializa a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Também, diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde.⁴²

“É a forma que a gente resolve os problemas dos pacientes conforme a necessidade de cada um”. DEP.VII

“A atenção primária deve ter uma resolução de 80%, ser resolutiva”. (DEP. X)

A atenção básica tem o compromisso de atender a população, em conformidade com os princípios do SUS e com resolubilidade dos problemas acima de 80%, sendo os casos mais complexos encaminhados a outros níveis do sistema, e acompanhados por meio da referência e contra referência, pactuados com os outros serviços, permitindo a assistência integral, com a utilização das tecnologias do cuidado a favor da resolução do problema.⁶¹

“Acolhimento é o usuário estar chegando à unidade com uma queixa e a gente tenta resolver da melhor maneira possível”. (DEP.XVI)

“Pra mim acolhimento é acolher as pessoas, ouvir as suas queixas, as suas reclamações. Procurar resolver ou encaminhar da melhor forma possível e não expor a nenhuma vulnerabilidade, eu acho que é isso. (DEP.XVIII)

O trecho do depoimento abaixo revela a possibilidade de maior responsabilidade no cuidado a partir do acolhimento:

“Me responsabilizar de uma forma ou de outra. A partir do momento que ela entrou aqui. Na verdade, eu tenho que co-responsabilizar, é eu e ela. Tenho que me colocar a par da saúde dela. O enfermeiro tem que ser responsável pelo plano de cuidados, de tratamento desde a hora que entra até a hora que sai. Então, acolhimento é isso, é ser responsável por todas as ações do usuário dentro da unidade”. (DEP. V)

A responsabilidade é a capacidade de dar respostas eficazes aos problemas evidenciados, sendo possível com o “ethos” que ama, cuida e se responsabiliza. Surge quando há consciência das conseqüências sobre as atitudes pessoas, e é capaz de revelar o seu caráter ético.⁴⁶

As ações de não responsabilização têm tendência a enxergar os problemas do usuário apenas sob o prisma da dimensão biológica. Desta forma, não revelada às outras dimensões seu problema é focado em uma única direção, deixando os demais profissionais da equipe distantes da assistência ao usuário.⁶

Com a implantação do acolhimento e a proposta de efetivar os princípios do SUS no dia a dia dos serviços, por meio da melhoria do acesso e das relações, ocorreram mudanças na forma de operar o trabalho, com a formação de vínculos, surgindo o questionamento da equipe sobre a sua responsabilização com o usuário e a população.⁶

Na própria definição da enfermagem, há a responsabilização por meio do cuidado, conforto, acolhimento e bem estar dos usuários, com o objetivo de promover a autonomia, seja atuando diretamente na assistência, ou na gestão dos

recursos para a qualidade da assistência.⁶³ Existe uma relação entre responsabilização e os princípios do SUS, e refletindo neste aspecto, existem serviços que desrespeitam o direito a saúde, desresponsabilizam-se pelos problemas e conseqüentemente pela assistência, negando o direito ao acesso.⁷

✓ O acolhimento como orientação, aconselhamento das ações nos serviços de saúde”.

Os enfermeiros revelaram perceber o acolhimento como norteador das ações de saúde na rede de serviços e que facilita o “caminhar” do usuário por meio das orientações fornecidas pelos enfermeiros, como seguem os trechos dos depoimentos:

“A gente sempre está acolhendo ele da melhor maneira possível, sempre orienta, depois que sai da pré consulta, orienta onde deve ir, onde procurar, como procurar, é isso”. (DEP. XI)

“É aconchegar e respeitar o paciente dentro dessa unidade tem que ouvir os problemas deles. Aconselhar, orientar e todo mundo sai desorientado na maioria das vezes, Você tem que fazer isso, aquilo.” (DEP. XI)

“O não estar ditando as regras do que ele deve fazer ter uma boa orientação, ele sair daqui satisfeito, acompanhar pra ver se houve resultado, o que nem sempre a gente consegue fazer”. (DEP.XIII)

“Ele vem, consulta, sai, você não tem uma pós-consulta, sai com a receita, ninguém orienta o que ele deve tomar ninguém ensina o horário e a importância do horário do antibiótico, fico muito preocupada, pego muito no pé das meninas, esse problema a gente tem porque tanta resistência a antibiótico... Eles não sabem, acham que o antibiótico é como uma dipirona toma três dias e depois de quatro dias

volta de novo, a parte da orientação, engloba tudo, desde a hora que chega ver o que ele procura quais reais necessidades que ele precisa, tudo faz parte do acolhimento”. (DEP. XIX)

“Chama numa sala pra explicar, orientar, perguntar as dúvidas tudo que ela deseja e o que ela precisa. Às vezes o que ela de deseja, não é o que ela precisa, a gente chama faz as orientações”. (DEP.XIX)

“Muitos deles não queixam de doenças, nem nada, é mais uma carência, uma conversa, um conselho, uma orientação. É o que eu tenho feito aqui, minha maior parte”. (DEP.XVI)

No que refere-se a orientação, o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na organização, resultando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial.¹³

Como técnica de conversa, diálogo orientado pela busca da maior “ciência” das necessidades de que o usuário apresenta, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las.¹³

O acolhimento-diálogo diz respeito a um tipo de norma geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer assistência.¹³

A rede de conversações seria o espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintos locais de conversa, interligadas.

✓ ***“O envolvimento dos gestores para efetivação do acolhimento no cotidiano das unidades”***

Os enfermeiros revelaram que é necessário a participação dos gestores municipais, gerentes das unidades de saúde para a efetiva implementação do acolhimento. E, constitui-se em integrar os princípios do SUS no dia a dia das unidades e enfrentar o processo burocrático, para que o direito a saúde seja respeitado. Conforme segue o trecho do depoimento:

“Como eu vejo o acolhimento, não é do jeito que eu acho que é certo, como eu gostaria de fazer, mas não depende só da gente, depende de outras pessoas, de nossos superiores, de hierarquia, se você pede uma coisa, passa para outro departamento e para outro”. DEP.IX

Para que os princípios do SUS sejam contemplados, faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a esses princípios. Implica perguntar se na prática cotidiana da gestão e da operação do sistema de saúde, seus pressupostos têm sido respeitados.⁶⁰

A decisão na formulação das práticas em saúde por meio das políticas públicas envolve entre outros aspectos o financiamento, com governabilidade das três esferas de governo, e com a participação dos trabalhadores e usuários neste processo.⁶⁴

✓ ***“Política Nacional de Humanização e modelo de atenção centrado no usuário”***

A percepção do acolhimento pelos enfermeiros revela que há integração das diretrizes e pressupostos da PNH. E que o acolhimento é importante no modelo de

atenção comprometido com as necessidades do usuário, conferindo-lhes respostas para aquilo que procura com competência.

Ao adotar o modelo de atenção, cujas práticas são centradas no usuário, faz-se necessária capacitação para o processo de acolhimento, responsabilização, resolução e autonomização. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar as tecnologias leves que se apresentam em práticas das relações, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.⁶⁵

“O acolhimento acontece a partir do momento que a gente acaba escutando esse paciente atendendo de forma humanizada, resolvendo o seu problema, ou que ele resolva da melhor forma possível”. (DEP.IV)

“Acolhimento pra mim é acolher a pessoa, ouvir a pessoa, dar aquele atendimento humanizado. Pois não... O que o senhor deseja?, Uma palavra amiga; ter um vínculo com o cliente, eu entendo assim”.(DEP.VIII)

O enfermeiro revela no trecho do depoimento abaixo a afirmação da relação do acolhimento com a Política Nacional de Humanização, porém, discorda do termo humanizar os humanos:

“Acolhimento pra mim faz parte do programa de humanização, às vezes a gente tem um pouco de discordância com esse termo, tem algumas correntes de pensamento, que diz que esse termo não é correto, porque somos humanos, então pra que humanizar”. (DEP. X)

Há uma estreita ligação entre o acolhimento, os princípios do SUS na Política Nacional de Humanização. Assim, o acolhimento é uma das diretrizes da PNH e tem se tornado seu aspecto mais evidente, especialmente na Atenção básica

à saúde, pelas conseqüências diretas que pode influenciam no acesso dos usuários no que refere-se a mudanças no processo de trabalho, com a finalidade de atender todos as pessoas que procuram o serviço de saúde.^{6,58}

Desse modo, o princípio da universalidade é estabelecido de forma qualitativa, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas pela inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção, aproveitando a capacidade clínica de profissionais que apenas serviam de intermediários para a consulta médica. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e conferindo-lhe uma resposta adequada ao seu problema.^{6, 58}

A PNH propõe o acolhimento como processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde, preocupando-se em incluir a saúde do trabalhador como parte das metas do SUS e de seus parâmetros de avaliação. Porém, as propostas da PNH conduzem tanto a possibilidades de humanização do trabalho no SUS como as novas exigências, capazes de sobrecarregar ainda mais os profissionais de saúde, caso estes não estejam preparados para lidar com o aumento de demanda gerado na ampliação da universalidade e pela qual devem se responsabilizar.⁴⁸

As metas a serem alcançadas com a PNH, vêm de encontro às diretrizes do acolhimento, como por exemplo, a redução das filas; a importância dos usuários saberem quem são os profissionais que cuidam da saúde e o recebimento de informações dos direitos.⁶⁶

✓ ***Ampliação do estabelecimento de prioridades e encaminhamentos***

Os enfermeiros ao compreender o acolhimento como forma de ter acesso a consulta médica; por meio da triagem, sem privacidade para o usuário, reconhecem também papel facilitador do acolhimento na acessibilidade.

No campo da saúde, há duas noções de acolhimento identificadas. Uma delas é que o acolhimento se mostra em um espaço como um ambiente repleto de conforto. A outra noção identifica o acolhimento como triagem e encaminhamento de serviços.⁶⁷

Nos trechos dos depoimentos, identifica-se o acolhimento como facilitador do acesso por meio da triagem:

“A gente tem um acolhimento bom. Aqui é assim, a pessoa chega à consulta é agendada na janela. Não tem nada de senha, a pessoa chega aqui no fichário. O paciente fala que quer passar com tal médico. A pessoa procura fazer uma triagem, encaixar com aquele médico”. (DEP.XII)

“O acolhimento em si na unidade, ela vai faz a fichinha dela, vê o medico que ela quer, faz a fichinha e a gente procura não deixar esse paciente voltar para casa sem ser atendido”. (DEP.XIX)

O enfermeiro revela que o acesso é garantido com a avaliação de cada caso, priorizando por meio da vulnerabilidade. De acordo com o trecho do depoimento descrito abaixo:

“Não tem vaga, vai conversar com a enfermeira. Conversa com você, faz uma avaliação, se era uma emergência, se não era, eu tentava outro dia, ou pronto

socorro, arrumava uma ambulância, mas, dava uma resposta. Começou parar a reclamação, hoje não tá tanto assim, começou sanar esse problema”. (DEP.XVII)

Contrapondo-se a percepção dos enfermeiros sobre a triagem como um facilitador do acesso, na qual ela se apresenta como uma forma excludente no atendimento, em desacordo com as propostas do acolhimento.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolubilidade sinalizada pelo caso em questão.

Desse modo, o que o diferencia de triagem, é que ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer saúde.⁵

O acolhimento é constituído por ações de escuta, levantamento de problemas e respostas adequadas para enfrentamento, por isso, muito além de uma triagem ou escuta interessada tem o poder de reduzir as consultas médicas e melhorar a participação dos demais profissionais.¹⁰

A escuta do enfermeiro realizada de forma individual ou coletiva, durante o seu processo de trabalho, torna – se importante elemento para efetivação do acolhimento e para dar início a satisfação das necessidades de saúde dos usuários. Levando-o a participar de vários eventos ao mesmo tempo.¹⁴

CATEGORIA 3- ACOLHIMENTO ENQUANTO PROCESSO DE TRABALHO/
DIRETRIZ ORGANIZACIONAL

✓ **“Sistematização da assistência e promoção da saúde”**

Os enfermeiros revelaram que o acolhimento é uma forma de sistematizar a assistência, fornecer o suporte necessário ao usuário e ser resolutivo ele auxilia na promoção da saúde, que é a finalidade da atenção básica. Como segue os trechos dos depoimentos:

“Acolhimento seria, para mim, a forma sistematizada de você atender o paciente dando o suporte necessário. Nosso público alvo, que no caso é seria a unidade básica, não só as necessidades básicas que ele apresenta naquele momento, mas sim promover a saúde que é nosso intuito de unidade básica. Promover a saúde como um todo e assim evitando a parte curativa”. DEP.VII

O acolhimento visto como estratégia para reorientação da assistência de enfermagem, no qual devem ser identificados seus pressupostos, e mecanismos que viabilizam sua implantação e/ou implementação, bem como avalia as potencialidades qualificadoras da assistência. O auxiliar de enfermagem realiza prioritariamente o acolhimento sendo em seguida realizado pelo enfermeiro, predominando a escuta, triagem e encaminhamentos quando necessários. Na prática o acolhimento reorienta o processo de trabalho da enfermagem, em busca de melhoria na qualidade da assistência.⁶⁸ Desta forma, a enfermagem com a implantação do acolhimento pode utilizar todo seu conhecimento, com autonomia na

assistência ao usuário. E além de acolher dá suporte aos auxiliares de enfermagem.

25

✓ ***“Acolhimento como escuta das necessidades do usuário”***

Os enfermeiros percebem que o acolhimento é a escuta das necessidades de saúde do usuário, para dar respostas positivas. Como seguem parte dos depoimentos:

“O acolhimento é fundamental que é onde a gente consegue ouvir o paciente. A gente consegue tentar resolver as coisas desse paciente”. (DEP.III)

“Pra mim o acolhimento é desde a hora que o paciente chega pra qualquer um do serviço de saúde, ele ser ouvido, em todas as suas necessidades.” (DEP.XIV)

“Ouvindo esses pacientes, esses usuários, ouvindo e tentando ajudar nas necessidades da melhor forma possível”. (DEP.IV)

“Pra mim acolhimento é a acolher as pessoas, é ouvir as suas queixas, as suas reclamações. Procurar ou resolver ou encaminhar ela da melhor forma possível não expor a nenhuma vulnerabilidade, eu acho que é isso”. (DEP.XVIII)

“Pra mim acolhimento no geral, o paciente chega à unidade, poder estar conversando com ele, saber as reais necessidades dele e estar orientando do que ele precisa realmente, dentro da necessidade dele o que ele quer saber, tentar dar pra ele o que ele precisa, se veio pra uma consulta, ofertar a consulta e saber por que, ele tá fazendo uso das medicações correta, a parte da orientação”. (DEP.XIX)

Outra percepção foi a de que o acolhimento é um espaço para no qual o usuário sinta-se confortável. Conforme o trecho do depoimento:

“Pra mim é a pessoa chegar ao lugar, sentir confortável para explicar, falar o que ele quer”. (DEP.XII)

O enfermeiro desvelou que o acolhimento relaciona-se a organização do atendimento médico. De acordo com o trecho deste depoimento:

“Acolhimento pra mim seria um agendamento correto, o paciente ser ouvido na pós consulta, ser consultado pelo médico”. DEP.XIII

Toda ênfase da gestão, da organização, da atenção e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de maior capacidade de escutar e atender necessidades de saúde. E que as formas de organizar a atenção nos espaços, micro e macro espaços fossem capazes de escutar e atender da maneira mais complexa possível as necessidades das pessoas, no sentido de buscar a integralidade da atenção.⁴⁹

Quando a escuta realizada no acolhimento é clínica; focalizada nas queixas, intervenção pontual, pouco resolutiva e sem vínculo, contribuindo pouco para a autonomização do usuário, e para as práticas de saúde que vão além da abordagem de natureza clínica e individual.⁹

O acolhimento deve ser entendido e praticado como conteúdo, como um momento tecnológico importante que pode expressar qualidade nos serviços de saúde. o ato da escuta difere do ato de bondade, requer que o profissional utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários.⁶

No contexto do atendimento a escuta não deve desprezar nenhum aspecto das queixas, pois, escutar significa ajudar o usuário a refazer os motivos que

ocasionaram o seu adoecimento, bem como as correlações que estabelecidas entre os sentimentos e sua vida.⁵⁹

Para os enfermeiros o acolhimento foi desvelado como sendo constituído por varias etapas (receber, escutar, priorizar, decidir, resolver e vincular), bem como instrumento que possibilita a não exposição às vulnerabilidades. Como seguem os trechos dos depoimentos:

“Conseguindo ficar frente a frente com a pessoa, sentar com ela, conversar com um pouco mais de calma, não que você vai perder todo seu tempo do mundo, claro que não, tem casos e casos, têm outros que você vai precisar perder mais tempo”. (DEP.XIX)

“Acolhimento dentro do serviço, é receber a pessoa, ouvi-la, trabalhar com o problema dela pra vir com a solução. Pra mim acolhimento é acolher as pessoas, ouvir as suas queixas, as suas reclamações. Procurar, resolver ou encaminhar ela da melhor forma possível, não expor a nenhuma vulnerabilidade, eu acho que é isso.” (DEP.XVIII)

“Penso que engloba tudo isso, o acolher, o ver, trazer pra gente os problemas dos outros, pra tentar resolver”. (DEP.XIX)

“Acolhimento pra mim, seria um agendamento correto, o paciente ser ouvido na pos – consulta ser consultado pelo médico.” (DEP.XIII)

O enfermeiro inclui os funcionários neste processo de acolhimento e faz referência ao atendimento integral. Conforme trecho do depoimento:

“Não tem que estar só na recepção, estar em todas as etapas do processo desde o faxineiro, porteiro, médico, enfim todos. Acolhimento é entender esse paciente como um todo”. (DEP.II)

O acolhimento consiste em uma etapa do processo de trabalho, ou seja, o momento de recepção do usuário e as possibilidades de resposta, podendo ser representado pelo esquema: recebe – escuta – analisa – decide e informa. Ao decidir o profissional de saúde resolve, encaminha e cria vínculos. Entretanto, considera insuficiente se contemplar apenas uma etapa do processo de trabalho, tornando-se necessário mudar toda a postura da equipe de forma que o acolhimento ocorra em todos os locais e momentos na unidade, influenciando assim, todo o modo de organização do processo de trabalho em saúde.⁶

Devem-se produzir dispositivos operacionais que favoreçam as instituições na criação de mudanças na política, organização e processos de trabalho, que irão futuramente impactar o modo de operar o cuidado em saúde num modelo usuário centrado com compromisso de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar.⁶⁵

“O acolhimento como tecnologia de trabalho”

Ao relatarem sobre a percepção do acolhimento na atenção básica, revelaram a sua importância na saúde, e que está incluído no seu processo de trabalho. De acordo com os trechos dos depoimentos a seguir:

“O enfermeiro tem que ser responsável pelo plano de cuidado, de tratamento desde a hora que entra até a hora que sai.” (DEP. V)

“Eu, o meu trabalho, a maior parte é com o acolhimento aqui dos pacientes”. (DEP.XVI)

“Nós iniciamos o grupo de gestantes o que sempre deixa claro para elas a importância da equipe de enfermagem então, quando ela está com algum problema, mostramos que a enfermagem pode ajudá-la”. (DEP.XX)

A essência da enfermagem é o cuidado, não pode prescindir de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na prática diária.⁶⁴

O enfermeiro ao possibilitar a abertura de espaços a uma prática diferenciada no sentido de envolver e centralizar o usuário no processo de seu cuidado rompe gradativamente no seu micro espaço com o domínio existente nos contextos hospitalares e contribui para a construção de uma assistência mais humanizada. Reafirma a sua responsabilidade de orientar, de colocar o seu saber e as normas da instituição como imprescindível para a assistência ao usuário, demarcando o controle do enfermeiro no processo de trabalho, tanto no sentido reproduzir aspectos organizacionais, como na dimensão de responsabilização do profissional.¹⁴

✓ ***“A atenção básica como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde”.***

Os enfermeiros revelaram a importância do acolhimento em todos os níveis de atenção do sistema. Porém, também percebe que a atenção básica é a porta de entrada do sistema. Como mostra os trechos das entrevistas:

“É uma parte importantíssima da AB, primária, secundária terciária, qual atenção que seja o acolhimento é tudo. Você pode ate inclusive não satisfazer o seu

cliente e ele sair rindo, feliz da vida, então, é a porta de entrada, é o espelho da casa, eu acho isso”. (DEP.XVII)

“A atenção básica que não é tão básica assim”. (DEP. X)

Na prática, não se construíram meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares, sendo dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E neste enfrentamento a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o “lugar das práticas simples”, da “medicina pobre para pobres” constantemente sendo “culpabilizada” por sua ineficiência e desqualificação.⁶⁴

Em relação à porta de entrada o SUS no Programa de Saúde da Família tem prosseguido com a tentativa de disciplinar a demanda ao afirmar a atenção básica como recepção do sistema e não se preocupar em criar outros mecanismos de acolhimento e inclusão em outras portas de entrada efetivamente operantes tais como prontos – socorros, por exemplo. Questiona qual o melhor caminho para se construir a integralidade. Seria uma rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada ou rede como arranjo variável em que se pode entrar por qualquer ponto a ser escolhido e incluído nas ações de acompanhamento a depender das necessidades de saúde.

A atenção primária possui inevitavelmente o dom de ser porta de acesso não apenas para a rede de serviços de saúde, mas, para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde pela falta de outros espaços sociais.⁴¹

O acolhimento não se limita a recepção da população a porta de entrada dos serviços de saúde, mas estende-se até a resolução do problema apresentado faz-se presente em toda situação de atendimento do usuário dentro do sistema, no processo de produção de saúde.⁷

“o acolhimento como relação de vínculo, e avaliação da vulnerabilidade”

Os enfermeiros revelaram o acolhimento como processo de trabalho capaz de avaliar vulnerabilidades, dar encaminhamentos necessários.

“Nos iniciamos o grupo de gestantes o que sempre deixa claro para elas a importância da equipe de enfermagem então, quando ela esta com algum problema ou alguma coisa e mostrar que a enfermagem pode ajudá-la. (DEP.XX)

“Procurar ou resolver ou encaminhar ela da melhor forma possível, não expor ela a nenhuma vulnerabilidade, eu acho que é isso.” (DEP.XVIII)

Os enfermeiros revelaram a construção do vínculo que é favorecido por meio do acolhimento. De acordo com o trecho do depoimento abaixo:

“Acolhimento pra mim é... uma palavra amiga, ter um vínculo com o cliente, eu entendo assim”. (DEP.VIII)

Na vulnerabilidade não podem ser desconsideradas as percepções do usuário, e sua rede social, acerca do seu processo de adoecimento. Avaliar a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de

problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior vulnerabilidade.²

O vínculo confere segurança aos usuários permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para estabelecer as prioridades na atenção a sua saúde. O acolhimento e o vínculo são fatores valorizados pelos usuários, são imprescindíveis quando se fala em atenção à saúde, pois caminham para a resolubilidade e a satisfação dos usuários.²⁰

O vínculo mais do que uma simples adscrição da clientela a um serviço ou programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua, afetuosa, intransferível, um momento repleto de subjetividades.⁴⁸

A criação e manutenção do vínculo, que é na sua definição terapêutico, ou seja capaz de curar, é facilitado quando a atenção básica relaciona –se a outros serviços do SUS e se responsabilizam pelo seguimento dos casos que necessitem de outras tecnologias

CATEGORIA 4- A postura acolhedora/ pratica do profissional de saude

✓ ***“Dificuldade para compreensão do acolhimento em suas múltiplas dimensões”***

Os enfermeiros revelam a dificuldade de entendimento sobre o tema acolhimento, e o compreendem como ação pontual que deve ocorrer na recepção dos serviços básicos de saúde. Conforme trechos dos depoimentos:

“Acolhimento para mim é a pessoa chegar à recepção, ser bem acolhida. As pessoas sabem questionar, perguntar por que ela está ali. Ser recepcionista é ter um calor humano, para poder atender bem em todos os locais dentro da unidade”. (DEP. I)

“Acolhimento pra mim seriam a recepção do cliente e a resolução do problema que ele chega, consulta pegar o medicamento, ter uma orientação adequada, não só da parte da pré e pós consulta que isso a gente já faz”. (DEP.XIII)

Ora como um relacionamento profissional – usuário pautado na empatia, educação, carinho, amor, amizade e calor humano. De acordo com os trechos dos depoimentos:

DEP.XVI – *“Tratar com carinho. Que eles vêm aqui em busca de alguma coisa. É isso”.*

Pode-se inferir que o acolhimento ainda é uma ação de saúde pouco clara para os trabalhadores. Constatou-se que embora os conceitos sobre acolhimento estejam apreendidos, a sua operacionalização ainda é algo obscuro e isto pode ser

observado quando vê-se o acolhimento como sinônimo da realização da triagem, consulta agendada, encaminhamentos, normas de acesso e outros.⁵³

Torna – se necessário ultrapassar a visão afetiva do relacionamento, a partir da construção... não basta restringir a escuta e ao respeito.²⁵

✓ ***“relação do acolhimento com o perfil para acolher***

O enfermeiro refere-se a cada setor da unidade, com profissionais dotados ou não de postura acolhedora. Como seguem os trechos das entrevistas:

“O agravante da AB, é isso, a falta de acolhimento, de humanização que parte dos profissionais, principalmente na porta de entrada”. (DEP. I)

“Assim, como a gente gostaria de ser tratado em qualquer instituição. Assim eu acho que acolhimento é berço mesmo”. (DEP.III)

“O acolhimento deveria ocorrer desde a recepção. Tudo depende do perfil do funcionário que eu tenho lá na frente. E eu tenho esse perfil no meu fichário, na própria farmácia. Na sala de vacina, tem uma funcionária muito antiga, ela tem um perfil, aquela tranquilidade de estar orientando”. (DEP.XIII)

Quando alguém procura um serviço para atendimento traz consigo uma “cesta de necessidades de saúde”, e cabe a equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível.⁴⁸

A baixa resolubilidade também pode ser explicada pelo perfil de formação dos profissionais.⁶⁴

✓ **“acolhimento e comunicação”**

O enfermeiro revela ligação do perfil profissional, e dependência de relacionamento empático. Revelam ainda ser necessário bom senso e sensibilidade do profissional para o acolhimento. De acordo com os trechos dos depoimentos:

“Lidar com mais carinho, não é só porque é idoso e está no final da vida dele, é uma pessoa com mais experiência, mais vivencia”. (DEP.IX)

“É aconchegar e respeitar o paciente dentro dessa unidade tem que ouvir os problemas deles”. (DEP. XI)

“Orientar com educação. Tratar com carinho”. (DEP.XVI)

“Perfil e acolhimento estão muito relacionado uma coisa a outra. Se você tem perfil, o acolhimento se torna automático você muitas vezes não precisa nem de capacitação, porque você coloca como principio básico não faça para o outro o que você não quer que façam pra você. Se você tem perfil, o acolhimento se torna automático você muitas vezes não precisa nem de capacitação, porque você coloca como principio básico não faça para o outro o que você não quer que façam pra você”. (DEP. XX)

“Falta estrutura, falta capacitação a respeito, conhecimento, mas eu acho que se a pessoa tiver bom senso, sensibilidade melhor, faz o acolhimento automaticamente. (DEP.XX)

Esta percepção corrobora com o estudo que mostra ser necessária uma postura acolhedora na qual implica em estar atento e poroso a diversidade cultural, racial e étnica, uma postura de escuta e compromisso capacidade em dar respostas as necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes.⁵

Também, a palavra empatia denomina um sentimento que nos permite considerar uma perspectiva diferente da nossa própria, fazendo com que olhemos o sofrimento alheio com o olhar de quem sofre, apreciando a situação como se estivéssemos no lugar da pessoa que a experimenta. Na sua ausência, existe desconsideração pela pessoa do outro, seus valores, crenças e desejos.⁴⁸

O modo-de-ser cuidado é inviável sem o sentimento de empatia,⁴⁶ que também é um dos atributos essenciais na relação médico-paciente e qualquer outra relação profissional na saúde em que se pense o cuidado como uma responsabilidade ética e moral do outro em um momento de fragilidade emocional e física.⁴⁸

A competência cultural desenvolvida a partir de uma postura de alteridade é necessária para garantir a qualidade das práticas de saúde, evitando assumir o usuário como passivo e ignorante diante dos profissionais, que seriam responsáveis absolutos pelo cuidado, quando, na verdade, é o primeiro que detém o poder de escolha das orientações que irá seguir ou não.³⁹

A alteridade abre possibilidades de enfrentamento das situações do cotidiano dos serviços de saúde, acolhendo o outro como sujeito em seu sofrimento, em lugar de constituir-se em torno da doença como objeto. Ao mesmo tempo, o profissional tem condições de construir seu trabalho a partir da alteridade, evitando ser etnocêntrico na perspectiva biomédica e preservando sua saúde mental, de modo a responsabilizar-se por seus esforços em conjunto com o outro, sem sofrer por inevitáveis insucessos decorrentes daquilo que não domina, os quais podem sempre ser encarados como oportunidades de aprendizagem.

Tais oportunidades são enriquecidas quando se assume o distanciamento proposto pela alteridade em relação à realidade dos serviços de saúde, estranhando-a de modo a produzir mudanças, e superando a naturalização das situações que promovem o sofrimento do trabalhador e sua alienação.⁴⁸

Para os enfermeiros a percepção do acolhimento reflete uma relação de confiança mútua e torna-se facilitador no processo de comunicação, favorecendo as orientações transmitidas tanto no trabalho individual como em grupo, no qual há uma troca de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e minimização do medo e da insegurança. Como mostra os trechos dos depoimentos:

“Aqui tem esse acolhimento com a gestante, a gente consegue transmitir confiança, qualquer coisa que acontece com ela, ela vem falar com agente. Acolhimento pra mim é essa recepção, esse feed back que a gente consegue ter com a gestante, por exemplo, eu acho isso é o acolhimento. Ela foi bem acolhida”. (DEP.XXI)

“Deixar o ambiente que ele se sinta seguro pra falar pra expõe o problema dele a gente dentro das possibilidades ajudar, estar resolvendo”. (DEP.XIX)

O desempenho do processo de trabalho deve estar relacionado à existência de profissionais que compreende o seu papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de troca e confiança.²²

Quando um campo de confiança se constitui entre os sujeitos, estes podem se mostrar um para o outro, trazendo traços de singularidade sem medo de ser

rotulado. O que se nota neste processo é que há um deslizamento sutil do afeto de confiança para o afeto de acolhimento.⁴¹

Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde.⁶⁵

A comunicação é fundamental no processo de humanização, o profissional precisa captar a comunicação verbal e não verbal de seu destinatário para um bom desempenho profissional. Ao mesmo tempo em que, o paciente também exerce um papel fundamental na comunicação com os profissionais.¹⁷

4.6.1 QUADRO

Quadro 2 – Categorias e temas relacionados

CATEGORIAS	TEMAS
1. AÇÃO GERENCIAL DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	• Falta de recursos humanos e equipe multiprofissional. • Falta de recursos físicos para a resolução das necessidades do usuário. • Necessidade de educação em saúde para o acolhimento e desta forma compreender melhor seu significado.
2. ACOLHIMENTO ENQUANTO FERRAMENTA DE VINCULO, ACESSIBILIDADE, UNIVERSALIDADE E HUMANIZAÇÃO	• Princípios do SUS. • Ação de responsabilização e maior resolubilidade. • Acolhimento como orientação, aconselhamento das ações nos serviços de saúde. • O envolvimento dos gestores para efetivação do acolhimento no cotidiano das unidades. • Política nacional de humanização e modelo de atenção usuário centrado.

	• Ampliação das prioridades e encaminhamentos
3. ACOLHIMENTO ENQUANTO PROCESSO DE TRABALHO/ DIRETRIZ ORGANIZACIONAL	• Sistematização da assistência e promoção da saúde. • Acolhimento como a escuta das necessidades do usuário. • Acolhimento como tecnologia do trabalho. • A atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde. • O acolhimento como relação de vínculo e avaliação da vulnerabilidade.
4. A POSTURA ACOLHEDORA /PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	• Dificuldade de compreensão do acolhimento em suas múltiplas dimensões. • Relação do acolhimento com o perfil para acolher. • Acolhimento e comunicação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de desvelar o fenômeno nos depoimentos na temática do acolhimento, foi possível apreender a percepção dos enfermeiros que atuam na atenção básica dos municípios na região de Lins.

Essa compreensão das descrições me ajudou a refletir a dimensão do acolhimento e suas diferentes percepções. Para tanto, a fenomenologia possibilitou a compreensão do mundo vida dos enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, por meio das unidades de significados, redução, tematização e interpretação fenomenológica.

Ao entrevistar os enfermeiros no seu local de trabalho, foi possível perceber a dificuldade de se expressar sobre o tema, o nervosismo e o desejo de uma proposta que contemple medidas para solucionar a necessidade de acolhimento. O tempo de atuação na atenção básica contribuiu de modo significativo na percepção do acolhimento.

Desta forma, desvelou-se a falta de investimento para a implementação do acolhimento, implicação em necessidade de pessoal, de recursos físicos e qualificação para o ato de acolher. Desvelou ainda, a estreita ligação do acolhimento com os princípios doutrinários do SUS como um potente aliado na construção do sistema que queremos; acessível, integral e equânime.

O acolhimento foi reconhecido no processo de trabalho do enfermeiro, capaz de sistematizar assistência, por meio da escuta das necessidades do usuário, do atendimento resolutivo e da formação do vínculo; ligação moral entre enfermeiro e usuário.

Também foi revelado como processo, com etapas distintas a serem percorridas, bem como, sua ação norteadora, de orientação do usuário nos diferentes níveis de atenção, necessitando para isso de uma equipe multidisciplinar, desenvolvendo ações preventivas e integrais.

A postura acolhedora foi revelada pelos enfermeiros como imprescindível ao acolhimento, incluindo o perfil, relacionamento empático, sensibilidade do profissional e a capacidade de transmitir segurança na comunicação enfermeiro/paciente.

Os enfermeiros revelaram ainda que, é necessário a participação dos gestores municipais, gerentes das unidades de saúde para a efetiva implementação do acolhimento.

Assim, torna-se evidente o leque de condicionantes físicos, morais e éticos pertinentes a percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento na atenção básica. Cabe unir esforços políticos regionais e comunitários para vencer os desafios e concretizar a implementação do acolhimento no sistema de saúde da região de Lins.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 1º. Caderno de Apoio ao acolhimento: orientações rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Santos, Superti, Macedo. Acolhimento: qualidade de vida em Saúde Pública Boletim de saúde; 2002.
4. Merhy EE, Onoko R (org.). Agir em saúde: Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde Debate. 24: 21-34; 2000.
7. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

8. Santos DLC et al. Boletim da Saúde Pública, v.16,nº 2, 2002. p. 36
9. Fracolli LA et al. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família, Rev Esc Enferm USP, 2004, p. 146
10. Solla JSP. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005;5(4):493-503, 2005
11. Camelo SHH et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.Rev. Latino Am Enferm; 1999.
12. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988 in Camelo S H H. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Rev. Latino Am Enferm; 1999.
13. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde. Rio de janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003.p.49-61.
14. Rossi FR et al. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev Bras Enferm, vol 58. nº3. Brasília may/june; 2005.
15. Brasil. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Documento Base Para Gestores e Trabalhadores do SUS. Cartilha da PNH-Humaniza SUS. Brasília. Ministério da Saúde; 2005.

16. Cunha G. Cartilha do PNH, Ministério da Saúde, 2004.

17. Selli L. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. O mundo da saúde, ano 27. v 27. n 2. abr/jun; 2003.

18. Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública. vol.20. no. 5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2004.

19. SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes et al, Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

20. LIMA et al, Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários, Acta Paul Enferm. 2007.

21. Ramos, Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil, Cad. Saúde Pública vol.19 n.1 Rio de Janeiro Jan./Fev; 2003

22. Gomes, MCPA. PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos, Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.9, n.17, mar/ago; 2005.

23. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov-dez; 2004.

24. Takemoto MLS. SILVA EM. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov-dez; 2007.

25. Franco B et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, abr-jun, 1999.
26. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
27. Martins, Boemer MR, Ferras CA. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. Rev. Esc. Enfermagem USP, 24(1): 139-47, 1990.
28. Husserl E. Conferências de Paris. Lisboa: Edições 70, 1900.
29. Roehe MV. Uma abordagem fenomenológico-existencial para a questão do conhecimento em psicologia. Estudos de Psicol 2006; 11(2): 153-8.
30. Giles TR. História do existencialismo e da fenomenologia. Vol I. São Paulo: EPU, 1975.
31. Holanda AF. Fenomenologia, Psicoterapia e Psicologia Humanista. Estudos de Psicologia 1998; 14(2): 33-46.
32. Bicudo MAV. Fenomenologia: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000.
33. Martins J. Um enfoque fenomenológico do currículo: Educação como póiesis. São Paulo: Cortez, 1992.
34. Martins J, Bicudo M A V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2ed. São Paulo: Moraes, 1989. 110p.
35. Dartigues A. Um positivismo superior. In: Dartigues A. O que é fenomenologia! São Paulo: Moraes; 1992. p. 7-28.

36. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. Interface Comunic,Saude,Educ.1997;1(1):109-22.
38. Merighi MAB. Fenomenologia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivencia da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 33-7
39. Oliveira ERA, Fiorin BH, Santos MVF, Gomes MJ. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2010;12(2):46-51.
40. Kurcgant P et al . Gerenciamento em enfermagem. Rio de janeiro. Guanabara Koogam, 2005.
41. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagemem unidades básicas de saúde de campinas, São Paulo. Cad. Saúde pública 23 (2)331-340.2007.
42. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(3): 585-97.
43. takahashi e gaoncálves
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Ambiência / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

46. Backes et al. A importância da educação continuada no processo de acolhimento do Sistema Único de Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos Para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde; 2004.

49. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev APS 2010;13(1):4-9

50. (Messa, 2009) Messa KF A percepção dos usuários do serviço de saúde sobre a humanização da assistência: revisando a literatura. Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente 2009; 12(14): 139-49.

51. Takemoto MLS,Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. Cad Saúde Pública 20(1): 80-8

52.Faria et al ,2008

53. Silveira MFA et al. Acolhimento no programa de saúde da família :um caminho para humanização da atenção a saúde. Cogitare Enfermagem;9 (1):71 -8, 2004

54. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(2):569 -584; 2003.
55. Ferverweker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. *Interface – Comunic, Saude,Educ V 9. n18*, p 489 – 506, Set/Dez, 2005.
56. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: Construindo novas autonomias no trabalho.interface. *Comunic,Saúde,educ 9*, 150 – 153,2001.
- 57.(Bertussi, Oliveira, Lima. A unidade básica no contexto do sistema de saúde.Bases da saúde coletiva. Cap.7 133 – 143 ,2000.
58. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. *Rev Latino Am Enferm. Vol 8.n.6. Ribeirão Preto. Dec; 2000.*
59. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
60. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

61. Scholze AS et al. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?;2009.
62. Brasil. Ministério da saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde: Brasília Ministério da Saúde, 2006
63. Leite JC. Acolhimento: Perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Rev. Bras.Enf 52 (2) 161 -8 Abr-Jun;1999.
64. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção.
65. . Fracolli AL. Zaboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde de família. Rev.Esc. Enferm. USP. 2004; 38 (2): 141 – 51.
66. Brasil. Ministério da saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.Humaniza SUS: a clinica ampliada. Brasília. Ministério da Saúde,2004
- 67 . Morinaga
68. Oliveira ERA, Fiorin BH, Santos MVF, Gomes MJ. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2010;12(2):46-51.

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em Trabalho Científico

Projeto de Pesquisa: “O ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DE LINS”.

Prezado (a) senhor (a):

Este é um convite para participar, voluntariamente, de uma entrevista que servirá para a realização de uma investigação científica intitulada: **O Acolhimento na Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica na Região de Lins**. Tendo como pesquisadora a Enfermeira Rosana Maria do Vale Barreira Penques, Coren SP 50642, aluna do curso de Pós Graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem – FMB – UNESP, sob orientação da Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira. Leia atentamente as informações a seguir antes de dar o seu consentimento.

1. A pesquisa tem como propósito de compreender como os enfermeiros da rede básica de saúde percebem o acolhimento, com a finalidade de elaborar propostas de acolhimento na atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde SUS.
2. Caso você participe do nosso estudo, não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.
3. A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer momento.
4. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da atividade, assim como a qualquer momento durante a discussão.
5. Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa.
6. A entrevista será gravada e, após o pesquisador transcrevê-las, serão apagadas.

Eu,....., abaixo assinado (a), concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

Nome do participante: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Rosana Maria do Vale Barreira Penques RG 18.683.170 fone: 14 35324730, rua Oswaldo Cruz, 858, Centro – Lins/SP CEP: 16.400.051. email: rosanabp@uol.com.br. Orientadora: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira Fone: 14 38116070. Mestrado Profissional em Enfermagem/ Departamento de Enfermagem/Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. E-mail: malusa@fmb.unesp.br

Anexo 2 - Roteiro de Identificação**Idade:****Sexo:**

masc.()

fem.()

Cargo / função:**Tempo na função:****Local do trabalho:****Município:****Tempo de serviço na A B:****g) Área de atuação:****Assistencial ()****Gerente ()****Formação complementar:****- Especialização:****- Mestrado:****- Doutorado:**



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 11 de Agosto de 2010

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Rosana Maria V. P. Penques
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 283/10, intitulado: "O Acolhimento Sob a Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica de Lins e Microregião", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder as pendências apontadas em Reunião Ordinária – 28/06/10, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

LISTA DE ABREVIATURAS

AP= atenção primária

APS= atenção primária à saúde

AB = atenção básica

ABS = atenção básica à saúde

CAPS = centro de atenção psicossocial

CEO = centro de especialidades odontológicas

ESF = estratégia de saúde da família

NGA = núcleo de gestão assistencial

PNH = Política Nacional de Humanização

PSF = programa de saúde da família

SUS = Sistema Único de Saúde