

CURSO DE ENFERMAGEM

Michele Barros Zinn

**ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CACHOEIRA DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2016

Michele Barros Zinn

**ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CACHOEIRA DO SUL**

Trabalho de Curso II apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Orientador: Profa. Ms. Luciane Maria Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2016

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Santa Cruz do Sul, junho de 2016

**ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CACHOEIRA DO SUL**

Michele Barros Zinn

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientador Ms. Luciane Maria Schmidt Alves

Prof. Ms. Maitê da Silva Lima

Prof. Ms. Eliana Cácia de Melo Machado

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força em todos os momentos da minha vida. Aos meus pais, Iodete e Carlos Antônio, pelo incentivo e apoio incondicional. Minha vó Eva, pelas orações e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu namorado Eduardo, pela paciência nos momentos difíceis, pelo companheirismo e amor dedicado. Com vocês se tornou possível o meu sonho.

A minha professora orientadora, Luciane Alves, pelo auxílio, disponibilidade de tempo, apoio, conhecimento e confiança.

Aos meus amigos e colegas, pelas alegrias e vivências compartilhadas.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O acolhimento tem se estabelecido como uma das principais diretrizes dos princípios do SUS. Para tanto, o presente trabalho tem como objetivo verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento e as práticas desenvolvidas nas unidades de Estratégia Saúde da Família de Cachoeira do Sul. Este, justifica-se pela importância em conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento como dispositivo de humanização nas unidades de ESF, uma vez que, além de interferir na qualidade do atendimento dos pacientes, este tipo de estratégia contribui diretamente para a formação do vínculo entre os usuários e profissionais, incentivando as pessoas a buscarem, confiarem e participarem dos atendimentos prestados. A pesquisa desenvolvida caracteriza-se como qualitativa, exploratória e descritiva. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado, aplicado diretamente aos profissionais de saúde das ESF. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde atuantes nas sete ESF do município, representando a equipe básica, sendo 7 enfermeiros, 7 técnicos em enfermagem e 7 médicos, totalizando 21 pessoas. Da análise de conteúdo realizada emergiram 2 categorias: entendimento dos profissionais das ESFs sobre acolhimento e a prática de acolhimento realizada pelos profissionais das ESFs. A maioria dos profissionais entende o acolhimento como uma escuta qualificada e a utilizam como ferramenta de trabalho. Em seu cotidiano, os participantes têm por prática utilizar o acolhimento em suas atividades. Diante disso percebeu-se que a maioria dos profissionais entendem a importância do acolhimento, apesar de não seguir um protocolo.

Palavras-chave: Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Humanização; Enfermagem.

ABSTRACT

The reception has been established as one of the main guidelines of principles of SUS. Insomuch, the current coursework has as objective to verify the health professionals perception about the reception and the practices developed in the units of Estratégias Saúde da Família (Family's Health Strategies), in Cachoeira do Sul. It is justified by the importance in knowing the perception of health professionals about the reception as a method of humanization in the ESF units, once that, besides interfering with patients perception, this kind of strategy contributes directly to the formation of entailment among the usufructuaries and professionals, stimulating people to seek, rely and participate the attendance offered. The developed research is featured as qualitative, exploratory and descriptive. The data were collected through a questionnaire semi structured, applied directly to health professionals in the ESF. The subjects of the research were health professionals operative in the seven ESF in the town, representing the basic team, being 7 nurses, 7 nurse technician and 7 physicians, totalizing a party of 21 people. From the content analysis realized 2 categories emerged: the understanding of the professionals in the ESFs about reception, and the practice of reception realized by professionals in the ESFs. Most professionals understand the reception as a qualified perception and they use it as a job tool. In their routine, the interviewees have as practice using the reception in their activities. Facing that, it was perceived that most professionals understand the importance of reception, although not follow a protocol.

Keywords: Reception; Family's Health Strategy; Humanization; Nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Geral.....	10
2.2 Específicos	10
3 JUSTIFICATIVA	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
4.1 Contextualização sobre o SUS.....	13
4.2 Estratégia Saúde da Família	15
4.3 Acolhimento enquanto estratégia da política do SUS.....	16
4.4 A Importância do acolhimento na ESF	19
5 METODOLOGIA	23
5.1 Tipo de pesquisa	23
5.2 Local de pesquisa	23
5.3 Sujeitos do estudo.....	24
5.4 Instrumento para a coleta de dados	25
5.5 Aspectos éticos	26
5.6 Análise dos dados	26
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	28
6.1 Categoria I: Entendimento dos profissionais das ESFs sobre acolhimento	29
6.2 Categoria II: A prática de acolhimento realizada pelos profissionais das ESFs...32	32

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO A - Termo de autorização	47
APÊNDICE A - Questionário	48
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49

INTRODUÇÃO

Este estudo trata sobre a percepção dos profissionais de saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família de Cachoeira do Sul. O acolhimento tem se destacado como uma das principais diretrizes norteadoras dos princípios do SUS, podendo ser classificado como uma das estratégias primordiais para melhoria dos serviços de saúde.

Uma das evoluções mais significativas do SUS nos últimos anos refere-se a importância da integração entre trabalhador e usuário. Esse tipo de relação melhora o vínculo e contribui de forma positiva para o modelo comunicacional vigente, ampliando as possibilidades de diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços prestados (GUERRERO et al, 2013).

Após a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS em 2003, o acolhimento ganhou o discurso oficial do Ministério da Saúde, sendo o protagonista da reorganização dos serviços, auxiliando na reorientação do modelo assistencial e contribuindo de forma direta para a expansão das unidades do Programa Saúde da Família (PSF), para todos os municípios brasileiros.

Com o desenvolvimento e expansão da política de humanização adotada pelo SUS, a fim de aumentar o vínculo entre população, profissionais e unidades, busca-se aprimorar a assistência e o acolhimento, como a principal estratégia e ferramenta nesse processo. O acolhimento está sendo disseminado entre as unidades, pois sua aplicação, além de não ter custos expressivos, gera resultados satisfatórios a população em geral.

Com a emissão da Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006 e expansão dos PSF, estes se consolidaram como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica, tendo como nova nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012). Com a implantação das ESF mudou-se a forma de planejamento das ações, priorizando problemas de saúde mais frequentes, além de responder com resolutividade à demanda espontânea. As ações educativas vêm contribuindo na compreensão do processo saúde-doença da população e assim, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida. Com as ESF pôde-se

dar ênfase aos grupos e fatores de riscos comportamentais, alimentares e ambientais, com a finalidade de prevenir doenças e danos evitáveis.

Neste contexto, a proposta do acolhimento altera a porta de entrada das ESF, uma vez que facilita o acesso e orienta o fluxo do usuário ao serviço. O acolhimento desloca o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega de escutar o usuário e se compromete em resolver seu problema de saúde (SÁ et al, 2013).

Para a enfermagem, o acolhimento trás benefícios e pode gerar transformações, além de contribuir para a organização do trabalho do enfermeiro, responsável pela gerência da unidade. O acolhimento proporciona ao profissional uma ferramenta para um atendimento humanizado, aproximando a população do serviço e das ações de saúde da rede pública. O acolhimento torna-se importante para o enfermeiro, pois, a partir deste, o profissional desenvolve uma escuta ativa, um diálogo orientado na busca de maior ciência das necessidades do usuário. Dentro desta sistemática, desempenha seu papel de forma mais organizada e resolutiva, desenvolvendo as atividades de encaminhamentos, deslocamentos e principalmente, a tomada de decisões, tanto morais quanto cognitivas, com maior certeza e exatidão (FERREIRA; PENQUES; MARIN, 2014).

Assim, verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a prática de acolhimento é de suma importância, uma vez que, por ser uma estratégia fundamental para a criação do vínculo entre trabalhadores e usuários torna o atendimento mais humanizado e resolutivo na Atenção Básica.

Diante disso questiona-se: Qual a percepção e as estratégias de trabalho adotadas pelos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família em relação ao acolhimento?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento e as práticas desenvolvidas nas unidades de Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

- Verificar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o acolhimento;
- Conhecer as estratégias de trabalho desenvolvidas pelos profissionais de saúde para realizar o acolhimento;
- Analisar se as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde estão de acordo com a diretriz da Política Nacional de Humanização.

3 JUSTIFICATIVA

O acolhimento tem se estabelecido como uma das principais diretrizes dos princípios do SUS, principalmente a integralidade da atenção à saúde, universalidade do acesso e equidade, visando à humanização por meio das relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes e usuários do serviço. (GUERRERO et al 2013).

A saúde brasileira, mesmo com diversas carências e problemas, tem apresentado uma melhora consecutiva nos últimos anos. Pode-se ressaltar o aumento da expectativa de vida, a diminuição da taxa de mortalidade infantil, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Portanto, a relação entre instituição e usuário deve permitir a participação social, a gestão democrática de serviços, a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde e ampliação da consciência sanitária e ambiental da população em geral.

Levando em consideração estes fatores, pode-se dizer que humanização do atendimento é uma forma de recuperação e construção de vínculo entre profissionais e indivíduos, entre famílias e comunidades, de caráter integral com o intuito de desenvolver ações de promoção, proteção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. Desta forma, o acolhimento como uma ferramenta simples de aplicação e execução, pode ser desenvolvida corretamente no sistema público de saúde brasileiro (BECK, 2008).

O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que traduz os princípios e o modo de operar as relações dos diferentes profissionais com os usuários, e ainda, entre os diferentes pontos de atenção à saúde que constituem a rede do Sistema Único de Saúde.

Na humanização, o cuidar, o atender, o respeito e a responsabilidade são tão necessários quanto a assistência. O modo como o usuário é acolhido fortalece a relação entre o profissional e usuário, ressaltando a necessidade do preparo dos trabalhadores para assistir a população, na busca da melhor qualidade destes serviços. Ao perceber que sua queixa recebe atenção, seja pelo atendimento prestado, pelo vínculo já estabelecido com os trabalhadores, ou ainda pela acolhida oferecida, o retorno a este serviço se dá com maior frequência, pois a qualidade no atendimento fica evidente (BECK, 2008).

Contudo, acolher constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho, indo ao encontro das propostas da ESF. O desenvolvimento do acolhimento possibilita encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando o acesso universal e a organização da demanda na assistência aos usuários.

Espera-se que um atendimento qualificado vá muito além do simples cuidado, da execução de técnicas e procedimentos e do burocrático preenchimento de fichas e papéis. Deve-se englobar o contexto em que o usuário está inserido, suas necessidades, a escuta ativa, prestando uma assistência humanizada. O atendimento humanizado é um ato a ser seguido, a fim de melhorar a assistência de toda a equipe que presta cuidado ao paciente (ROSA, 2010).

Para tanto, o acolhimento, enquanto ferramenta do enfermeiro desenvolve a ação de dispositivo organizador do processo de trabalho, uma vez que tem o potencial para desencadear uma mudança substancial, em que a centralidade da atenção não mais se situaria na consulta médica, possibilitando a ampliação da utilização do conhecimento dos demais profissionais e o incremento da qualidade na assistência (GARUZI et al, 2014).

Desta forma, o presente trabalho justifica-se pela importância em conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento como dispositivo de humanização nas unidades de Estratégia Saúde da Família, uma vez que, além de interferir na percepção dos pacientes, este tipo de estratégia contribui diretamente para a formação do vínculo entre os usuários e profissionais, incentivando as pessoas a buscarem, confiarem e participarem dos atendimentos prestados nas unidades de saúde.

O estudo torna-se de suma importância para a Enfermagem, uma vez que o acolhimento, por ser uma tecnologia de fácil aplicação e baixo custo, a qual esta ligada diretamente a relação profissional - indivíduo, auxiliando o enfermeiro atuante na ESF a exercer papel educativo e contribui para que se produzam mudanças concretas e saudáveis na comunidade onde está inserido.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contextualização sobre o SUS

No Brasil, a partir da Reforma Sanitária, ocorrida em meados de 1970, buscou-se garantir a saúde como um direito individual, com acesso universal a um sistema público (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012). A maior transformação ocorrida nesta década foi a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) no ano de 1978. Mesmo com a tentativa de reorganização do sistema de saúde, a população ainda se dividia em três distintos grupos: aqueles que podiam pagar pelos serviços médicos, os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e os que não tinham direito nenhum e estavam à mercê da sorte (SAES; RAYS; GATTI, 2011).

Para tanto, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, teve como principal objetivo transformar o setor de saúde e assegurá-lo como direito de todo cidadão brasileiro. Após, com a promulgação da Constituição de 1988, anunciou-se o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da sistematização das ações e serviços de saúde por meio de seus princípios: universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência, reconhecendo a saúde como um direito individual de cada cidadão brasileiro (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012).

As atividades a serem desenvolvidas pelo SUS evoluíram de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral a saúde, onde deveria ser incluso ações de promoção, de proteção e recuperação, suprimindo a necessidade da mudança no modelo de atenção. Tais ações visavam diminuir os fatores de risco para saúde individual, uma vez que buscavam prevenir patologias.

Já na década de 90, com a municipalização do SUS, começou a estruturação uniforme da Atenção Primária a Saúde (APS), a qual não possuía um modelo padrão para ser adotado a nível nacional. Considerada a porta de entrada ao sistema sanitário, esta foi modificada e passou a ser implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LAVRAS, 2011).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (LAVRAS 2011, p.870).

Com a adesão dos municípios brasileiros juntamente com o planejamento das ações em saúde, repasse de verbas federais e o desenvolvimento do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), passou a ser implantado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual tinha por base o núcleo familiar. Considerou-se este como um importante programa para reorientar o sistema brasileiro de saúde e reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios: atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

O PSF visava à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população, bem como à responsabilização pela referenciação necessária aos níveis de maior complexidade assistencial para garantir a continuidade do atendimento.

Com avanço do PSF, este foi consolidado como estratégia, principalmente pelo desenvolvimento de suas ações e teve sua nomenclatura alterada com a Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, passando a ser Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF pode ser considerada como uma estratégia de aumento à participação da população no próprio desenvolvimento de seu sistema de saúde, promovendo uma nova relação entre os sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário devem ser produtores e construtores de ações que beneficiem a saúde de uma maneira geral. Este envolvimento, no entanto, só é possível mediante um processo dialógico entre os diferentes saberes, no qual cada um contribui com o seu conhecimento peculiar e juntos possibilitam uma interação efetiva pela valorização das diferentes experiências e expectativas de vida, criando um vínculo entre unidade e comunidade (BACKES et al, 2012).

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, busca constantemente o crescimento e desenvolvimento do SUS e fortalecimento da cobertura da ESF, por meio da reorientação e ampliação da formação dos profissionais da saúde. Aumentando a resolutividade da atenção à Saúde no SUS (BACKES et al, 2012).

Atualmente o SUS está aprimorando constantemente o acesso a atenção básica e de emergência. Hoje conta-se com uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e fortes investimentos na expansão dos recursos humanos e de tecnologia. Porém pode-se considerar futuros desafios do SUS a reforma de sua

estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade a longo prazo, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes. Considera-se, portanto que os desafios enfrentados pelo SUS, vão além da esfera técnica, inserindo-se no contexto político do país e só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos profissionais e da sociedade (PAIM et al, 2012)

4.2 Estratégia Saúde da Família

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família tiveram como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. A ESF é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população em seu território através de visitas domiciliares. Cada unidade pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, sendo que a equipe tem incumbência a atender de 600 a 1000 famílias que residem na área, sendo o máximo de 4.500 habitantes (COSTA, 2010).

Cada equipe da ESF deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um profissional de saúde bucal, um cirurgião dentista e outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos podem formar equipes de apoio. Esta equipe deve ser capacitada para conhecer a comunidade em que está atuando, para que assim, juntamente com esta comunidade possa elaborar um plano, a fim de melhorar o processo saúde/doença (COSTA, 2010).

As equipes da ESF devem ser capacitadas para: identificar a realidade epidemiológica e sócio demográfica das famílias cadastradas, reconhecer os problemas, as necessidades de saúde identificando os riscos a quais estão expostos, planejar as ações para reduzir os fatores desencadeantes do processo saúde doença, atender a demanda programada ou espontânea, utilizar o sistema de referência e contrarreferência, promover educação em saúde, incentivar ações intersetoriais para os problemas identificados (COSTA, 2010).

Para tanto, o enfermeiro desenvolve seu trabalho na unidade, gerenciando a equipe de saúde, e na comunidade, supervisionando o trabalho dos agentes

comunitários e assistindo aos usuários que necessitam de atenção de enfermagem. Este possui as seguintes atribuições: é responsável pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, pela capacitação dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos em enfermagem, pela realização de ações de educação em saúde, pela promoção da qualidade de vida e meio ambiente mais saudável e por programar e planejar as ações e organização do trabalho com os demais profissionais da equipe (COSTA, 2010).

4.3 Acolhimento enquanto estratégia da política do SUS

Antes mesmo da evolução dos programas propostos pelo SUS, o acolhimento já começava a ganhar o discurso de inclusão social em defesa do sistema ainda na década de 90. Através da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), o acolhimento começa a ser debatido como forma de humanização dentro da Saúde Pública (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012).

Um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais. O acolhimento passou a ser discutido como ferramenta aplicável na Atenção Básica, uma vez que auxilia na reconstrução do modo de produzir e de operar as ações de saúde no SUS, demonstra o comprometimento com a defesa da vida e com os direitos sociais plenos, e, ao mesmo tempo, pode dar resolubilidade aos problemas identificados no dia a dia do trabalho (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012).

Retomando o debate sobre a universalidade do acesso ao SUS, surge em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS. Esta política compunha um conjunto de estratégias e ações que vieram para afirmar a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, assegurando a inclusão de usuários e trabalhadores no gerenciamento dos serviços, a fim de criar novos processos e planos para impulsionar e desenvolver a saúde pública no Brasil (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012).

O próprio nome da política já traz o seu principal objetivo estampado, incentivar o atendimento humanizado dentro da atenção básica, implantando no Programa Saúde da Família, diretrizes e caminhos que criem um vínculo entre a

população e profissionais envolvidos, qualificando a prestação do serviço público de saúde.

A opção por se tornar a humanização como política pública no SUS foi para incluí-la como um valor do cuidado e da gestão, para afirmação de uma ética na saúde: a de colocar no primeiro plano as pessoas, seus interesses, desejos e necessidades (BRASIL 2010a, p.24).

A humanização é uma maneira de instituir a inclusão das pessoas de uma entidade, com a finalidade de criar formas e maneiras coletivas tanto no gerenciamento quanto na assistência ao cuidado, tomando por diretrizes o acolhimento, ampliação da clínica, gestão democrática e valorização do trabalhador e direitos dos usuários (BRASIL, 2010a).

O HumanizaSUS pode ser considerado uma política transversal, uma vez que atribui às suas práticas um caráter de comunicação diferenciado. Desta forma, altera o padrão tradicional de comunicação organizado nos eixos vertical e eixo horizontal, dando uma nova perspectiva de trabalho através de um sistema de comunicação em rede, onde todos os envolvidos colaboram com seu conhecimento e ações, realizando uma troca de informações entre diversos níveis e, principalmente, diferentes sentidos (BRASIL, 2010b).

A humanização do SUS é entendida como (BRASIL, 2010b):

- Valorização e aumento da autonomia dos sujeitos incluídos na produção de saúde como usuários, trabalhadores e gestores;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, gênero, etnia, origem e orientação sexual;
- Enfocar nas necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e resolutivo.
- Melhora das condições de trabalho e de atendimento;

- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral.

Dentro desses entendimentos, os resultados esperados são os seguintes (BRASIL, 2010b):

- Redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- As unidades de saúde assegurarão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos;
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

Diante deste paradigma e inclusão desta nova abordagem na forma de trabalho, o Ministério da Saúde, a partir da política do HumanizaSUS passa a estabelecer o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde, sendo considerado uma das diretrizes de maior relevância na prestação do serviço de saúde pública (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012).

Nesta dimensão o acolhimento torna-se o ponto inicial para a disseminação do atendimento humanizado da Atenção Básica. Além de produzir um contato individual e não sistematizado, desde a primeira visita do usuário a unidade, o acolhimento é a principal diretriz que estabelece o vínculo entre o profissional e o paciente. Se não praticado da melhor forma, pode dificultar ainda mais em aproximar este usuário da unidade.

4.4 A Importância do acolhimento na ESF

O principal sentido de acolher está centrado em atender, receber, dar consideração, mostrando a importância do usuário no serviço, com o intuito de satisfazer as necessidades físicas, psíquicas e sociais da população (OLIVEIRA et al, 2010).

O acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, é atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais possível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro (MEDEIROS et al 2010, p.405).

O acolhimento pode ser considerado como uma prática atuante em todas as relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários, a qual pode ocorrer de formas variadas, influenciando diretamente o recebimento e escuta do usuário (BRASIL, 2013).

É um instrumento de trabalho adequado para todos os profissionais de saúde, não limitando apenas a recepção do paciente. Porém, o acolhimento não é a garantia da resolução por completo de todos os problemas do usuário, mas a atenção envolvendo a escuta ativa e a valorização de suas queixas identificando as suas necessidades (MEDEIROS et al, 2010).

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada (GUERRERO 2013, 133).

Como princípios fundamentais do acolhimento, pode-se citar: a) atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. b) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. c) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (SANTOS; SANTOS, 2011).

Uma vertente para análise das ações de acolhimento na Atenção Básica pode ser realizada com base na tríade acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços, compreendidas como possíveis dimensões do acolhimento (GUERRERO, 2013).

- Acolhimento na dimensão diálogo: O vínculo entre os profissionais e usuários favorece o diálogo reforçando a relação de confiança, agilidade no atendimento e adesão no tratamento.

- Acolhimento na dimensão postura: A postura dos profissionais caracteriza diretamente a postura que se passa para o serviço. O acolhimento resgata atitudes, como as de manter a educação e baixar o tom de voz. A rotatividade dos profissionais prejudica o vínculo e enfraquece o acolhimento postural.

- Acolhimento na dimensão reorganização do serviço de saúde: Os usuários veem este acolhimento como um aspecto a mais na qualidade do atendimento prestado, como marcação de consultas, tempo de espera, entre outros.

O acolhimento também pode ser visto como uma boa prática na Atenção Básica à Saúde, neste aspecto, os profissionais de saúde, assim como os gestores, tem uma visão homogênea, sendo que eles concordam quando se diz que o acolhimento caminha para a questão prática, ficando além de apenas questões gerenciais. Na visão dos gestores a escuta, seguido da orientação gera satisfação para os usuários. O bom relacionamento com a comunidade passa a ser valorizado a medida que a equipe esclarece rotinas e procedimentos sobre a unidade e serviços prestados (GUERRERO, 2013).

Acolher permite o profissional conhecer o usuário e fazer parte da manutenção de sua saúde, reduzindo riscos e agravos. Para que isso aconteça, o vínculo se mostra como uma importante ferramenta, juntamente com as ações em saúde, o que fortalece a participação deste na prestação do cuidado (GARUZI 2014).

Quando visto como estratégia, modifica o processo de trabalho em saúde. Para tanto, o enfermeiro tem um importante papel na realização desta prática, assim como por disseminá-la, principalmente por ser o responsável pela coordenação e supervisão de sua equipe. Este deve zelar pela valorização de cada profissional e prestar o atendimento de forma acolhedora e humanizada aos usuários (COSTA, 2010).

Todos os profissionais de saúde, independente da área que atuam no serviço, devem estar comprometidos e capacitados para acolher a população, sendo uma atividade para todos e não privativa de um profissional específico. A escuta pode ser considerada como porta de entrada para a resolução das necessidades dos usuários, enquanto aplicada como ferramenta do acolhimento (OLIVEIRA et al, 2010).

Porém, no desenvolver das atividades cotidianas de uma unidade como a ESF, geralmente os profissionais atribuem a responsabilidade do acolhimento somente para o enfermeiro, pois este tem o principal papel gerencial na unidade, o que torna-se prejudicial para o usuário. Ainda vale ressaltar que, pela elevada demanda da saúde pública brasileira, somente um profissional não consegue acolher todos os pacientes em uma unidade. Este fato está atrelado a falta de conhecimento dos demais profissionais e também pela falta de capacitações e cobranças por meio do Ministério da Saúde (COSTA, 2010).

Na ESF o acolhimento pode ser considerado como a estratégia fundamental, uma vez que melhora a relação de trabalho e a construção administrativa em que atuam os profissionais. Este auxilia na diminuição de filas e resolutividade na demanda de pacientes na unidade de saúde. Para a sua realização, não existe profissional específico, nem lugar e hora para que seja feito. (SAES; RAYS; GATTI, 2011)

Atualmente o enfermeiro atuante na ESF percebe a importância do acolhimento no atendimento ao usuário, além de ser uma estratégia facilitadora do processo de trabalho. O enfermeiro realiza o acolhimento através da escuta qualificada, formação de vínculo, respeito e sempre apontando uma resposta positiva com a responsabilização pela resolução do problema (LOPES et al, 2015).

A construção do vínculo deve ser baseada no reconhecimento entre o serviço e a comunidade. Estimulando o autocuidado, a compreensão da doença e auxiliando na conscientização para o seguimento correto das orientações terapêuticas pelo usuário, que pode ser estabelecido por meio da fala, desejos e julgamento das expressões corporais demonstradas pelo paciente (GARUZI, 2014).

O vínculo pode ser caracterizado como uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos.

Para haver vínculo, é indispensável que haja empatia e respeito. (GARUZI 2014, 146).

Já a escuta qualificada tem por objetivo ouvir a queixa do paciente, estabelecendo confiança para que ele expresse suas preocupações, angústias, ao mesmo tempo colocando os limites necessários. Garantindo assim, uma atenção resolutiva articulada juntamente com os outros serviços de saúde quando necessário (COSTA, 2010).

A aplicação desta estratégia, proposta por um acolher humanizado, faz com que as atividades da ESF sejam elaboradas de forma a aproximar o usuário e que os objetivos da unidade sejam cumpridos, com a atenção necessária a cada caso, juntamente com a elaboração de ações educativas, a população passa a ter seus problemas resolvidos e a ter disponível uma atenção à saúde qualificada.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa desenvolvida caracteriza-se como qualitativa, exploratória e descritiva. A pesquisa qualitativa permite que o acadêmico investigue dados subjetivos, bem como outras ideias da população estudada, a partir de depoimentos dos participantes, ou seja, informações pertinentes ao universo a ser investigado, de visão sistêmica, de significações e de contexto cultural (SANTOS; CANDELORO 2006).

No enfoque qualitativo é possível desenvolver perguntas e hipóteses antes, durante e depois da coleta e da análise dos dados. Busca-se, por tanto, a dispersão ou expansão dos dados e das informações pertinentes ao tema, sendo a reflexão a ponte que une o pesquisador e os participantes (COLLADO; LUCIO, SAMPIERI 2013).

Classifica-se uma pesquisa como exploratória quando esta tem o objetivo de proporcionar uma visão sistêmica sobre o estudo. Além da coleta de dados, esta dedica-se também ao levantamento bibliográfico e documental do tema. Desta forma pode-se ocorrer um delineamento descritivo-exploratório, onde também deverá ser analisada as características de um fenômeno ou de um fato, estabelecendo relações entre as suas variáveis (SANTOS; CANDELORO, 2006).

A pesquisa exploratória serve para preparar o terreno e normalmente antecede as pesquisas com alcances descritivos ou explicativos. As pesquisas realizadas em um campo de conhecimento específico podem incluir diferentes alcances nas distintas etapas de seu desenvolvimento. Uma pesquisa pode começar sendo exploratória depois pode passar a ser descritiva, englobando as duas em um só estudo. Na pesquisa descritiva busca-se especificar o conteúdo e a população investigada, ou seja, as características e traços importantes por meio de referências bibliográficas (COLLADO; LUCIO, SAMPIERI, 2013).

5.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada nas unidades de Estratégia Saúde da Família da cidade de Cachoeira do Sul. O município localiza-se na região central do Rio Grande do Sul, integrando o Vale do Jacuí, a uma distância de 197 Km de Porto Alegre.

Possui uma área de 4.237 Km², abriga uma população de 83.827 habitantes, sendo que 12.127 residem na zona rural e 71.700 residem na zona urbana. A colonização alemã teve significativa influência na população, seguindo-se a imigração italiana e árabe (IBGE, 2010).

O município de Cachoeira do Sul tem sua economia baseada na agricultura e pecuária. O arroz é sua cultura de maior expressão, merecendo o título de “Capital Nacional do Arroz” em consequência do pioneirismo desta cultura, da produção expressiva, dos investimentos da área, dos engenhos de beneficiamento e da exportação (SCHAURICH, 2004).

A escolha de todas as ESF do município para a coleta dos dados se deu em razão das mesmas representarem um número significativo de profissionais e de abrangência populacional. Torna-se importante saber se as estratégias de trabalho desenvolvidas por cada profissional sobre o acolhimento variam de unidade para unidade.

Tabela 1 – Dados sobre as ESF de Cachoeira do Sul

Unidade	Local / Bairro	Nº de profissionais			Nº de ACS/Micro área	Estimativa do nº de famílias
		Enfermeiro	Médico	Técnico de Enfermagem		
ESF 01	Promorar	01	01	01	05	1.200
ESF 02	Carvalho	01	01	01	06	1.140
ESF 03	Noêmia	01	01	01	05	1.373
ESF 04	Barcelos	01	01	01	05	1.091
ESF 05	Bom Retiro / Tupinambá	01	01	01	05	1.159
ESF 06	Piquiri (Zona Rural)	01	01	01	04	651
ESF 07	Ponche Verde	01	01	01	05	751

Fonte: Tabela elaborada pelo acadêmico através da coleta de dados realizada nas ESF (setembro, 2015).

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde atuantes nas sete ESF do município, representando a equipe básica, sendo 7 enfermeiros, 7 técnicos

em enfermagem e 7 médicos, totalizando 21 pessoas. Os sujeitos foram escolhidos por serem os responsáveis pelo acolhimento, diretriz esta da política de humanização descrita pelo Ministério da Saúde no ano de 2003.

A fim de manter sigilo sobre a real identidade dos participantes, os sujeitos receberam nomes fictícios identificados pela profissão e número aleatório.

5.4 Instrumento para a coleta de dados

Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado (Apêndice A), aplicado diretamente aos profissionais de saúde das ESF, o qual estes preencheram a punho ficando a acadêmica a disposição para dúvidas.

O questionário é instrumento de coleta de dados que deve ser elaborado com cuidado para que seja válido e capaz de checar as informações acerca do fenômeno ou fato social investigado. Sendo semiestruturado, propicia que o participante use sua própria linguagem e emita suas opiniões, complementando as questões investigadas (SANTOS; CANDELORO 2006).

Todo questionário deve ser impessoal, limitado em sua extensão e finalidade para assegurar uniformidade na avaliação de um investigado para outro. A sua principal vantagem está no fato de a população sentir-se mais confiante, dado o anonimato, o que possibilita coletar informações e respostas mais reais, o que em muitos casos pode não ocorrer em uma entrevista (BERVIAN; CERVO; SILVA, 2007).

O questionário (Apêndice A) foi composto por dez questões, as quais englobam a idade dos participantes, seu sexo, qual a sua atuação dentro da ESF, a quanto tempo integra a equipe da unidade, se este tem conhecimento sobre o que é acolhimento, se utiliza o acolhimento em suas atividades, se acha o acolhimento importante, quais as principais dificuldades apresentadas na sua execução, entre outras.

Este questionário foi aplicado pela própria acadêmica de enfermagem, a qual agendou as visitas, via telefone, nas unidades de ESF, desenvolvendo a pesquisa no turno de trabalho do profissional participante. Para tanto, a estudante utilizou seu próprio carro e a pesquisa foi financiada com recursos financeiros próprios.

5.5 Aspectos éticos

No primeiro momento foi realizada uma solicitação formal junto a Secretaria Municipal de Saúde do município (Anexo A). Em seguida, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul para apreciação e aprovação. A proposta foi aceita pelo Comitê de Ética segundo parecer 1.461.240 e, em seguida, iniciou-se a coleta dos dados.

Para participar da pesquisa, o profissional autorizou sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), termo este assegurado pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados não trouxeram prejuízos aos participantes, uma vez que não foi investigado nenhum dado de cunho pessoal ou que possa ser vinculado a identidade do participante.

5.6 Análise dos dados

A análise é a decomposição de um todo em suas partes, é o processo que parte do mais complexo para o menos complexo, englobando a comparação e o confronto dos dados e provas destinadas a comprovar ou rejeitar a hipótese proposta no problema de pesquisa (BERVIAN; CERVO; SILVA, 2007).

A partir da coleta, pode-se agrupar as informações obtidas, realizando o levantamento de dados através de tabelas. Para tanto, utilizou-se recursos como o software Word 2010 e Excel 2010 versões 14.0.4760 do Microsoft Office.

Em análise de dados de um estudo qualitativo, a coleta e a análise devem acontecer praticamente ao mesmo tempo, uma vez que cada pesquisa exige um esquema ou um organograma próprio para a elaboração de sua análise (COLLADO; LUCIO, SAMPIERI, 2013).

A análise de dados contempla diferentes fases, dentre estas, estão incluídas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, sendo este último contemplado pela inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 1977).

Na pré-análise, foi realizada a organização dos dados. Seu principal objetivo diz respeito às intuições e a forma de sistematizar as ideias iniciais para que a análise em si possa ser feita. Para que este objetivo possa ser atingido, devem ser englobados os seguintes itens: a leitura, a escolha dos documentos, a formulação de

hipóteses, a elaboração de indicadores (palavras-chave) e a preparação do material (BARDIN, 1977).

Assim que concluído o processo de pré-análise, a exploração do material vem complementar este processo. Após, tomadas todas as decisões sobre a pesquisa e com seus indicadores definidos, os dados foram codificados e numerados de acordo com o que foi estabelecido (BARDIN, 1977).

Em um terceiro momento, estes dados foram tratados e interpretados a fim de que fossem significativos e válidos. Este tratamento pode incluir criação de quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais possam deixar em evidência as informações fornecidas pela análise. Estes dados foram confrontados com a teoria, para que se estabelecesse a sua validação (BARDIN, 1977).

Os dados devem ser separados homoganeamente, quer dizer, devem obedecer critérios precisos de escolha e não apresentar diferenças significativas fora destes critérios de escolha. Para poder ser comparadas, as entrevistas sobre um tema devem: ser todas sobre o mesmo tema, ter sido obtidas pelo mesmo método e terem sido respondidas por indivíduos semelhantes (BARDIN, 1977).

Todas as palavras do texto podem ser levadas em consideração ou podem vir a dar origem, de acordo com seu significado, a palavras-chave. O agrupamento de palavras de mesmo valor e significado auxilia na criação de categorias para a melhor divisão e análise dos dados (BARDIN, 1977).

Os dados foram organizados e analisados da seguinte forma:

- Transcrição das respostas e organização destas por unidade e tipo de profissional;
- Agrupamento por semelhança das respostas já organizadas em uma tabela utilizando o princípio da homogeneidade;
- Nas falas apresentadas nas respostas foi possível a utilização de palavras-chaves, a fim de agrupar as respostas em semelhança;
- Com a semelhança apresentada nas respostas obtidas foi possível a divisão destas em duas categorias: Entendimento dos profissionais das ESFs sobre acolhimento e a prática de acolhimento realizada pelos profissionais das ESFs;
- A partir da divisão destas categorias foi possível transcrever as falas dos participantes, as quais estão complementadas pelo referencial bibliográfico.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A amostra coletada é composta por vinte e um profissionais de saúde que atuam em ESF, compondo sete equipes de ESF (7 médicos, 7 enfermeiros e 7 técnicos em enfermagem), sendo a grande maioria mulheres (16). Dos (7) médicos respondentes, (4) são do sexo masculino. Das (7) enfermeiras respondentes todas são do sexo feminino e dos técnicos em enfermagem, (6) são do sexo feminino.

Dentre os médicos respondentes (3) possuem faixa etária entre 25 a 35 anos de idade, (1) entre 35 a 45 anos, (2) entre 45 a 55 anos e (1) preferiu não responder a questão. Os enfermeiros participantes incluem-se em uma faixa etária menor, (5) possuem entre 25 a 35 anos de idade e (2) entre 35 a 45 anos. Já os técnicos em enfermagem também incluem-se em uma faixa etária menor, (5) possuem entre 25 a 35 anos de idade e (2) entre 35 a 45 anos. A grande maioria dos profissionais participantes são jovens, (13) com idades que variam entre 25 a 35 anos.

Quanto ao tempo em que cada profissional integra a equipe na unidade existe uma discrepância significativa pelo tipo de ocupação de cada um, sendo que: dentre os médicos participantes (3) estão na equipe menos de um ano e (4) estão de um a três anos. Os enfermeiros atuam nas ESFs no seguintes períodos: (3) estão na unidade a menos de um ano e (4) estão no serviço a mais de três anos. Quanto aos técnicos em enfermagem, (5) atuam nas ESFs a menos de um ano e (2) estão no cargo a mais de três anos. Podemos atrelar o tempo de serviço dos enfermeiros e técnicos em enfermagem a pouca idade que estes profissionais possuem, sendo que os dados diferenciam-se quando comparados aos médicos, uma vez que a idade destes profissionais é maior.

De uma forma geral, a população que compõe as 7 ESFs, em sua maioria, é composta por profissionais que estão a pouco tempo em seus cargos. O que pode ser justificado pelo curto período em que foi realizado o concurso público na cidade para enfermeiro e técnico em enfermagem. O tempo de atuação dos médicos nas unidades, em sua maioria, também está relacionado ao concurso público realizado para a área, o qual ocorreu em um período anterior ao dos outros profissionais.

6.1 Categoria I: Entendimento dos profissionais das ESFs sobre acolhimento

Esta categoria trata sobre o conhecimento dos profissionais relacionado ao acolhimento, envolvendo os aspectos conceituais e a importância desta estratégia de trabalho.

No primeiro momento os participantes apresentam definições sobre acolhimento. Nestas definições, dezesseis profissionais, entre eles (4) médicos, (6) enfermeiros e (6) técnicos em enfermagem descrevem o acolhimento como uma *“escuta qualificada”* em suas respostas. A enfermeira E3 refere que acolhimento *“é uma escuta dos pacientes que procuram o atendimento para a identificação do correto discernimento deste paciente frente as suas necessidades”*.

O acolhimento pode ser considerado um processo, resultante das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores e usuários, sendo que os trabalhadores devem sempre se mostrar ativos e comprometidos para resolver as necessidades do usuário, buscando sempre resgatar a humanização e mantendo o respeito com o outro (LOPES et al, 2014).

Conforme a opinião de (3) médicos e (3) enfermeiros, o acolhimento pode ser definido como uma *“forma de encaminhamento dos usuários”*. O médico M2 relata que, *“o acolhimento é ouvir as questões do cliente, o orientar as possíveis soluções e encaminhamento para atendimento dessas questões em qualquer âmbito, seja ele, saúde, social ou apenas humano”*.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento pode ser definido como uma prática a qual deve estar inclusa em todas as atividades que envolvam o cuidado, nas relações de atendimento entre os trabalhadores e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de várias formas (BRASIL, 2013).

O acolhimento é entendido como possibilidade de construir uma nova prática em saúde, e o funcionamento do tratamento do paciente é dependente do vínculo que é construído nessa relação (PELISOLI et al, 2014).

Para (2) médicos, dentre outras definições, o acolhimento pode ser descrito como *“orientar o paciente”*, a fim de que o mesmo possa obter resposta a sua solicitação. E (3) técnicos em enfermagem definem o acolhimento como *“ser resolutivo”* frente ao problema apresentado pelo paciente.

O acolhimento implica estabelecer relações entre os usuários e profissionais de saúde a fim de que se mantenha a qualidade do serviço e principalmente que as necessidades dos pacientes sejam supridas. Sendo que estes profissionais participam ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelecendo cotas de responsabilidades em sentido duplo, onde este profissional se compromete em auxiliar o paciente em seu problema, seja encaminhando, atendendo e este em manter o tratamento ou o que lhe for proposto pelo serviço de saúde (ASSIS et al, 2015).

Com o desenvolvimento de uma prática de acolhimento dentro da unidade, busca-se intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde de sua população. Nesta relação, a equipe passa a desenvolver uma postura compromissada, desde a organização do serviço até as ações clínicas (LOPES et al, 2014).

Nas definições relatadas por estes profissionais, nota-se que, em sua grande maioria, as opiniões se completam ao serem analisadas em conjunto, uma vez que, no entendimento sobre o conceito de acolhimento, a visão dos participantes mostra-se de acordo com o conceito pertinente nas bibliografias sobre o tema, demonstrando que estes possuem entendimento sobre a questão abordada. Mesmo que, as unidades, assim como o tipo de graduação de cada profissional, sua vivência, idade e experiência sejam diferentes.

No segundo momento falam sobre a importância do acolhimento (4) médicos e (1) enfermeiro, entendem que este “*atende as necessidades individuais*” apresentadas por cada usuário. Já (2) enfermeiros e (4) técnicos em enfermagem, acreditam que o acolhimento serve como ferramenta importante “*para a criação de vínculo*” com os usuários da unidade. Para a enfermeira E3, o acolhimento torna-se importante “*para avaliar a real necessidade do paciente para o direcionamento de um atendimento adequado*”.

Para o Ministério da Saúde, o fato de acolher um usuário e conhecer sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento. Os usuários acolhidos nas ESFs, criam vínculos e passam a confiar e recorrer aos profissionais da unidade. (BRASIL, 2013).

Para tanto, (1) médico cita a importância como para “*atender a demanda espontânea*”. Cinco profissionais, (1) médico, (3) enfermeiros e (1) técnico em enfermagem, acreditam que a importância do acolhimento está vinculada com “*ser resolutivo*” nos problemas que cada paciente apresenta durante o atendimento. A técnica em enfermagem T6, relata que “*acho importante, pois, estreita o vínculo paciente-profissional*”.

O vínculo constitui uma ferramenta que agencia trocas de saberes entre o trabalhador e o paciente, o científico e o popular, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização do cuidado que cada pessoa necessita, demarcando outros sentidos para integridade da atenção a saúde (ASSIS et al, 2015).

Conforme o Ministério da Saúde, o cuidado à demanda espontânea deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, priorizando um atendimento humanizado, resolutivo e que incentive a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e os usuários, fazendo com que a ESF se torne a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2012).

Ser resolutivo, significa ter resposta as demandas, espontâneas ou não, de acordo com a necessidades individuais e coletivas, buscando sempre sanar essas necessidades, quer seja na porta de entrada da ESF ou nos outros níveis de complexidade do sistema (ASSIS et al, 2015).

Para (1) enfermeiro, o acolhimento apresenta sua importância no “*atendimento qualificado e equidade na forma de tratar*”. Dentre os profissionais técnicos em enfermagem, (1) cita a importância de acolher como sendo a “*escuta qualificada*”.

O Ministério da Saúde orienta que, o acesso ao usuário, tendo a equidade como um dos princípios, deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. Este princípio, nos diz que é preciso tratar diferentemente os desiguais, ou seja, cada um de acordo com a sua necessidade (BRASIL, 2012).

A escuta qualificada, quando realizada, possui potencial terapêutico, uma vez que contribui para a melhoria da atenção centrada no usuário. Essa escuta pode, inclusive, acessar o campo subjetivo pessoal do paciente que recebe este tipo de

atenção. Significa resolução de problemas, disponibilidade, compreensão, confiança e respeito (MAYNART et al, 2014).

Conforme os relatos transcritos e as opiniões apresentadas, nota-se que as respostas e opiniões expostas pelos profissionais das ESFs, estão de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, assim como nos apresenta a bibliografia.

Pode-se perceber que estes possuem conhecimento sobre a importância do acolhimento para o serviço e para o usuário. As respostas obtidas sobre qual a definição e qual a importância do acolhimento se completam, uma vez que, mesmo por apresentar um sentido parecido, os participantes conseguiram distinguir o objetivo que se procurava em cada questão, sendo que o resultado obtido com essas questões foi satisfatório.

6.2 Categoria II: A prática de acolhimento realizada pelos profissionais das ESFs

Esta categoria discorre sobre a utilização desta ferramenta no atendimento aos usuários da unidade, as dificuldades e os benefícios em desenvolver o acolhimento em suas práticas diárias.

Para o Ministério da Saúde, a equipe pode ser organizada de várias formas a fim de que o acolhimento seja tarefa de todos os profissionais que se encontram na unidade. Pode-se citar como exemplo: a) o enfermeiro de cada equipe realizando a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados, para tanto o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está, simultaneamente, realizando a primeira escuta, organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, após desempenha outras atribuições, passando a atribuição ao técnico de enfermagem, colocando sempre o médico na retaguarda (BRASIL, 2013).

Todo profissional pode e deve acolher os usuários. O desenvolvimento do conhecimento sobre acolhimento deve ser seguido por meio de um protocolo, o qual cada unidade deve possuir o seu, obedecendo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para tanto, ao questionar os profissionais atuantes nas ESFs

nota-se que estes não possuem conhecimento sobre protocolo ou mesmo tiveram algum tipo de treinamento sobre este tema. Dos vinte e um profissionais participantes, apenas (2) seguem o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde, o qual esta disponível no caderno de Atenção Básica. Os demais conhecem o acolhimento por meio de disciplinas cursadas na graduação e vivências do cotidiano, sendo que desconhecem um padrão ou técnica específica para o uso dessa ferramenta.

Além do apresentado nos cadernos de Atenção Básica e das técnicas de acolhimento, em alguns casos, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar e acolher os casos atendidos. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico seja em termos da aceitação ou suporte pelos colegas de trabalho. Por isso, é necessário que a equipe sempre discuta sobre a importância de acolher, que haja troca de conhecimentos a fim de que todos os profissionais se envolvam e entendam o que é acolhimento (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado) (BRASIL, 2012).

Assim, buscou-se investigar se é realizado o acolhimento, desde quando (tempo) e em que momento o profissional o executa em seu serviço. Para tanto (4) médicos responderam que realizam o acolhimento de alguma forma e (3) médicos responderam que não realizam. Destes (4) médicos, (1) relatou que realiza na consulta e também na visita domiciliar, (1) fora da consulta (enquanto desloca-se dentro da unidade ou quando não possui nenhum atendimento agendado) e (2) descreveram que realizam o ato de acolher desde o momento em que o paciente tem contato com ele. O médico M3 afirma que, “*sempre que o paciente apresenta dúvidas (fora de consulta) realizo o acolhimento e oriento sobre o fluxo da unidade*”. Estes profissionais não relataram desde quando (tempo) estão realizando a prática do acolhimento.

Quando um profissional da saúde, médico, além de prescrever exames, medicamentos e avaliar fisicamente o paciente, considera este como um todo, levando em conta sua origem social, econômica, política, religiosa, as relações familiares e os problemas que o levaram a buscar ajuda, ele está, nesse momento, usando as tecnologias leves. Estas, por sua vez, permitem produzir o cuidado numa situação de acolhimento em saúde (PELISOLI et al, 2014).

Tecnologia pode ser considerada como um elemento constituinte do processo de trabalho em saúde, sendo um conjunto de instrumentos e materiais para as ações desenvolvidas dentro do serviço. As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As leves são as das relações interpessoais; as leve-duras são as do saberes estruturados, tais como as teorias, as duras são as dos recursos materiais e suas formas de utilização (MERHY; ONOCKO 2007).

Por sua vez, o acolhimento resulta em uma tecnologia leve, a qual direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, onde envolve trabalhadores, gestores e usuários. Assim, as necessidades dos usuários poderão ser analisadas pelas equipes de forma a encontrar possíveis soluções para suas reais necessidades (MERHY; ONOCKO 2007).

Todas as enfermeiras participantes realizam o acolhimento. Destas, (5) afirmam que acolhem o paciente desde que tem contato com este na sua chegada a unidade, sendo que as outras profissionais não relataram em que momento colocam a ferramenta em prática.

A Enfermagem deve ser responsável pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ASSIS, 2015).

Dos técnicos em enfermagem, (6) relatam que realizam o acolhimento e um afirma que não realiza. A profissional T2 afirma que não realiza a prática, porém relatou que *“estou sempre atendendo as queixas”*, o que de certa forma pode ser considerado uma forma de acolher, sendo, em partes, contraditória a resposta apresentada pela trabalhadora. Os (6) profissionais também afirmam que tem por costume colocar a ferramenta em prática desde o momento em que o usuário entra na unidade, sendo que desde o primeiro contato, este paciente é acolhido. A técnica de enfermagem T6 refere: *“realizo o acolhimento sempre, continuamente, desde que chego na unidade ou que o paciente chegue”*.

Para tanto, acolher não é uma atividade de determinada profissão, uma vez que todos profissionais, independente de sua função, devem estar comprometidos e capacitados para atender com resolutividade a população (OLIVEIRA et al, 2010).

Nota-se que os profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem possuem maior facilidade e oportunidades em praticar o acolhimento. Uma vez que,

o usuário ao chegar à unidade tem contato direto com estes trabalhadores, sendo estes responsáveis pela primeira escuta do paciente. Já os médicos, pelas atividades que executam e pela demanda agendada que possuem, podem vir a não executar o acolhimento da forma como deveria ser feito.

Todos os profissionais da unidade devem ter o acolhimento como ferramenta padrão em suas atividades. Mesmo que, os pacientes já tenham um primeiro contato com outros profissionais antes da consulta médica, os trabalhadores devem se mostrar interessados no caso de cada indivíduo, sempre na busca pela criação de vínculo e de um atendimento humanizado. Assim, as respostas obtidas relatam que, mesmo os profissionais tendo conhecimento sobre o conceito e a importância da ferramenta, estes podem vir a não utilizar esta ferramenta no ambiente de trabalho.

Conforme os conceitos já abordados, sabe-se que o acolhimento pode apresentar vários benefícios, tanto para os profissionais que o executam, quanto para o usuário que o recebe. Assim, buscou-se nessa subcategoria, vislumbrar a percepção que os trabalhadores possuem sobre quais os benefícios que esta ferramenta pode trazer, tanto para o serviço quanto para os pacientes atendidos.

O acolhimento é uma ferramenta tecnológica de intervenção, que busca como diretriz a universalidade do acesso, com definição de prioridades onde cada caso é visto de maneira individual, tendo como principal benefício a humanização da atenção, a qual envolve também questões de organização e prática do trabalho (LOPES et al, 2014).

Para (2) médicos, o principal benefício na execução do acolhimento esta centrado na *“criação de vínculo com o paciente, porém não uma dependência”*. Outros (2) médicos apontam que estes benefícios estão ligados a *“resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários”*.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento busca em sua forma de medicalização aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como objetivo diminuir o sofrimento do usuário, criando um vínculo, porém não uma dependência crônica dos usuários. Deve-se incentivar a construção da autonomia e a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde), mostrando como solucionar suas necessidades. Não de forma sistematizada e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2013).

Na educação do *Empowerment* (aumento da autonomia) o cidadão tem condições para tomar as decisões sobre a melhor forma de cuidado para sua saúde. Este, através da promoção em saúde e do vínculo não vicioso, torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas, aumentando assim seu controle pessoal e principalmente melhorando sua qualidade de vida. Esta perspectiva pressupõe, assim, um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos, os profissionais e usuários do sistema de saúde pertinente (PEREIRA et al, 2011).

Ainda (2) profissionais, afirmam que esta ferramenta auxilia na organização da demanda. O médico M5 relata que o benefício está na “*ampliação da relação da equipe com o paciente, auxiliando na melhor organização das demandas*”. Apenas um médico não descreveu nenhum benefício sobre acolher.

Quando colocado em prática de maneira funcional pela equipe, o acolhimento reorganiza o processo de trabalho, identificando demandas dos usuários e replanejando o atendimento dos mesmos. Assim, busca ampliar e qualificar o acesso destes, humanizando o atendimento e reorganizando a demanda de uma forma em que o coletivo passe e visualizar os problemas individuais, onde cada caso é tratado buscando uma solução. Desse modo, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, ele pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder e organizar às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (BECK, 2008).

Na visão dos trabalhadores de enfermagem, (2) enfermeiros descrevem o principal benefício como a resolutividade das aflições encontradas dos pacientes atendidos. Um profissional cita o fator mais benéfico desta prática como a “*melhora da qualidade do atendimento prestado na unidade*”.

Pelo fato de possibilitar uma assistência humanizada, o acolhimento refere-se a atenção dada as necessidades dos usuários, de maneira qualificada, disponibilizando um diálogo que proporcione possível solução de seu problema e encaminhamento do mesmo, assim promovendo a resolubilidade, onde o objetivo do trabalho em saúde é a resolução do problema do usuário (LOPES et al, 2015).

A capacidade de diálogo entre os profissionais e os pacientes, permite a criação responsável de um serviço resolutivo, o qual atende as necessidades de

todos esses participantes, bem como relações que produzam ou fortaleçam a autonomia dos usuários (LOPES et al, 2014).

Já (1) enfermeiro, acredita que o benefício gerado pelo acolhimento está ligado diretamente ao *“vínculo que o usuário passa a ter quando bem acolhido pela equipe”*. Quando questionados, (3) profissionais não responderam quais os benefícios que veem com o desenvolvimento da prática.

Dos profissionais técnicos em enfermagem, (4) acreditam que o vínculo seja o principal benefício do acolhimento. O técnico em enfermagem T6 acredita que os benefícios são *“a possibilidade de resolver os problemas do paciente, muitas vezes só ouvir já é possível ajudar e também a possibilidade de um vínculo forte do paciente com a equipe”*. Para (1) profissional, a *“qualidade no atendimento”* pode ser dimensionado como o benefício chave. No entanto, (2) profissionais não descreveram quais os benefícios podem ser vislumbrados com a prática.

De uma forma geral, o acolhimento pode ser associado a fatores que expressam a qualidade do atendimento como o respeito, o bom atendimento e a boa recepção. Esta definição está de acordo com a Política Nacional de Humanização, a qual não limita o acolhimento apenas a um atendimento de qualidade, mas sim inclui como pontos essenciais que fazem esta associação como a escuta qualificada, a atenção resolutiva e a responsabilização pela integralidade do sujeito (COSTA, 2010).

Quando questionados se o vínculo poderia ser considerado como um benefício e se a unidade utiliza o acolhimento para obtê-lo, os profissionais apresentaram as seguintes opiniões: (7) médicos responderam que sim, sendo que (1) descreveu que sim, porém não uma dependência, (6) enfermeiros responderam que sim e um acredita que não pode ser considerado, sendo que (3) destes enfermeiros acreditam que realizam a criação de vínculo por meio da escuta humanizada. E (5) técnicos de enfermagem relatam que sim, sendo que destes, (3) também descrevem que esta criação parte, da escuta humanizada e (2) responderam não ao questionamento.

O vínculo busca a confiança do usuário em relação aos trabalhadores no sentido de serem capazes de solucionar e entender os problemas de saúde, e também, capazes de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio para se enfrentar obstáculos. Além disso, envolve um grau

de afetividade manifestada na expressão corporal e nos modos de comunicação verbal (LOPES et al, 2014).

A prática do acolhimento proporciona uma melhora no processo de trabalho dos serviços de saúde, bem como possibilita o fortalecimento de laços, a criação de um vínculo, entre pacientes e profissionais. O vínculo busca, no âmbito do serviço, a aplicação do princípio da integralidade, pois permite aos usuários exercerem seu papel de cidadãos, tendo maior controle sobre sua saúde, tendo garantidos os seus direitos de fala, argumentação e escolha, permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore na manutenção de sua saúde e redução de seus problemas. O vínculo amplia a eficácia das ações em saúde e favorece a participação do usuário na prestação do serviço (GARUZI, 2014).

Nota-se que o médico que não havia citado benefícios sobre o acolhimento, acredita que este pode auxiliar na criação de vínculo com o usuário. Outros (2) enfermeiros também não relataram nenhum benefício, mas ao serem questionados sobre a criação de vínculo, responderam positivamente a questão proposta. Os (2) técnicos de enfermagem que não haviam respondido mantiveram a sua opinião de forma negativa sobre o vínculo.

Assim, pelas opiniões descritas e afirmações feitas, pode-se acreditar que o vínculo é o principal benefício do acolhimento, na visão dos profissionais de saúde, além do auxílio no desenvolvimento das atividades da unidade. Também, pode-se citar a resolutividade das situações vivenciadas pelos usuários, como um fator benéfico no desenvolvimento desta ferramenta.

Mesmo sendo considerado uma ferramenta de fácil assimilação e compreensão em seu desenvolvimento, a execução da técnica de acolhimento pode apresentar certas dificuldades pelos profissionais que a realizam. Na concepção de (4) médicos, a principal dificuldade em estabelecer o acolhimento como prática sustentável dentro da unidade “*é a equipe entender que todos devem acolher*”. Para outros (2) médicos a dificuldade encontra-se “*na grande demanda que as unidades possuem, o que torna o atendimento individual ao usuário rápido e sem a possibilidade de acolher de uma forma correta*”. Apenas (1) profissional não apontou nenhuma dificuldade na questão abordada.

Para que a prática do acolhimento seja bem desenvolvida torna-se necessário a participação de todos os profissionais do serviço, o que demonstra que a equipe

deve estar inteirada e bem relacionada. O entendimento de que a complementaridade do trabalho entre os diferentes profissionais é necessário, é o elemento chave que leva à superação da prática individual, uma cultura ainda corrente na formação e atuação dos profissionais de saúde (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS, 2013).

Para os trabalhadores de enfermagem, (6) enfermeiros acreditam que a principal dificuldade na execução do acolhimento também encontra-se na equipe, sendo que, conforme a enfermeira E2 *“a principal dificuldade encontra-se em comprometer, envolver toda a equipe no processo em ter o dom de escutar e acolher o paciente”*. Apenas (1) enfermeiro citou a grande demanda como dificuldade no processo de acolher.

O acolhimento ainda é uma ação de saúde pouco clara para os profissionais de diversas ESFs. É possível observar que, embora os conceitos sobre acolhimento estejam apreendidos e entendidos, sua operacionalização muitas vezes é algo que não está bem claro. Isto faz com que a equipe se “divida”, sendo que alguns trabalhadores deixam de realizar o processo por não saberem claramente como desenvolvê-lo (BECK, 2008).

De acordo com (3) técnicos em enfermagem, esta dificuldade esta representada principalmente no entendimento da equipe em geral, para que compreendam que todos devem fazer sua parte e que todos, de alguma forma, podem e devem acolher. Outros (2) profissionais, assim como já citado anteriormente, acreditam que a dificuldade está associada a grande demanda que a sua unidade enfrenta. A técnica em enfermagem T7, descreve que *“as vezes pela alta demanda, temos que ser mais rápidos no acolhimento, o que faz com que tenhamos pouco tempo para dar atenção individual a cada paciente”*.

A ampliação das ESFs no território nacional contribuiu para uma melhor acessibilidade geográfica dos usuários, porém, em diversas unidades, criou uma desproporção entre a oferta e demanda de tempo e serviços. Há que se considerar que um serviço ágil e acolhedor pode ter seu acesso dificultado por uma demanda muito maior do que a oferta de profissionais que se encontram na ESF. O que dificulta a criação de vínculo e a atenção desprendida no momento de acolher. (GUERRERO et al, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente o acolhimento pode ser considerado uma tecnologia leve, a qual está presente diariamente nas tarefas e ações de cada profissional atuante na área da saúde. A prática de acolher é bem mais do que prestar um atendimento sistematizado ao usuário. A partir dela torna-se possível a criação de vínculo e, principalmente, fazer com que o paciente volte a buscar e confie no serviço prestado.

A partir dos dados obtidos, podemos notar que os profissionais que integram as ESFs da cidade de Cachoeira do Sul, em sua grande maioria, possuem conhecimento sobre o que é acolhimento e como o mesmo deve ser aplicado em uma unidade de saúde.

Estes profissionais também demonstram, mesmo não apresentando ou descrevendo uma técnica precisa, como o acolhimento deve ser feito e a estratégia e método que cada um utiliza para fazer com que esta ferramenta faça parte de suas ações. No entanto, o que chama a atenção é o fato de que poucos destes possuem conhecimento sobre as orientações que o Ministério da Saúde repassa sobre a utilização do acolhimento nos atendimentos. Fato este que pode ser justificado pela falta de treinamentos ou até pela falta de tempo destes trabalhadores em poder acessar o conteúdo disponível no caderno de Atenção Básica.

Entretanto, mesmo sem uma padronização no atendimento, a maioria dos trabalhadores, utilizam o acolhimento em suas ações. Segundo a Política Nacional de Humanização, acolher está ligado na forma de atenção, de respeito, de escuta e de cuidado com que o profissional se relaciona com o usuário, o que foi demonstrado como preocupação em grande parte dos questionários aplicados.

O acolhimento pode contribuir de forma positiva nas ações do enfermeiro. Este auxilia na organização do serviço e da demanda espontânea e principalmente na relação do profissional e do usuário, buscando solucionar as reais necessidades deste. Com o acolhimento, o serviço do trabalhador torna-se completo, uma vez que, agregando técnicas humanizadas, o mesmo poderá realizar suas atividades com maior qualidade.

Nota-se, portanto, que a atribuição de acolher não está somente a cargo do enfermeiro, mas todos os profissionais podem e devem se beneficiar da utilização

desta ferramenta em suas atividades, proporcionando autonomia do usuário na busca pelo cuidado da sua saúde.

O acolhimento poderá mudar o processo de trabalho nas ESFs, porém precisará ser estimulado como estratégia por meio da educação permanente para se ter melhores condições de trabalho, ter uma adequação de equipamentos, e principalmente apoio dos conselhos locais e municipais. Este fortalece a ESF, mobilizando os profissionais, recuperando o sentido clínico e colocando as pessoas em primeiro lugar.

Buscando responder o objetivo principal do estudo e conseqüentemente proporcionar maior qualidade na assistência prestada, os resultados mostram-se satisfatórios ao tema pesquisado, uma vez que, os profissionais possuem conhecimento e reconhecem a importância de acolher. Para tanto, o enfermeiro, como o orientador e gestor da unidade, deve buscar incentivar e contribuir para que todos os membros da equipe estejam envolvidos, cada vez mais, neste processo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.; COTTA, R.; MITRE, S. *Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: Um resgate da produção bibliográfica do Brasil*. 17 ed. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2012.

ASSIS, M. et al. *Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 68 ed. Ribeirão Preto, 2015.

BACKS, D. et al. *O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária a estratégia de saúde da família*. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 17 ed. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Portugal: Lisboa, 1977.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZI, Daniele. *O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica*. Revista Saúde UFSM. 34 ed. Santa Maria, 2008.

BERVIAN, P. A.; CERVO, A. L.; SILVA, da. R. *Metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Editora Pearson Prentice Hall, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B.; SAMPIERI, R. H. *Metodologia de Pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

COSTA, Maria Antônia Ramos; CAMBIRIBA, Mariele da Silva. *Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário*. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. 9 ed. Maringá. 2010.

FERREIRA, M. L. S. M; PENQUES, R. M. V. B; MARIN, M. J. S. *Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde*. Revista Aquichan. 14 ed. Colombia, 2014.

GARUZI M. et al. *Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa*. Revista Panam Salud Publica. 35 ed. Washington. 2014.

GUERRERO, P. et al. *O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde*. Revista Texto Contexto Enfermagem. 22 ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. População Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430300&search=rio-grande-do-sul|cachoeira-do-sul>>. Acesso em: 04 de outubro de 2015.

LAVRAS, Carmen. *Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil*. Revista Saúde e Sociedade. 20 ed. São Paulo: Editora USP, 2011.

LOPES, A. S. et al. *O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários*. Revista Saúde Debate. 39 ed. Rio de Janeiro, 2015.

LOPES, G. et al. *Acolhimento: Quando o usuário bate a porta*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 67 ed. Salvador, 2014.

MAYNART, V. et al. *Escuta Qualificada e o Acolhimento na atenção psicossocial*. Revista Acta Paul Enfermagem 27 ed. Maceió, 2014.

MEDEIROS, Flávia A. et al. *Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco*. Revista Saúde Pública. 12 ed. Natal, 2010.

MERHY, Emerson Elias (Org.), ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, Elizabete et al. *Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem*. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 12 ed. Vitória, 2010.

PAIM, Jairnilson et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Revista Saúde no Brasil. 1 ed. Bahia, 2012.

PELISOLI, Cátula et al. *Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros*. Revista Estudos de Psicologia. 31 ed. Campinas, 2014.

PEREIRA, C et al. *EMPOWERMENT: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. Revista Nursing. 267 ed. 2011.

RIBEIRO, L; ROCHA, L; RAMOS, M. *Acolhimento nas equipes de saúde da família: uma revisão integrativa*. 23 ed. Revista Médica de Minas Gerais. Minas Gerais, 2013.

ROSA, Alan Fernando Flores da. *Acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviços de urgência e emergência*. 2010. 55 f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Curso de Enfermagem. Centro Universitário Univates, Lajeado, RS, 2010.

SÁ, Célia Maria Cartaxo Pires de et al. *Experiência da Implantação do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família*. Revista de Enfermagem UFPE. 7 ed. Recife, 2013.

SAES, S; RAYS, J; GATTI, M. *Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família*. 30 ed. Revista Salusvita. Bauru: Editora USC, 2011.

SANTOS, V. dos; CANDELORO, R. J. *Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas*. Porto Alegre: AGE, 2006.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. *Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros*. Revista de Salud Pública. 13 ed. Colômbia: UNC, 2011.

SCHAURICH, L.; M. *A visão do enfermeiro assistencial sobre o envelhecimento humano dentro da nova legislação do idoso*. 2004. 56 f. Monografia (Graduação) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004.

ANEXOS / APÊNDICES

ANEXO A - Termo de autorização**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde**

Rua Cel. João Leitão, 1055 – Bairro Barcelos – Cachoeira do Sul/RS Cep : 96506-670
Telefone: (051) 3724 6085 – 3724 2086 – Fax(051) 37246004

Cachoeira do Sul, 03 de novembro de 2016.

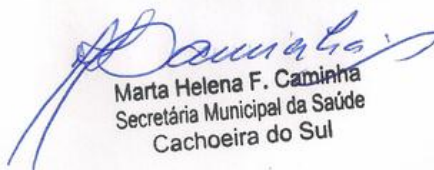
Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: "Acolhimento como dispositivo de humanização: Percepção dos profissionais de saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família em Cachoeira do Sul", desenvolvido pela acadêmica Michele Barros Zinn do Curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC, sob a orientação da professora Luciane Maria Schmidt Alves, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento nas Estratégias Saúde da Família pertencentes à Secretaria de Saúde do município de Cachoeira do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente


Marta Helena F. Caminha
Secretária Municipal da Saúde
Cachoeira do Sul

APÊNDICE A - Questionário
QUESTIONÁRIO

1. Qual a sua função na Estratégia Saúde da família?

() Médico () Técnico em Enfermagem () Enfermeiro

2. Sexo: F () M ()

3. Idade: _____

4. Há quanto tempo você integra a equipe na unidade?

5. Para você, o que é Acolhimento? Qual seu entendimento sobre?

6. Você acha importante o Acolhimento?

() Sim () Não – Porque?

7. Dentro de suas atividades, você realiza o acolhimento?

() Sim () Não - Se sim, desde quando?

8. Quais as principais dificuldades/benefícios na implementação do Acolhimento?

9. A unidade utiliza o acolhimento como uma das estratégias para a criação de vínculo com o usuário?

10. Existe um protocolo para a realização do acolhimento na unidade?

() Sim () Não – Se sim, qual? _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Acolhimento como dispositivo de humanização: Percepção dos profissionais de saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família de Cachoeira do Sul”

O(a) Sr(a) foi esclarecido de que participando deste projeto, está fazendo parte de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo geral: Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento e as práticas desenvolvidas nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Embora o(a) Sr(a) venha a aceitar participar deste projeto por meio de um questionário, estará garantido que o(a) Sr(a) poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o(a) Sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Os dados referentes ao Sr(a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o(a) Sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. O estudo torna-se de suma importância para a Enfermagem, uma vez que o acolhimento, por ser uma tecnologia de fácil aplicação e baixo custo, a qual esta ligada diretamente a relação profissional-indivíduo, auxilia o enfermeiro atuante na ESF a exercer papel educativo e contribuir para que se produzam mudanças concretas e saudáveis na comunidade onde está inserido.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- **da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;**
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Michele Barros Zinn (Fone 051 9813 0246). Sendo a professora orientadora Luciane Maria Schmidt Alves (Fone 051 9604 0306)

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do
responsável pela obtenção do
presente consentimento