



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

DÉBORA LIMA DE SOUZA SANTOS

ACOLHIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO
ENTRE O USUÁRIO E A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Salvador
2008

DÉBORA LIMA DE SOUZA SANTOS

**ACOLHIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO
ENTRE O USUÁRIO E A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Msc. Ângela Cristina Fagundes Góes.

Salvador
2008

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB
Bibliotecária : Jacira Almeida Mendes – CRB : 5/592

Santos, Débora Lima de Souza

Acolhimento : uma estratégia de integração entre o usuário e a unidade básica de saúde /
Débora Lima de Souza Santos . - Salvador, 2008.
40f.

Orientadora : Ângela Cristina Fagundes Góes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do Estado da Bahia.
Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2008.

Contém referências e apêndices.

1. Serviço de saúde comunitária. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Sistema único de saúde –
Brasil. 4. I. Góes, Ângela Cristina Fagundes. II. Universidade do Estado da Bahia,
Departamento de Ciências da Vida.

CDD: 362.10981

DÉBORA LIMA DE SOUZA SANTOS

**ACOLHIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE O
USUÁRIO E A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito final para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Msc. Ângela Cristina Fagundes Góes
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Examinadora 1: Msc. Rhanes Oliveira da Hora
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Examinadora 2: Msc. Cláudia Geovana da Silva Pires
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

A Deus, a Ele a honra, a glória e o louvor para todo o sempre.

Ao meu esposo, meu amigo e ajudador em todas as horas da minha vida.

Aos mestres que tive o privilégio de conviver ao longo da minha vida e que me ensinaram verdadeiras lições que não estão escritas em livros, mas que ficarão guardadas para sempre nas minhas lembranças.

Aos pacientes que tive a oportunidade de cuidar e que confiaram as suas vidas nas mãos inseguras, porém calorosas de alguém que estava dando os primeiros passos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força e coragem para superar os obstáculos durante essa caminhada.

Ao meu grande amor, meu esposo, pelo exemplo de luta e esperança quando tudo parecia perdido.

Aos meus pais, Vanderley e Leonice, pelo carinho e dedicação, por sempre acreditarem nos meus sonhos.

A minha irmã, Kel, pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo.

À minha orientadora, Ângela Góes, pela sua importante contribuição nesta pesquisa e pelo tempo dedicado a mim, apesar dos contratempos.

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há um tempo para
todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de plantar e
tempo de colher, tempo de chorar e tempo de dançar,
tempo de guerra e tempo de amar [...] tudo fez formoso
em seu tempo..”
(Eclesiastes 3:1-11)*

RESUMO

O presente estudo, de natureza descritiva e qualitativa, tem como objetivo geral conhecer a percepção do usuário acerca do acolhimento enquanto ação capaz de promover o estabelecimento de vínculo entre ele e a Unidade Básica de Saúde e, como objetivos específicos identificar o sentimento do sujeito em relação à equipe de saúde no que diz respeito ao acolhimento; relacionar os motivos que norteiam o usuário na escolha da Unidade Básica de Saúde para atendimento e identificar as facilidades e as dificuldades para o estabelecimento de vínculo entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde, na fala dos sujeitos da pesquisa. O estudo foi realizado com dez usuários que buscaram atendimento no período de 01 a 18 de agosto de 2008, no Centro de Saúde Rodrigo Argolo. Os dados foram coletados através da realização de uma entrevista semi-estruturada. Para análise das informações, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo das entrevistas. Para isso, os dados foram agrupados em quatro categorias: Número de unidades utilizadas X Motivo determinante de escolha da UBS; Periodicidade de frequência X Conhecimento dos serviços disponíveis; Dificuldades e facilidades encontradas para atendimento e Significado e sentimento de acolhimento. Observou-se que: a proximidade entre Unidade e domicílio foi considerada o fator mais determinante na escolha de uma UBS; a atenção recebida pelo usuário mostrou ser um fator que determina positivamente a sua frequência aos serviços da UBS e que houve o predomínio de fatores que dificultam o atendimento. A partir dos resultados, pode-se inferir que o acolhimento, enquanto estratégia de reorientação do Modelo Assistencial pode contribuir para aproximar o usuário da Unidade Básica de Saúde. Necessita-se, portanto, que haja investimentos na qualificação de trabalhadores, com vistas à implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde baseados em modelos de atenção que valorizem o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional.

Palavras-chave: Acolhimento, Unidade Básica de Saúde, Usuário, Vínculo.

ABSTRACT

The present study, of descriptive and qualitative nature, has like general objective knows the perception of the user about the welcome while action able to promote the establishment of bond between him and the Basic Unity of Health and, like specific objectives identify the feeling of the subject regarding the team of health what concerns the welcome; to make a list of the motives that orientate the user in the choice of the Basic Unity of Health for service and to identify the facilities and the difficulties for the establishment of bond between the user and the Basic Unity of Health, in the speech of the subjects of the inquiry. The study was carried out by ten users who looked for service in the period from 01 to 18 of August of 2008, in the Centre of Health Rodrigo Argolo. The data were collected through the realization of a semi-structured interview. For analysis of the informations, there was used the technique of analysis of content of the interviews. For that, the data were grouped in four categories: Number of used unities X determinative Cause of choice of the UBS; Periodicity of frequency X Knowledge of the available services; Difficulties and facilities found for service and Meant and feeling of welcome. There was observed what: the proximity between Unity and residence was considered the most determinative factor in the choice of an UBS; the attention received by the user showed to be a factor that determines positively his frequency to the services of the UBS and what there was the predominance of factors that make difficult the service. From the results, it is possible to infer that the welcome, while strategy of redirection of the Model Assistencial can contribute to bring near the user of the Basic Unity of Health. one needs, so, that there are investments in the workers qualification, with sights to the implementation of changes in the process of work in health based on models of attention that value the establishment of bond between user and professional.

Key words: Welcome, Basic Unity of Health, User, Bond.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	12
2.1.1 Conceituando Promoção da Saúde	14
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	15
2.3 ACOLHIMENTO E VÍNCULO	16
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 CAMPO DE ESTUDO	19
3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS	20
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO	20
3.5 COLETA DE DADOS	21
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO INFORMADO	37
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	38

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, na qual foram contempladas as propostas oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – a descentralização da gestão, a integralidade das ações, regionalização e hierarquização, controle social – foi garantido o direito à saúde para todos os brasileiros e instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o acesso universal e igualitário (BRASIL, 2003). Dessa forma, a constituição propõe uma atenção integral à saúde visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, com priorização de atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais.

O SUS compreende a saúde na perspectiva da multicausalidade dos problemas, o que inclui fatores biológicos, culturais, psicológicos e sociais como, habitação, transporte, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação e lazer, dentre outros. Envolve múltiplas estratégias, intervenções e atores, com participação do Estado, que deve viabilizar a implantação de políticas públicas e a criação de ambientes saudáveis, bem como, ações de reorientação do Sistema de Saúde; da comunidade, através de ações que buscam promover o empoderamento político e cultural, além da participação dos diversos setores da sociedade (ações intersetoriais) (BUSS, 2003).

Nesse contexto foram desenvolvidas as principais estratégias dirigidas à reorganização da atenção à saúde no SUS, que culminaram na elaboração de propostas de mudança do Modelo de Atenção. Para tanto, algumas alterações se fazem necessárias – substituição da demanda espontânea para a oferta organizada, ênfase nas ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, buscando além do controle de danos, o controle de causas e riscos; mudança no perfil dos sujeitos, profissionais e usuários, assim como as relações estabelecidas entre eles (TEIXEIRA, 2003).

As propostas de mudança do Modelo de Atenção podem ser relativas ao nível “micro”, cujo objeto central da análise é o processo de trabalho em saúde, como é o caso do acolhimento, e ao nível “macro”, que trata da formulação e implementação de políticas, a exemplo da Promoção da Saúde, Vigilância da Saúde e a estratégia de Saúde da Família (TEIXEIRA, 2003). A proposta de acolhimento visa a humanização do atendimento, o acesso universal aos serviços de saúde e a reorganização do processo de trabalho, deslocando seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento (TEIXEIRA, 2003; GOMES; PINHEIRO, 2005). A Promoção da Saúde abre espaço para reflexões sobre o conceito de saúde e sobre as estratégias de prevenção e promoção, trazendo

à tona a discussão do conceito de risco e vulnerabilidade e suas influências para as práticas de saúde. A Vigilância da Saúde dá ênfase às propostas integrais na orientação de intervenções em saúde, enquanto que o Programa Saúde da Família privilegia as ações de territorialização que extrapolam os limites da Unidade de Saúde, enfatizando atividades educativas (TEIXEIRA, 2003).

A incorporação da prática de acolhimento no Sistema de Saúde constitui uma perspectiva de reorganização do trabalho em saúde, com ênfase na humanização das práticas de saúde, na construção de responsabilidades entre Serviço e população e no estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional, aproximando quem oferece serviço de quem o recebe, personalizando assim a relação (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Dessa forma, este estudo tem como objeto o acolhimento enquanto estratégia de integração entre usuário e Unidade Básica de Saúde (UBS). Logo, apresenta as seguintes questões norteadoras: Qual a percepção do usuário acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde? Qual o sentimento do sujeito em relação à equipe de saúde no que diz respeito ao acolhimento? O que motiva o usuário a procurar os serviços oferecidos pela Unidade? Quais as facilidades e dificuldades encontradas pelos sujeitos para o estabelecimento de vínculo com a UBS?

Para responder essas questões norteadoras optou-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como objetivo geral conhecer a percepção do usuário acerca do acolhimento enquanto ação capaz de promover o estabelecimento de vínculo entre ele e a Unidade Básica de Saúde e, como objetivos específicos identificar o sentimento do sujeito em relação à equipe de saúde no que diz respeito ao acolhimento; relacionar os motivos que norteiam o usuário na escolha da Unidade Básica de Saúde para atendimento e identificar as facilidades e as dificuldades para o estabelecimento de vínculo entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde, na fala dos sujeitos da pesquisa.

O interesse pelo tema surgiu a partir das atividades práticas das disciplinas *Processo de Cuidar: Fundamentos e Práticas* e *Enfermagem em Atenção à Saúde do Adulto I*, desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde, onde observou-se, ainda que empiricamente, o quanto era grande a demanda por atendimentos com fins curativos, resultando, às vezes, na formação de imensas filas, gerando insatisfação na população usuária, pelo tempo de espera e pela incerteza de ser atendida, o que não raro desencadeava reações agressivas por parte de alguns usuários.

Observou-se também, que à medida que havia uma abordagem empática por parte de estudantes e equipe multiprofissional, o atendimento fluía de forma mais satisfatória, pois o usuário era de fato ouvido durante a narrativa de suas dúvidas e anseios de resolução de seus problemas de saúde, o que causava surpresa à equipe as mudanças nas atitudes e humor dos usuários após um atendimento pautado nos princípios da humanização.

Assim, foi possível perceber a importância da qualidade das relações interpessoais entre profissional de saúde e usuário do Sistema de Saúde, como um dos elementos necessários para a melhoria de questões de saúde no Brasil, por ser capaz de estabelecer vínculos de respeito mútuo e confiança, repercutindo na organização das ações e diminuição de conflitos desnecessários.

Logo, o acolhimento constitui-se em uma estratégia de reorientação do Sistema de Saúde, que rompe com o paradigma do atual modelo hegemônico, visando a humanização da assistência em saúde.

Espera-se a partir dos resultados desta pesquisa, favorecer uma melhor compreensão da dimensão do acolhimento, enquanto estratégia para enfrentamento das dificuldades que ora vivem os Serviços de atenção à saúde, particularmente a Atenção Básica; contribuir para com a decisão de implantação das práticas de acolhimento pelos gestores de Unidades Básicas de Saúde, além de ampliar a discussão sobre o tema na Universidade, enquanto espaço importante de formação dos futuros profissionais cuidadores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O Sistema de Saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980 (CAMPOS, 2003), culminando com a criação do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, vale ressaltar o desenvolvimento da Atenção Básica, formada por uma rede de Centros e Postos de Saúde destinados a oferecer à população serviços como: atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas e ações de caráter preventivo.

A Atenção Básica corresponde a um conjunto de ações direcionadas ao indivíduo ou comunidade, situadas no primeiro nível de atenção à saúde, voltadas para a promoção desta, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, território-processo (BRASIL, 1999). A ampliação desse conceito torna-se necessária para a construção de um Sistema de Saúde centrado na qualidade de saúde das pessoas e na preservação do meio ambiente, enquanto espaço de vida e sobrevivência do Homem.

A organização da Atenção Básica, com base na Lei nº 8.080, orienta-se pelos princípios do SUS: *saúde como direito de todos, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social*. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade, assegurando o acesso universal e igualitário. É também dever do Estado garantir a articulação entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, além de estabelecer uma relação de responsabilização mútua entre Serviço e comunidade, e estimular a organização desta, para o efetivo exercício do controle social na gestão (BRASIL, 2003).

Entre as ações de Atenção Básica para a população destacam-se o desenvolvimento de ações educativas, a investigação de casos de notificação compulsória e o atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas. As ações de Atenção Básica para grupos específicos da população incluem o incentivo ao aleitamento materno; o combate às doenças

preveníveis por imunização e às carências nutricionais; o controle de doenças diarréicas, pré-natal e puerpério, Câncer cérvico-uterino e de mama, planejamento familiar; controle do tratamento dos casos de Hanseníase e Tuberculose, da Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 1999). Dessa forma, a Atenção Básica constitui-se no contato preferencial dos usuários com o Sistema de Saúde, o que a coloca como eixo fundamental para mudança do Modelo Assistencial.

Todavia, as Unidades Básicas de Saúde vêm reproduzindo a fragmentação do trabalho, muito próprio do ambiente hospitalar, oferecendo atendimentos especializados, comprometendo os princípios da Atenção Primária à Saúde. A esse problema, acrescenta-se ainda, a falta de treinamento dos profissionais que trabalham na Rede Básica (CAMPOS, 2003). Frente a isso, é comum observar a formação de grandes filas de pacientes, buscando conseguir uma vaga para consulta com um especialista, ou seja, uma inversão da lógica do que deveria ser uma UBS, um espaço em que se desenvolveria a integração da ação curativa com as de promoção e de proteção à saúde.

Para os problemas supracitados, não se pode esperar solução efetiva, sem que haja mudanças nos pressupostos e paradigma do atual Modelo Assistencial. Nesse sentido, surge como proposta teórico-metodológica, o modelo de Vigilância da Saúde, com vistas a implementar a integração do setor Saúde com as várias dimensões do processo saúde-doença. Segundo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, considerando os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados (CAMPOS, 2003).

A Vigilância da Saúde assume o princípio de territorialização como principal premissa. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, onde o trabalho em saúde deve estar inserido nesse contexto territorial. Pretende-se assim, a definição de problemas, bem como a obtenção de recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade em cada situação específica. Vale ressaltar que para a melhoria na qualidade de vida, a promoção da saúde de um indivíduo implica em uma ação no contexto em que ele está inserido (BRASIL, 2003).

O Programa Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia prioritária de reformulação do Modelo Assistencial da Atenção Básica, tendo como princípios: a família em foco de abordagem, o território definido, a adscrição de clientela, o trabalho em equipe multidisciplinar, além dos princípios da Atenção Primária (BRASIL, 1997). Sendo assim, o PSF pode ser entendido como um novo modo de conceber o Sistema de Saúde. Porém, ainda

não incorporou suficientemente o conjunto de conhecimentos necessários, nem promoveu uma mudança significativa na prática dos profissionais de saúde, predominando ainda a prática assistencial tradicional (BRASIL, 1997). Logo, a ampliação das capacitações das equipes torna-se uma condição fundamental para o processo de mudança do Modelo Assistencial, necessário para a transformação da situação de Saúde da população brasileira.

2.1.1 Conceituando Promoção da Saúde

O conceito de Promoção da Saúde foi utilizado, inicialmente em 1965, por Leavell & Clark no desenvolvimento do modelo da história natural da doença a partir de três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário), onde o primeiro é constituído por medidas de proteção específica e de promoção da saúde, para melhoria do bem-estar. Atualmente, o significado de Promoção da Saúde assume um enfoque político e técnico, associado a valores como, vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria (BUSS, 2003).

A promoção da saúde teve as suas bases conceituais e políticas estabelecidas nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em *Otawa* (1986), *Adelaide* (1988) e *Sundsväl* (1991) (BUSS, 2003).

A carta de *Otawa* se refere à Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade em busca do bem-estar físico, mental e social, de responsabilização da população organizada e de múltiplos atores sociais. Um dos focos da Promoção da Saúde é alcançar a equidade, de forma a reduzir as desigualdades no Sistema da Saúde e garantir oportunidades para capacitar as pessoas, através da criação de cidades saudáveis, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento da comunidade no planejamento e execução de ações que visem à melhoria das condições de vida e saúde. Assim, a promoção da saúde propõe a adoção de políticas públicas saudáveis, salientando que as estratégias e os programas desenvolvidos devem adaptar-se à realidade local da região, considerando as divergências em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2002). As demais, *Adelaide* e *Sundsväl*, reafirmam os pressupostos acima apresentados, dando ênfase às políticas públicas saudáveis e à criação de ambientes favoráveis, respectivamente.

A discussão sobre a Promoção da Saúde está intimamente relacionada com a necessidade de substituição dos Modelos de Atenção à Saúde, Assistencial-sanitarista e

Médico-assistencial, este último ainda hegemônico em nossas práticas de saúde. Neste aspecto, há alguns desafios a superar no âmbito da organização dos Serviços de Saúde, incluindo o processo de medicalização que tem influenciado a percepção do usuário acerca do Sistema de Saúde e da prática médica, com vistas à especialização, tecnologia dura, assistência privada, terapêutica fundamentada no uso de fármacos e a prática curativa, em detrimento da promoção de saúde e prevenção de doenças (TEIXEIRA, 2003). A partir da problemática exposta, o acolhimento à clientela na Atenção Básica pode contribuir para melhor integração entre usuários e profissionais de saúde, integração essa capaz de estabelecer vínculo como uma estratégia de reorientação da Atenção Primária à Saúde, humanizando o cuidado e melhorando a visão que o usuário tem do SUS.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Os avanços ocorridos no campo da saúde pública convivem de modo contraditório com problemas de diversas ordens. Por um lado, ampliam-se os níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro a fragmentação e a reprodução de relações fragilizadas entre os profissionais da saúde e entre estes e os usuários. Um processo de produção de trabalho com tais características tem como base modelos de atenção centrados na doença, automatizando assim, o contato entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, surge como proposta a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão em Saúde. Dessa forma, pretende-se tematizar a humanização da assistência com vistas ao levantamento de questões relativas à construção das políticas em saúde. Segundo a PNH (BRASIL, 2004), humanizar consiste em ofertar um atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos e acolhimento, com melhoria dos ambientes onde se processa as ações de saúde e das condições de trabalho dos profissionais.

Assim, surge a necessidade de adotar a Humanização enquanto política formada por um conjunto de princípios e diretrizes que discorrem sobre as relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, entre os diversos profissionais, entre as diferentes Unidades de Saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Entende-se também a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de ações e serviços de saúde. Trata-se de um novo tipo de interação entre os sujeitos, baseado no acolhimento, na tentativa de fomentar

o seu protagonismo através da construção permanente e solidária de laços de cidadania (BRASIL, 2004).

A Política de Humanização apresenta os seguintes princípios norteadores: valorização da dimensão subjetiva e social, com ênfase no compromisso e responsabilização nas práticas de atenção à saúde; estímulo à produção de sujeitos; incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional; atuação em rede de acordo as diretrizes do SUS; utilização de educação permanente para a construção do senso de autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2004). Com a implantação da PNH, objetiva-se reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, além de permitir ao usuário conhecer os profissionais que cuidam da sua saúde.

Conforme a Política de Humanização (BRASIL, 2004), humanizar o atendimento implica mudanças na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. O padrão de atenção passa a ser centrado no estabelecimento de vínculo com os usuários, de estimular a sua participação como atores do Sistema de Saúde através do controle social, mas é também propiciar melhores condições para que os profissionais exerçam o seu trabalho de forma digna, visando humanizar a relação entre usuários, trabalhadores e Serviço.

2.3 ACOLHIMENTO E VÍNCULO

O acolhimento corresponde a uma relação humanizada estabelecida entre o Serviço de Saúde, na figura da equipe multiprofissional, e a população usuária, com vistas a garantia do acesso universal e da resolutividade dos problemas de saúde. O encontro entre estes sujeitos, profissionais do cuidado e usuários, deve produzir uma relação de escuta e responsabilização, para o estabelecimento de vínculos e contratos que norteiam os projetos de intervenção como processo de construção coletiva.

Configura-se também, a idéia de que o acolhimento tem função relevante dentro de uma perspectiva de integração dos serviços que compõem o Sistema de Saúde - os trabalhadores acolhem a demanda espontânea e as incentivam a freqüentar outros espaços, ou seja, a utilizarem outras ações e serviços de atenção à saúde, contribuindo dessa forma para despertar, resgatar e estimular o sentido de cidadania, promovendo o empoderamento do cidadão, enquanto sujeito também responsável pelo processo de transformação da situação de saúde e melhoria da qualidade de vida da sociedade.

Sendo assim, o acolhimento vai além do simples atendimento voltado para a queixa do usuário, como afirma Takemoto e Silva (2007, p. 332):

[...] acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

O acolhimento pode ser entendido a partir de duas vertentes – como postura adotada pelos profissionais diante dos usuários e suas necessidades de saúde com o intuito de satisfazê-las e como estratégia de reorganização do processo de trabalho em saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007). O acolhimento como postura implica em uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada o usuário, pelo estabelecimento de uma relação acolhedora, que se dá em todos os espaços e momentos de produção de serviços de saúde. O acolhimento entendido como uma atividade, uma etapa do processo de produção, requer um espaço reservado para receber os usuários e ouvir suas queixas e necessidades de saúde, configura-se como um canal de diálogo aberto pela unidade, que resulta em uma relação mais respeitosa entre a população usuária e o Serviço.

A construção do vínculo entre o profissional e o usuário remete a uma relação de ajuda mútua e depende de ambos. O profissional deve saber administrar a situação, deve ser capaz de acolher, escutar e dar uma resposta positiva. O usuário, por sua vez, deve demonstrar disponibilidade interna e envolvimento durante a conversa, participando da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de suas necessidades, ou seja, deve assumir uma postura participativa, a função de ‘sujeito’, e não de ‘objeto’ (CAMELO; SILVA, 2000). Assim, é de grande relevância que o compromisso profissional e os direitos dos usuários sejam complementares e interdependentes em um mesmo processo, o de melhoria da qualidade do atendimento, do qual o acolhimento é parte fundamental.

Para Takemoto e Silva (2007), a implantação do acolhimento em algumas Unidades de Saúde, levou a uma ampliação do acesso ao Serviço, com redução, e em alguns casos, com ausência das filas e inserção de uma parcela significativa da população que antes não freqüentava a Unidade. Percebe-se que o acolhimento pode contribuir para o aumento da demanda espontânea, possibilitando desenvolver ações educativas e de conscientização com essa população acerca da importância da promoção da saúde e da prevenção de riscos e agravos no processo saúde-doença, assim como os benefícios de participação neste nível de prevenção, para melhoria de seu bem-estar. A partir dessa perspectiva, abrem-se caminhos de

superação das formas de organização da produção de ações de saúde voltadas exclusivamente para demanda espontânea, no sentido de redirecionar esta produção para as necessidades de saúde, resultando na lógica da oferta organizada, programada.

Todavia, a organização das práticas de acolhimento e o estabelecimento de vínculo implicam em garantir que a “porta de entrada” da população aos serviços de saúde seja a Unidade de Atenção Básica. Entretanto, esta precisa passar por mudanças, que vão desde a recepção dos usuários, passando pelo agendamento das consultas até a programação e planejamento local dos serviços a serem prestados à comunidade (TEIXEIRA, 2003). Há também necessidade de ampliação do Serviço, incluindo a busca por alternativas de encaminhamentos, com vistas a dar conta do aumento da demanda, que resulta em aumento do trabalho na unidade, considerando o número de atendimentos e o compromisso de garantir acesso, resolutividade e satisfação dos usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

A implantação do acolhimento requer uma gestão participativa e democrática, baseada na integração da equipe, visto que a ocorrência de mudanças no processo de trabalho, na dimensão operacional, implica em adesão de todos os trabalhadores à nova diretriz (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Com as práticas de acolhimento, o Serviço carece de meios que possibilite atender a todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde, que incluem a formação de profissionais qualificados a assumirem uma postura mais dialógica com a equipe e com o usuário, a necessidade de articulação intersetorial para resolução de determinados problemas que extrapolam os limites do Sistema de Saúde e o aperfeiçoamento no sistema de referência e contra-referência, para facilitar os encaminhamentos e garantir o acesso (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Entende-se que para viabilização do acolhimento é fundamental uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores, com o intuito de concretizar as transformações das práticas pela valorização de novos saberes (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que segundo Gil (2002) tem como meta principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Dessa forma, este estudo está interessado em observar e conhecer o fenômeno, dentro do seu contexto, procurando descrevê-lo e interpretá-lo, através do levantamento de opiniões de uma população.

Adota-se uma abordagem qualitativa, pois a investigação naturalista lida diretamente com a complexidade dos seres humanos, coletando e analisando materiais subjetivos, isto é, qualitativos, resultando em informações ricas e profundas, que podem esclarecer as múltiplas dimensões de um fenômeno complexo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Logo, como esta pesquisa propõe-se a focar aspectos dinâmicos e individuais do fenômeno, envolvendo assim, elementos da subjetividade, justifica-se a escolha por este método.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde Rodrigo Argolo (6º Centro de Saúde), localizado no bairro de Tancredo Neves, pertencente ao Distrito Sanitário Cabula-Beiru, município de Salvador-BA.

O 6º Centro de Saúde trabalha com consultas pré-agendadas nas seguintes especialidades: ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica médica, além de atendimentos odontológicos. Em consonância com o Ministério da Saúde, implantou os programas de controle de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), da Tuberculose e Hanseníase e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quanto aos serviços oferecidos, destacam-se: curativos; nebulização; aplicação de medicamentos e vacinas; exames laboratoriais; eletrocardiograma; Raio X e farmácia básica. Dispõe também de um Pronto-Atendimento destinado a atender pequenas emergências, porém encontra-se sem profissionais médicos.

A estrutura física da Unidade consiste em um prédio circular, onde o centro é ocupado pelos seguintes setores: administração; sala de esterilização; copa; almoxarifado e Depósito de

Material de Limpeza (DML). Não há uma sala de espera, os assentos, por sua vez, são de cimento e estão distribuídos defronte às salas de consultas e de procedimento. Não existe também, um setor específico para recepção dos usuários, sendo que o primeiro contato deles acontece com o SAME. Vale ressaltar que, o acolhimento, enquanto política de humanização, não foi implantado no Centro de Saúde Rodrigo Argolo.

3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou as orientações da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Esta incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (VASCONCELOS, 2002). Sendo assim, a eticidade da pesquisa, segundo a referida Resolução, implica em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo (autonomia), em considerar o risco-benefício (beneficência), em garantir que os danos serão evitados (não maleficência) e em gerar vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa pela relevância social da mesma (justiça e equidade).

O projeto para desenvolvimento desta pesquisa foi submetido à avaliação da Comissão de Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia. Após parecer favorável da referida Comissão, a pesquisa foi registrada no Sistema Nacional de Informações sobre a Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). O estudo foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município de Salvador e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram dez usuários que buscaram atendimento no Centro de Saúde Rodrigo Argolo, no período de coleta dos dados compreendido entre 01 a 18 de agosto de 2008. A delimitação do número de sujeitos se deu a partir das respostas obtidas, considerando a repetição das mesmas. A escolha dos sujeitos foi aleatória, sendo incluídos

aqueles que obedeciam aos seguintes critérios: aguardar atendimento nos dias de coleta dos dados e ter idade maior ou igual a 18 anos. Esses sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, informados quanto às questões éticas, e, nos casos de aceitação da participação nesse estudo, assinaram o termo de consentimento informado (APÊNDICE A). Foi-lhes também, garantido a reprodução fiel de suas declarações, podendo os mesmos retirarem seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, além de estarem isentos de qualquer custo referente à mesma. O sigilo dos participantes foi resguardado, sendo utilizado nomes de flores para as citações de suas falas.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através da realização de uma entrevista semi-estruturada, que para Minayo (1996) é o procedimento mais usual no trabalho de campo, onde através dela, o pesquisador busca captar informações contidas nas falas dos atores sociais. Gil (2002) afirma que a entrevista semi-estruturada é guiada por uma relação de pontos importantes, em uma série de perguntas abertas, que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso, podendo ser acrescentadas perguntas de esclarecimento.

Para Lüdke (1986) a entrevista constitui um dos instrumentos básicos de coleta de dados, sendo permeada pela relação de interação entre quem pergunta e quem responde. Neste método de coleta os entrevistados discorrem sobre o tema a partir dos conhecimentos que eles detêm, permitindo assim, a assimilação imediata da informação desejada pelo pesquisador. Segundo Minayo (1996), a entrevista pode ser entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos, podendo-se obter deste procedimento dados objetivos e subjetivos.

As entrevistas foram realizadas na própria Unidade Básica de Saúde, através de um roteiro (APÊNDICE B), durante as quais utilizou-se um gravador para facilitar a coleta das informações, mediante consentimento prévio dos sujeitos. A duração de cada entrevista foi, em média de trinta minutos, de modo que possibilitou aos entrevistados uma maior liberdade para discorrerem sobre as questões propostas. Vale ressaltar que, para melhor adequação do instrumento de coleta aos objetivos da pesquisa, bem como evitar que haja repetição de informações, foi realizado um teste piloto com três usuários da UBS lócus do estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados implica em estabelecer uma compreensão das informações coletadas, responder às questões norteadoras e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado (MINAYO, 1996). Os procedimentos utilizados, neste estudo, para análise das informações contemplaram além da transcrição dos discursos obtidos, a técnica de análise de conteúdo das entrevistas, definida por Minayo (1996) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter respostas para as questões formuladas e também descobrir o que está por trás do conteúdo das mensagens, abrangendo três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

De acordo com Bardin (1993) a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos extremamente diversificados.

Assim, inicialmente foram definidas as unidades analíticas: unidades de análise de registro, onde se buscou caracterizar os sujeitos a partir dos indicadores (idade, escolaridade, sexo, bairro onde reside) e, unidades de análise de contexto. Procedeu-se em seguida a uma pré-análise, onde se teve um primeiro contato com as mensagens, sendo selecionados trechos significativos para em seguida estabelecer as categorias de análise.

Na segunda fase, foram identificados os pontos convergentes entre as categorias estabelecidas e na terceira fase procedeu-se a análise de conteúdo, tendo como suporte o referencial teórico pesquisado sobre o tema na literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A caracterização dos sujeitos evidencia que dos dez entrevistados, nove foram do sexo feminino, que representava a população majoritária presente na Unidade nos dias de coleta dos dados, além disso, a população masculina se mostrou resistente em participar da pesquisa. A faixa etária dos sujeitos variou entre 24 e 57 anos. O grau de escolaridade predominante entre os sujeitos foi o de formação no Ensino Médio Completo. Vale ressaltar que nenhum dos entrevistados possuía o Ensino Superior. Quanto ao local do domicílio, nove pessoas declararam residir em Tancredo Neves, bairro onde está localizada a UBS lócus da pesquisa, sendo este o único dado de identificação que mostrou significância para este estudo.

Para proceder à análise das entrevistas, os dados foram agrupados em quatro categorias: Número de unidades utilizadas X Motivo determinante de escolha da UBS; Periodicidade de frequência X Conhecimento dos serviços disponíveis; Dificuldades e facilidades encontradas para atendimento e Significado e sentimento de acolhimento.

NÚMERO DE UNIDADES UTILIZADAS X MOTIVO DETERMINANTE DE ESCOLHA DA UBS

Foi perguntado aos pesquisados se os mesmos freqüentavam mais de uma Unidade de Saúde, obtendo-se resposta negativa, pois a maioria deles (nove do total de dez sujeitos entrevistados) informaram que apenas procuravam o Centro de Saúde Rodrigo Argolo. Pediu-se também que numerassem em ordem de preferência os motivos que os levavam a procurar uma UBS para atendimento. A proximidade da residência apareceu em primeiro lugar na maioria das falas, seguido, em ordem de preferência, pela resolutividade dos problemas de saúde, atenção dada pela equipe de saúde, rapidez de atendimento, marcação de consulta fácil, vínculo afetivo com os profissionais e variedade de serviços oferecidos.

Sendo assim, a proximidade entre UBS e domicílio foi considerada o fator mais determinante na escolha de uma UBS para a maioria dos indivíduos pesquisados. O deslocamento do usuário de baixo poder aquisitivo para buscar atendimento de saúde distante do seu bairro residencial, implica em custos, o que pode interferir na escolha da Unidade de Saúde para atendimento.

Segundo, Ramos e Lima (2003), acesso e acolhimento são fatores essenciais para um bom atendimento, capazes de incidirem efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, uma vez que a forma de deslocamento utilizada pelo usuário pode criar facilidades ou dificuldades de acesso ao Serviço de Saúde. Neste estudo, verificou-se, a partir das falas dos sujeitos, que a forma predominante de deslocamento utilizada pelos mesmos para chegar a Unidade foi a caminhada, por ser esta a forma mais prática e econômica. A partir disso, pode-se inferir que residir próximo a uma UBS constitui um facilitador ao usuário para utilização freqüente das ações e serviços de saúde oferecidos.

PERIODICIDADE DE FREQUÊNCIA X CONHECIMENTO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Quanto à periodicidade de uso dos serviços oferecidos pelo 6º Centro de Saúde, cinco sujeitos afirmaram que procuravam mensalmente o Serviço, dois não utilizavam regularmente, os demais semanalmente, quinzenalmente e trimestralmente. Quanto ao conhecimento dos serviços disponibilizados pela referida Unidade, constatou-se que há um desconhecimento dos mesmos pela maioria dos sujeitos entrevistados (oito do total de dez entrevistados declararam não conhecer todos os serviços oferecidos pela Unidade pesquisada), conforme evidencia a fala abaixo:

[...] a gente não sabe os atendimentos que fazem aqui, nem os dias certos pra marcar consulta, aí, às vezes a gente vem, fica um tempão na fila esperando, só depois a gente fica sabendo que não vai ser atendida.” (Vitória-régia)

A partir das falas dos sujeitos, foi possível verificar que há um desconhecimento pelos mesmos em relação aos dias destinados à marcação de consultas na UBS em estudo, resultando, muitas vezes, em deslocamentos sem êxito à Unidade. Sendo assim, pode-se inferir a importância da divulgação de informações referentes ao funcionamento da Unidade com vistas a situar o usuário dentro da rede assistencial.

Observou-se também, que os sujeitos que informaram freqüentar mais vezes a Unidade foram aqueles que declararam sentir-se acolhidos pela equipe de saúde. Desse modo, a atenção recebida pelo usuário mostrou ser um fator que determina positivamente a periodicidade de sua freqüência para utilização dos serviços disponibilizados.

Segundo Ramos e Lima (2003), o acolhimento corresponde a um elemento essencial que determina a qualidade dos serviços de saúde, contribuindo para a procura pelo usuário. Dessa forma, a combinação de fatores do acolhimento culmina com a satisfação do usuário pelo atendimento recebido, estabelecendo assim, um bom vínculo, que perdura por um longo tempo de uso.

O acolhimento da demanda espontânea deve aproximar o usuário da Unidade de Saúde à medida que o mesmo for incentivado a utilizar outras ações e serviços de atenção à saúde, estimulando o vínculo entre cidadãos e Serviço de Saúde, co-responsabilizando os primeiros pelo processo de transformação da situação de saúde e melhoria da qualidade de vida da sociedade, contribuindo dessa forma para a promoção do sentido de cidadania.

DIFICULDADES E FACILIDADES PARA ATENDIMENTO

Esta categoria tem a pretensão de apontar as facilidades e possíveis dificuldades enfrentadas pelos sujeitos pesquisados para obtenção de atendimento na UBS pesquisada.

Quanto às dificuldades enfrentadas na busca de atendimento na Unidade, os sujeitos pesquisados responderam:

“Não tem médico aqui. O PA mesmo nem funciona direito porque não tem médico [...] Ah! A falta de informação também [...]

“O atendimento. O atendimento aqui é péssimo, não sei porque, mas é péssimo, trabalha... ta ganhando... ta recebendo... mas quando a gente vai pedir informação é com a maior estupidez, eu acho que eles aqui são muito mal-educados.” (Violeta)

“É... como é... a demora, você tem que dormir às vezes na fila pra conseguir uma consulta. Eu estou aqui desde às 6 horas da manhã e não conseguir nada, desde às 6 horas, procurei um clínico, me disseram que só tem um clínico, e que já tá marcado pra o resto do ano, não tem mais como marcar. (Rosa)

“Alguns funcionários que trata a gente mal, a gente vai procurar uma informação, não dá direito, agente fica subindo e descendo pra procurar, aventurar, saber onde é as salas, que era pra ter na sala o nome de cada consulta, deveria né?” (Lírio)

“Informação, dificuldade pra alguém informar, né?” (Margarida)

“A falta de médico, né? Também a marcação que demora muito e quando marca o médico não vem, sempre acontece um imprevisto, aí, remarca de novo [...] os atendimentos também que são tudo assim grosseiro. Tem funcionário que é grosseiro, né? então a pessoa aí evita até de vim pedir alguma informação, porque já vem com tanta agressividade que aí a pessoa fica até desanimada.” (Dália)

“Ah! A demora, o mau atendimento, certo? A desorganização né? os profissionais...” (Jasmim)

Quanto às facilidades encontradas para atendimento na Unidade os sujeitos apontaram:

“A pediatria aqui é muito bom, a gente sempre consegue ser atendida e muito bem.” (Vitória-régia)

“Pelo menos a pessoa a quem eu me dirigir tratou bem, uma sala ali, o senhor me informou muito bem, me indicou tudo, agora cheguei e não conseguir, a culpa não é dele também.” (Rosa)

“Nenhuma facilidade, nenhuma mesmo, é difícil aqui.” (Crisália)

“Isso, quando eu venho, eu marco, todos os exames que eu quero faço aqui, quando não faço aqui, faço em outro lugar.” (Lírio)

“Facilidade é o acesso, só isso também, chegar aqui é rapidinho, da minha casa pra aqui é rapidinho, só isso.” (Margarida)

Foi possível identificar diversos elementos da estrutura do Sistema de Saúde que facilitam e dificultam o atendimento na Unidade de Saúde, na fala dos sujeitos. No que tange às facilidades, destacaram-se o bom desempenho de alguns profissionais, expresso nas informações e orientações fornecidas, assim como no interesse demonstrado durante a consulta e na resolutividade dos problemas. O acesso à Unidade foi apontado também como um fator facilitador, considerando-se os aspectos geográficos e econômicos.

Houve, no entanto, o predomínio de fatores que dificultam o atendimento, incluindo o mau atendimento, definido pelos usuários como má recepção, falta de interesse pelas suas necessidades, ausência de informação satisfatória e atendimento ríspido e/ou indiferente por parte de alguns funcionários; a demora para marcação de consultas e para atendimento, incluindo a formação de imensas filas; a precária sinalização dentro da Unidade, o que aumenta a demanda por simples informações relativas a localização dos serviços; a carência

de profissionais médicos e o não comparecimento para o atendimento previamente marcado. Tais fatores interferem diretamente na organização e no funcionamento da Unidade.

Assim, pode-se inferir que a ausência do acolhimento nas práticas de saúde tem gerado grande insatisfação do usuário em relação ao Sistema de Saúde, criando situações constrangedoras que dificultam a utilização freqüente dos serviços oferecidos por uma Unidade de Saúde. Assim, entende-se que o acolhimento deve ser adotado enquanto postura pela equipe multiprofissional de saúde, assumindo uma atitude de respeito pelo cidadão, demonstrando disposição para receber, escutar e dar uma resposta positiva ao usuário, em todos os espaços e momentos de produção de serviços de saúde.

Para Takemoto e Silva (2007), a implantação do acolhimento em algumas Unidades de Saúde, levou a uma ampliação do acesso ao Serviço, com redução, e em alguns casos, com ausência das filas e inserção de uma parcela significativa da população que antes não freqüentava a Unidade. Todavia, a organização das práticas de acolhimento e o estabelecimento de vínculo implicam em mudanças, que vão desde a recepção dos usuários, passando pelo agendamento das consultas até a programação e planejamento local dos serviços a serem prestados à comunidade (TEIXEIRA, 2003).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), torna-se necessário e urgente adotar a Humanização enquanto política formada por um conjunto de princípios e diretrizes que discorrem sobre as relações estabelecidas entre profissional e usuário. Entre as diretrizes da PNH na Atenção Básica, destacam-se o incentivo às práticas de Promoção da Saúde e a implantação do acolhimento com vistas a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a garantia de acesso aos demais níveis do Sistema de Saúde (BRASIL, 2004).

SIGNIFICADO E SENTIMENTO DE ACOLHIMENTO

Esta categoria pretende conhecer a percepção do usuário acerca do acolhimento enquanto ação capaz de promover o estabelecimento de vínculo entre ele e a Unidade Básica de Saúde.

Quando perguntados sobre o significado de ser acolhido pelos profissionais do Serviço de Saúde, os sujeitos afirmaram:

“Poxa... a gente chegar, ser bem atendida, né? o funcionário te receber, né? te informando tudo adequadamente que há no posto e você sair daqui com seu objetivo de ser atendida, né? [...] aí seria ótimo! (Dália)

“Que atendesse a gente bem e que a gente conseguisse ser atendida sempre que a gente precisasse sem essa demora toda.” (Vitória-régia)

“Tratar o paciente melhor, né? às vezes, muitos faz cara feia, trata com ignorância e eles ganham pra isso, o estado paga pra isso.” (Cravo)

“Seria assim: você chegar, ter alguém pra orientar, ter um aviso assim: tal dia, marca tal médico... tal dia, tal médico, entendeu? tal hora... porque a pessoa fica na fila o tempo todo e depois não atende.” (Rosa)

“Atender as pessoas bem, eu acho. Que tratasse bem, que fosse com todo mundo a mesma coisa.” (Violeta)

“É... acho que os funcionários atender as pessoas melhor, né? Dar mais atenção as pessoas.” (Crisália)

“Um atendimento, chegar e ter uma pessoa, você vai em direção a essa pessoa, você ter uma pessoa pra te atender, pra te recepcionar, entendeu? Se for marcar, não ter essa dificuldade que é.” (Margarida)

Quando indagados se sentem-se acolhidos pela equipe de saúde da Unidade procurada, os sujeitos, demonstraram grande indignação e revolta, sendo que a maioria deles (oito do total de dez entrevistados) declarou não receber atenção satisfatória da equipe de saúde.

“Eu mesmo não, viu? Que na época que eu tava bem doente, inchada, cheguei aqui, vim até a direção, administração, e não pôde resolver o meu problema, aí eu fui pra outro local porque aqui fecharam praticamente as portas, né?(Dália)

“A noite, os médicos atende bem, durante a noite eu sou bem atendido, tem uns médicos aqui que atende muito bem de noite, a psicóloga também atende muito bem, entendeu?(Cravo)

“Não, tem ainda alguns que atende a gente bem, informa tudo direitinho, mas nem todos são assim, e ainda a gente vem e volta pra casa sem resolver o nosso problema.” (Rosa)

“Não vejo nem funcionário nenhum...” (Margarida)

“Assim no caso de receber bem? Não.” (Violeta)

“Todos não. Ah... o pessoal da recepção podia ser mais educado porque a gente chega cheio de problemas pra resolver e às vezes atende com ignorância [...] às vezes a gente chega pra pedir informação e é uma cara feia e nem olha pro nosso rosto e a gente só vem mesmo porque precisa.” (Copo de leite)

“Alguns sim, alguns não, e os mais velhos são os mais ignorantes, acho que já tá estressado, doido pra se aposentar e faz ignorância [...].” (Lírio)

A partir das falas acima descritas, observou-se que os usuários percebem o acolhimento como ação fundamentalmente baseada na atenção dispensada pela equipe de saúde; na boa recepção; no oferecimento de informações e orientações adequadas; na marcação de consulta fácil e na resolutividade e rapidez no atendimento. Portanto, consideram-se acolhidos quando são percebidos e bem recepcionados por todos os funcionários da Unidade, desde o fornecimento de uma simples informação até a realização de uma consulta pautada no interesse, respeito e atenção às suas necessidades e problemas de saúde capaz de gerar ações efetivas e satisfatórias.

A proposta do acolhimento inclui a inversão da lógica de organização e funcionamento do Sistema de Saúde, a partir dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) 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.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.347).

Sendo assim, acolher implica em uma atitude de comprometimento da equipe de saúde em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades pelo estabelecimento de uma relação acolhedora, de mútuo interesse. Segundo Franco *et al* (1999), o usuário espera estabelecer um vínculo entre ele e o profissional de saúde capaz de gerar um acolhimento de suas necessidades que permita atuar com resolutividade em seus problemas. Acredita-se que as ações de saúde, as quais se submete, resultem em benefícios, ou seja, tenham o poder de modificar sua situação atual, com vistas a melhorias em seu estado de saúde.

Dessa forma, o acolhimento deve ser conteúdo de toda uma atividade assistencial, que deve buscar atender às necessidades de saúde dos usuários e para isso, proceder aos devidos encaminhamentos, facilitando o trânsito do usuário pela rede assistencial (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

O acolhimento enquanto ação capaz de promover o estabelecimento de vínculo entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde, remete a uma relação de ajuda mútua e depende tanto do profissional como do usuário, competindo a este acolher, escutar e administrar a situação, dando uma resposta positiva. O usuário, por sua vez, deve ser participativo, demonstrar disponibilidade interna para o diálogo, participando da busca de ações cabíveis e possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de suas necessidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento corresponde a uma relação humanizada estabelecida entre o Serviço de Saúde, na figura da equipe multiprofissional, e a população usuária, com vistas a garantia do acesso universal e da resolutividade dos problemas de saúde. Isso implica em uma postura da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada o usuário, pelo estabelecimento de vínculos, resultando em uma relação acolhedora que se dá em todos os espaços e momentos de produção de serviços de saúde.

O perfil sócio-econômico e cultural dos sujeitos da pesquisa, usuários do 6º Centro de Saúde, retrata fielmente as características da população brasileira que recorre ao Sistema Único de Saúde para atendimento de suas necessidades como único recurso disponível. São indivíduos que pertencem, em geral, à classe socialmente desfavorecida e possuem baixo grau de instrução, cuja situação financeira não permite adquirir um plano de saúde, nem utilizar o serviço privado, reforçando a falsa idéia do “SUS para pobre” que vem se perpetuando desde a sua criação.

Outra idéia que se disseminou é a de que o “SUS não presta”, devido à ocorrência de situações que culminaram no descrédito da população usuária pelo Serviço de Saúde, tais como: mau atendimento; estabelecimento de relações frias e desumanizadas; formação de imensas filas para marcação de consultas; falta de responsabilidade dos profissionais em resolver os problemas de saúde e satisfazer as necessidades do indivíduo. Estas situações geram experiências frustrantes para o usuário que criam barreiras “abstratas” à utilização freqüente dos serviços de uma Unidade de Saúde.

Surge a partir disso, a necessidade de conscientização da população usuária deste Sistema acerca de seus direitos enquanto cidadão. Segundo a Constituição Federal de 1988, saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo assegurado o acesso universal e igualitário. Dessa forma, o SUS propõe uma atenção integral à saúde com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde, dando ênfase às atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 2003).

As condições econômicas dos sujeitos deste estudo revelaram grande influência na determinação do tipo de deslocamento utilizado por eles para chegar à Unidade. A forma mais prática e econômica de deslocamento é a caminhada, sendo que esta foi a mais freqüente entre

os indivíduos pesquisados, cuja maioria reside no bairro onde está localizada a Unidade lócus da pesquisa.

Observou-se que a proximidade entre domicílio e Unidade de saúde foi apontada como o motivo que mais determina a escolha de uma UBS para atendimento, mostrando ser um fator facilitador de aproximação entre usuário e Serviço de Saúde. Vale salientar que nove dos dez entrevistados não buscaram atendimento em outra Unidade além do 6º Centro de Saúde. O segundo e terceiro motivos determinantes incluíram resolutividade dos problemas de saúde e atenção recebida pela equipe.

Assim, acesso e acolhimento atuam decisivamente no processo de escolha de uma Unidade Básica de Saúde. Logo, constituem importantes indicadores de avaliação do Sistema de Saúde, diretamente relacionados com a qualidade do atendimento e a satisfação do usuário. Sugere-se então, a valorização de ações que minimizem as barreiras geográficas, incentivem à construção de Unidades cada vez mais próximas do ambiente residencial dos indivíduos, na tentativa de criar facilidades de acesso ao Serviço e que viabilizem a implantação gradativa das práticas de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Os sujeitos identificaram algumas facilidades e dificuldades encontradas quando buscaram atendimento na Unidade pesquisada. Verificou-se que a atenção recebida pelo usuário, manifestada através de uma postura empática e de comprometimento, assumida por alguns funcionários, mostrou ser uma atitude facilitadora durante a procura por atendimento. Para isso, o usuário precisou apenas ser ouvido e ser tratado de forma humanizada, para receber informações adequadas e ter as suas necessidades acolhidas durante a consulta com interesse e responsabilidade por parte do profissional.

Quanto às dificuldades, observou-se que houve o predomínio destas em relação às facilidades encontradas na Unidade. Assim, o tratamento ríspido de alguns funcionários; a ausência de um setor para recepção do usuário, para informá-lo e orientá-lo adequadamente, facilitando o seu trânsito pela rede assistencial; a marcação de consultas a um longo tempo para atendimento e a desorganização do Serviço foram definidas, pelos sujeitos, como fatores que dificultam a busca por atendimento.

Considerando-se as facilidades e dificuldades identificadas pelos sujeitos, pode-se inferir que os fatores que facilitam ou dificultam a procura por atendimento, pelo usuário, em uma UBS estão diretamente relacionados, respectivamente, com a execução ou a ausência das práticas de acolhimento. Surge então, a necessidade de mais estudos que analisem o Serviço

após a implantação do acolhimento, com vistas à verificar se o acolhimento de fato contribui para o estabelecimento de vínculo entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde capaz de modificar sua concepção acerca do SUS.

Os sujeitos deste estudo evidenciaram em suas falas o seu entendimento do que vem a ser acolhimento. Observou-se a ocorrência de pontos convergentes entre o significado de ser acolhido em uma UBS, na visão do usuário e a definição de acolhimento trazida pelo referencial teórico pesquisado na literatura. Assim, o usuário deseja ser bem recebido, ser respeitado e tratado de forma humanizada por todos os funcionários da Unidade, ou seja, da pessoa que trabalha na portaria até o profissional que atende em consultório. Deseja também, ser percebido enquanto indivíduo que busca satisfazer suas necessidades e solucionar seus problemas de saúde e ser ouvido no relato de suas narrativas. O usuário espera receber uma resposta positiva por parte do Serviço de Saúde, capaz de gerar mudanças benéficas e efetivas em seu estado de saúde. Em resumo, o usuário espera ser acolhido em todos os espaços e momentos de produção de ações e serviços de saúde.

A partir dos resultados deste estudo, verificou-se que a ausência das práticas de acolhimento na Unidade Básica de Saúde mostrou ser a principal causa de insatisfação entre os sujeitos da pesquisa. Assim, pode-se inferir que o estabelecimento de relações frias e desumanizadas entre profissional e usuário pode contribuir para o seu afastamento da Unidade.

Surge então a necessidade de investimentos na qualificação dos trabalhadores da saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), com vistas à implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde baseados em modelos de atenção que valorizem o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional. Assim, acredita-se que o acolhimento, enquanto estratégia de reorientação do Modelo Assistencial pode contribuir para aproximar o usuário da Unidade Básica de Saúde, favorecendo o uso regular das ações e serviços disponíveis, em todos os níveis da assistência, possibilitando garantir uma atenção integral à saúde do indivíduo.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, p.583-592.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária** - Seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004, 44p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/gestao.php>>. Acesso em: 05 maio 2007.

_____. _____. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, 604p.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 20 Abr. 2007.

_____. _____. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: MS, 1999, 40p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/gestao.php>>. Acesso em: 05 maio 2007.

_____. _____. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS, 2004, 20 p.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997, 36p.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da saúde. In: CZERINA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, agosto 2000.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 Jun 2007. Pré-publicação.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.345-353, abr./jun. 1999.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 Abr. 2007. Pré-publicação.

HEIMANN, L. S. & MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSHAMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.153-192.

JUNIOR, N. C.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1827-1835, nov./dez. 2003.

LEOPARDI, M. T.; GONZALES R. M. B.; BECK, C. L. C. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-graduação em Enfermagem, 2002, 290p.

LUDKE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, p.25-53.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PAIM, J. C. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.567-586.

PAIM, J. C. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.587-603.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.20-62.

PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.192-205, set./dez. 2003.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.27-34, jan./fev. 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 Abr. 2007. Pré-publicação.

TEIXEIRA, C. F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.257-275, set./dez. 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – Campus I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PESQUISA: Acolhimento: uma estratégia de integração entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde.

OBJETIVO GERAL: Conhecer a percepção do usuário acerca do acolhimento enquanto ação capaz de promover o estabelecimento de vínculo entre ele e a Unidade Básica de Saúde

PESQUISADORA: Débora Lima de Souza Santos.

ORIENTADORA: Prof^a Msc. Ângela Cristina Fagundes Góes.

Eu _____, concordo em participar da pesquisa *Acolhimento: uma Estratégia de integração entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde*, participando de uma entrevista realizada pelas pesquisadoras Débora Lima de Souza Santos e Prof^a Msc. Ângela Cristina Fagundes Góes. Autorizo o uso das informações para fins de redação, divulgação em eventos e publicação do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Estou ciente de que os dados serão tratados de forma confidencial, sem divulgação da fonte e de que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas sem que eu seja submetido (a) a qualquer penalização ou indenização de qualquer espécie. Estou ciente também, que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Aceito, livremente, participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

Pesquisadora
Tel: (71) 9901-6164
E-mail: deda_ly@hotmail.com

Pesquisado (a)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – Campus I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

PESQUISA: Acolhimento: uma estratégia de integração entre o usuário e a Unidade Básica de Saúde

OBJETIVO GERAL: Conhecer a percepção do usuário acerca do acolhimento enquanto ação capaz de promover o estabelecimento de vínculo entre ele e a Unidade Básica de Saúde

PESQUISADORA: Débora Lima de Souza Santos.

ORIENTADORA: Prof^a Msc. Ângela Cristina Fagundes Góes.

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistado N^o: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (**acima de 18 anos**): _____

Grau de escolaridade:

Analfabeto ()

1º grau: () completo () incompleto

2º grau: () completo () incompleto

3º grau: () completo () incompleto

Bairro onde reside: _____

2 DADOS DA PESQUISA

2.1 O que lhe motiva a escolher uma Unidade Básica de Saúde para atendimento? **(Colocar em ordem de preferência)**

- | | |
|--|--|
| ☐ Proximidade de sua residência | ☐ Rapidez de atendimento |
| ☐ Marcação de consulta fácil | ☐ Resolutividade dos problemas de saúde |
| ☐ Atenção dada pela equipe de saúde | ☐ Vínculo afetivo com os profissionais |
| ☐ Variedade de serviços oferecidos | ☐ Outro: _____ |

2.2 Você frequenta mais de uma Unidade Básica de Saúde? Se afirmativo, quais outras?

2.3 Qual a periodicidade de uso por você dos serviços desta Unidade?

- | | |
|---|---|
| ☐ Diariamente | ☐ Mensalmente |
| ☐ Semanalmente | ☐ Intervalo superior a 6 meses |
| ☐ Quinzenalmente | ☐ Não utilizo regularmente, só quando estou doente |
| ☐ Outro: _____ | |

2.4 Você conhece todos os serviços disponíveis ao usuário que esta Unidade oferece? Se afirmativo, enumere alguns.

2.5 Quais as dificuldades observadas por você quando procura esta Unidade para atendimento de saúde?

2.6 Quais as facilidades identificadas quando procura esta Unidade para atendimento de saúde?

2.7 Na sua visão, o que significa ser devidamente acolhido pela equipe de profissionais de um serviço de saúde?

2.8 Você sente-se acolhido pela equipe de saúde desta Unidade?

