

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KATHLEEN ESLI BRAGA

**O SIGNIFICADO DO ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES
DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERLÂNDIA/MG
2018

KATHLEEN ESLI BRAGA

**O SIGNIFICADO DO ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES
DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a conclusão do Curso e obtenção do título de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Costa dos Santos da Silva

UBERLÂNDIA/MG
2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

KATHLEEN ESLI BRAGA

**SIGNIFICADO DO ACOLHIMENTO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 04 de julho de 2018.

Profª. Dr. Patrícia Costa dos Santos da Silva

UFU/MG

Dedico este trabalho à minha mãe Kellen

Aos meus avós, Antônio e Luiza

Ao meu padrasto Pimenta

À minha irmã Maria Victória

À minha amiga Rubianne

Ao meu primo Anderson

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por Tua imensa graça e infinita generosidade, me concedendo a oportunidade de chegar até aqui. Por tudo que tive a chance de ver, ouvir e sentir. Pelas vezes que levantei, e por quando caí. Pelas vezes que acertei, e pelos momentos que falhei. Pelos momentos de dúvidas e pelos problemas solucionados. Por estar comigo em todos os momentos, nunca me deixando só. Por ter me ensinado a confiar ainda mais em Seu amor, me moldar, me capacitar e estar sempre guiando os meus passos. Que me continues acompanhando nos próximos passos, e que meu futuro seja aquilo que quiseres.

À minha amada mãe Kellen Braga, meu maior exemplo de força, amor, cuidado, dedicação e proteção. Aos meus queridos avós, por sempre me apoiarem, me acolherem e me proporcionarem condições de continuar meus estudos. Ao meu padrasto, que sempre buscou me ouvir e me aconselhar nos momentos mais importantes, me auxiliando nas minhas decisões. Sem o esforço e empenho constante de cada um de vocês, eu não teria alcançado essa vitória. Obrigada por ensinaram o caminho do amor ao próximo, do trabalho, da honestidade, da fé, moldando-me segundo os princípios da ética e principalmente de Deus.

À minha princesa Maria Victória, que mesmo com sua pouca idade, tanto me ensinou e me fortaleceu em vários momentos da minha vida. Com sua doçura, amor e companheirismo.

À minha amiga Rubianne, que tanto me deu forças nos momentos em que eu mais precisava sempre pronta pra me ajudar, ouvir, sorrir e chorar comigo.

Ao meu primo Anderson, por sempre me apoiar, me ajudar, me incentivar a lutar e me ensinar a nunca desistir.

Ao meu amado Maison, por estar ao meu lado, me encorajar, acreditar em mim e compartilhar esse momento comigo.

Às minhas colegas de faculdade e futuras colegas de profissão, Isabella Pavarine, Isadora, Jéssica Luisa, Jéssica de Almeida que sempre estiveram ao meu lado e me ajudaram a chegar aqui. E todos os outros que contribuíram de alguma forma na minha caminhada durante a faculdade.

À minha orientadora Patrícia e co-orientadora Livia por todo apoio, confiança dedicação e paciência durante a elaboração desse trabalho.

Aos professores e à Universidade Federal de Uberlândia.

Aos amigos e familiares que, embora não citados nominalmente, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Confie no Senhor de todo o seu coração e não se apoie em seu próprio entendimento;
reconheça o Senhor em todos os seus caminhos, e Ele endireitará as suas veredas.”*

(Provérbios 3:5-6)

RESUMO

A presente pesquisa trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, e os dados foram coletados por intermédio das técnicas de entrevista e diário de campo, obtidas junto aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em um bairro de um município do Triângulo Mineiro. E teve como objetivo conhecer o significado do acolhimento na perspectiva dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família. A partir da análise dos dados obtidos foram construídas duas unidades temáticas: visão fragmentada do acolhimento e visão holística. Buscou-se assim representar a visão holística do acolhimento na sua totalidade, e a visão fragmentada na perspectiva de alguns trabalhadores, onde cada peça significa uma subcategoria. Depreendendo-se que, a maioria dos trabalhadores possui um conhecimento fragmentado acerca do significado de acolhimento, demonstrando dificuldade em reconhecer o acolhimento na sua totalidade. Sendo que cada categoria compõe o acolhimento como um processo constitutivo fundamental das práticas de produção e promoção de saúde, de forma a possibilitar um cuidado integral e humanizado.

Palavras-chave: Acolhimento; Trabalhadores de saúde; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The present study refers a qualitative, descriptive-exploratory study, and the data were collected through interviews and field diary, obtained from the workers of the Basic Family Health Unit (BFHU) located in a district of a municipality of Triângulo Mineiro. And had as objective to know the meaning of the reception workers perspective of the Basic Family Health Unit. From the analysis, two thematic units were constructed: fragmented vision of the reception and holistic vision. It sought to represent the holistic view of the whole of the reception, and the fragmented view from the perspective of some workers, where each piece means a subcategory. What allowed us to conclude that the majority of workers has a fragmented knowledge about the meaning of reception, demonstrating difficulty in recognizing the state in its entirety. Being that each category comprises the host as a constitutive process of production practices and health promotion, in order to provide a full and humanized care.

Keywords: Reception; Primary Health Care; Humanization

RESUMEN

Se trata de un estudio con un enfoque cualitativo, descriptivo-exploratorio, y los datos fueron recolectados por medio de técnicas de entrevista y diario de campo, obtenidos a partir de los trabajadores de la unidad básica de salud de la familia (UBSF) ubicado en un barrio de un municipio en el Triângulo Mineiro. Y tuvo como objetivo conocer el significado de hospitalidad en la perspectiva de los trabajadores la unidad básica de salud de la familia. A partir del análisis de los datos obtenidos se construyeron dos unidades temáticas: una visión fragmentada de la aceptación y holístico. Por lo tanto buscó representar la visión integral del estado, en su totalidad, y la visión fragmentada desde la perspectiva de algunos trabajadores, donde cada pieza significa una subcategoría. Lo que nos ha permitido concluir que la mayoría de los trabajadores tiene un conocimiento fragmentado sobre el sentido de la hospitalidad, demostrando la dificultad de reconocer el estado en su totalidad. Siendo que cada categoría abarca el host como un proceso constituyente de las prácticas de producción y promoción de la salud, a fin de contar con un completo y cuidado humanizado.

Palabras clave: Acogimiento; Atención primaria de salud; Humanización

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação das unidades temáticas e suas categorias.....	27
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB –	Atenção Básica
ACS –	Agentes Comunitários de Saúde
APS –	Atenção Primária à Saúde
MDS –	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS –	Ministério da Saúde
PNH –	Política Nacional de Humanização
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBSF –	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Atenção Primária à Saúde	17
2.2 Acolhimento	17
2.3 Humanização	18
3 JUSTIFICATIVA	19
4 OBJETIVOS.....	20
4.1 Objetivo Geral	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5 METODOLOGIA.....	21
5.1 Tipo de estudo	21
5.2 Local do estudo.....	21
5.3 Grupo social pesquisado.....	21
5.4 Coleta de dados.....	21
5.4.1 Descrição da 1ª etapa.....	22
5.4.2 Descrição da 2ª etapa.....	22
5.5 Análise dos dados	22
5.6 Aspectos éticos	23
6 RESULTADOS	24
6.1 Visão fragmentada do acolhimento	25
6.2 Visão holística do acolhimento	28
7 DISCUSSÃO.....	30
8 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	39

ANEXO II- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	40
ANEXO III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	41

1 INTRODUÇÃO

A população mundial implora para que suas necessidades sociais obtenham respostas. Sendo assim, espera-se que os sistemas de atenção à saúde possam ter a capacidade de resolubilidade (MENDES, 2010). Diante desse cenário, nota-se que o Brasil tem se desdobrado na construção de um sistema universal centrado na atenção básica ou primária de saúde, ao mesmo tempo em que muitos outros países privilegiaram uma atenção seletiva e estratégias de financiamento menos equitativas. Essa mudança gerou uma ampliação de cobertura e com consequências positivas em diversos setores (BARRETO et al., 2011; BACKES et al., 2014).

A atenção primária à saúde (APS) brasileira caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no cenário individual e coletivo, que envolve a promoção à saúde, à prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio da implementação de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

Nesse aspecto, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é vista como uma ferramenta de expansão, qualificação, consolidação, ou seja, reorganização da APS no país, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Por outro lado, um grande desafio na atualidade é a implementação desses princípios na rotina da prestação de serviços de saúde, o que exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes (CAMPOS, 2010).

A política nacional de humanização (PNH) define humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Dentre as diretrizes da PNH cabe destacar o acolhimento, definido como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo,

colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutive e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Sendo um dos aspectos que mais tem se destacado nos serviços de saúde é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde necessita (BRASIL, 2006).

Nesse cenário, pode-se entender o acolhimento como um dispositivo que favorece o cuidado holístico. Segundo Wanda Aguiar Horta (1979): “A conceituação teórica holística – o homem é um todo – leva necessariamente à maior humanização, cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa; o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença”, ou seja, o acolhimento está diretamente de acordo com a proposta de Wanda Horta.

Assim, faz-se necessária a apropriação de teorias para fundamentar o processo educacional no campo da saúde. Sendo, o olhar deste estudo uma análise da *práxis* de uma equipe multiprofissional no que diz respeito ao acolhimento tendo na abordagem histórico-cultural uma compreensão sobre significados que perpassam pelos membros da equipe multiprofissional, a formação das concepções, com base nos estudos de Minayo (MINAYO, 2010).

Nessa perspectiva, torna-se essencial repensar as práticas de saúde, principalmente no que diz respeito ao acolhimento, que deve ser focado na escuta e na responsabilização com o cuidado. É importante enfatizar que equipamentos e conhecimentos estruturados da clínica e da epidemiologia também são cruciais para a definição do plano de ação. Portanto, o foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos (BRASIL, 2010).

O enfermeiro como membro da equipe multiprofissional desempenha um importante papel no cuidado aos usuários do serviço de saúde, pois participa dos processos de construção do conhecimento, no sentido de absorver e apropriar-se das inovações, tanto tecnológicas, como humanísticas, de forma organizada, para que possa desenvolver um trabalho vivo que prioriza as relações estabelecidas no ato de cuidar (BRASIL, 2010).

No contexto atual de saúde encontram-se os usuários, buscando a atenção de modo resolutivo, e ainda os profissionais de saúde, que não conseguem responder com os instrumentos e recursos de trabalho disponíveis. Deixando evidente a necessidade de qualificar os trabalhadores de modo a favorecer o cuidado integral do usuário (CAMELO, et al., 2016).

Para ampliar essa compreensão é necessário, que se realizem estudos, que permitam conhecer as potencialidades e dificuldades da equipe multiprofissional no desenvolvimento e entendimento do acolhimento, o que propicia a equipe multiprofissional melhor entendimento das limitações, anseios, medos, dificuldades, temores e facilidades.

Sendo assim justifica-se a realização desta pesquisa para compreender sob a perspectiva do trabalhador de saúde o que ele entende por acolhimento nos serviços de saúde para assim propor novas pesquisas que possam desenvolver ações na perspectiva da PNH e, portanto serem implantadas de modo a efetivar o cuidado integral do usuário.

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado: “Acolhimento e Resolubilidade das Situações Vivenciadas pela Estratégia Saúde da Família”. Que surgiu a partir de uma sugestão dada pela orientadora frente à afinidade e experiências anteriores com o tema. A questão norteadora que levou ao tema foi: Qual a percepção dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde em relação ao acolhimento?

Desta forma o objetivo do presente estudo foi conhecer o significado do acolhimento na perspectiva dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

Em 1978 surgiu com a Declaração de Alma-Ata, um dos mais importantes fundamentos a respeito dos cuidados primários em saúde. Onde os cuidados primários foram situados como o principal mecanismo do sistema de saúde de um país (WHO, 2008). A atenção primária à saúde caracterizada como o alicerce para os demais níveis de atenção à saúde, responsável por coordenar e direcionar a aplicação de seus respectivos recursos, sendo eles básicos ou especializados (STARFIELD, 2002).

O termo referente à APS, no Brasil, é a Atenção Básica (AB). Onde estes se relacionam às ideias de acessibilidade, vinculação e responsabilização, integralidade, resolutividade e principal responsável administração e gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

Segundo Lima (2011) quando os sistemas de saúde de um país encontram-se estruturados com o ideal da APS, estes denotam maiores desempenhos, devidos principalmente aos seus princípios e à própria logística e aperfeiçoamento dos recursos. Além do fato de apontarem altos resultados em indicadores de saúde, como por exemplo, diminuição da taxa de mortalidade e das internações, redução dos custos da atenção e atendimentos de urgência e maior acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2013).

2.2 Acolhimento

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo instrumento indispensável para a reorganização da assistência nos serviços de saúde, orientando a reformulação do modelo tecno-assistencial. Encontra-se inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, considerando toda a situação da atenção a partir de sua entrada no sistema de saúde. Acolher significa humanizar a assistência (HENNINGTON, 2005).

O acolhimento possibilita uma análise acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação de vínculo entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas dos usuários e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada.

O acolhimento tem como objetivo facilitar, estimular e organizar o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a alcançarem os objetivos dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem o atendimento adequadamente, garantindo assim a resolutividade dos problemas (CARDOSO, 2009).

O acolhimento é identificado como uma diretriz fundamental do modelo assistencial estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de assegurar não apenas a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades dos usuários são indispensáveis ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas destes usuários (BREHMER; VERDI, 2010).

2.3 Humanização

A humanização surge inserida no SUS. Os princípios do SUS foram influenciados por ideias humanistas: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Caracterizando assim a humanização em qualquer concepção, em qualquer nível de atenção ou gestão. Tal caráter faz do SUS, atualmente, o principal sistema de inclusão social deste país (BRASIL, 2004).

Muitas foram as estratégias impelidas pelo Ministério da Saúde (MS) a fim de regulamentar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, ressalta-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se descrevem em determinados arranjos de trabalho, como, por exemplo, o acolhimento (BRASIL, 2006).

A humanização se alicerça no respeito e valorização da pessoa humana, e é concebida por um método que visa à mudança da cultura institucional, por meio da construção coletiva de deveres éticos e de recursos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009).

O processo de humanização busca assumir o campo das subjetividades como competência primordial para uma melhor compreensão e identificação dos problemas, e assim, para a busca compartilhada de soluções. É caracterizado por valores como, a participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária que proporciona, ao final, em maior qualidade na atenção e melhores condições de trabalho (RIOS, 2009).

3 JUSTIFICATIVA

A atenção primária à saúde trata-se da porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, sendo que o acolhimento representa um grande desafio para os trabalhadores, pois a escuta ativa, a humanização do atendimento devem permear as ações destes trabalhadores. Nesse contexto, conhecer o significado do acolhimento e a resolubilidade deste pode auxiliar no planejamento da assistência e suscitar benefícios aos usuários do serviço de saúde, constituindo, portanto, um tópico de interesse para a enfermagem.

Considerando-se que a natureza do cuidado de enfermagem pressupõe conceber a pessoa para além da dimensão biológica, o enfermeiro, no desenvolvimento do gerenciamento da assistência, deve atuar como um elo entre o usuário, a equipe multiprofissional e os familiares. O que acaba por permitir o direito de acesso aos serviços, a escuta ativa, a integralidade, com o intuito de acolher às necessidades e expectativas das pessoas, bem como de tornar a assistência mais humanizada.

Nesse sentido, compreender o significado do acolhimento da pessoa pelos trabalhadores pode favorecer uma melhor reflexão sobre a prática profissional, fornecendo subsídios para o gerenciamento da assistência, considerando-se que a resolubilidade da assistência produz grande economia, e ainda promove a saúde da população de forma integral e humanizada.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Conhecer o significado do acolhimento na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o contexto da pesquisa, as características sociodemográficas dos trabalhadores da UBSF;
- Analisar o conhecimento dos trabalhadores da UBSF em relação ao acolhimento.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

A presente investigação trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, e os dados serão coletados por intermédio das técnicas de entrevista, diário de campo e grupo operativo e, obtidas junto aos trabalhadores e usuários da ESF localizada em um bairro de um município do Triângulo Mineiro.

Esse tipo de abordagem, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007)

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo - Modalidade Temática, que compreende, cronologicamente, a pré-análise; a exploração do material, o tratamento dos resultados e, por fim, a interpretação dos resultados (MINAYO, 2010).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Canaã II e IV na cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

5.3 Grupo social pesquisado

Os participantes do estudo foram formados pelos trabalhadores da UBSF. Sendo utilizados como critérios de inclusão para os trabalhadores ter mais de 18 anos de idade, estar trabalhando na UBSF e aceitar participar da pesquisa.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

A 1ª etapa destinada à caracterização dos trabalhadores da UBSF.

A 2ª etapa destinada a realização da entrevista.

5.4.1 Descrição da 1ª etapa

Na 1ª etapa realizou-se a caracterização dos trabalhadores da UBSF. Para a realização da caracterização das condições socioeconômicas dos trabalhadores, foi utilizado um roteiro previamente elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE A).

5.4.2 Descrição da 2ª etapa

A 2ª etapa foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada de profundidade com questões norteadoras, também descritas no APÊNDICE A, sobre o significado do acolhimento, com registro dos depoimentos, sob o recurso de gravação com *Smartphone Samsung Galaxy Gran Prime Duos®*, com a finalidade de conhecer o acolhimento na perspectiva dos trabalhadores da UBSF. Os dados foram transcritos imediatamente após a coleta.

Nas transcrições e nos resultados apresentados, os participantes do estudo foram identificados por nomes fictícios (nomes bíblicos).

A entrevista foi selecionada como técnica para a coleta de dados, por se tratar de um método no qual o entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa, sendo uma das formas de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistador. No que tange a forma de obtenção das falas por meio da entrevista e gravação, faz saber que esta consiste em um meio que clarifica o comportamento de grupos e de indivíduos (LOBIONDO-WOOD, 2001; MINAYO, 2010).

5.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo - Modalidade Temática, que compreende, cronologicamente, a pré-análise; a exploração do material, o tratamento dos resultados e, por fim, a interpretação dos resultados (MINAYO, 2010).

A etapa da pré-análise é compreendida por uma leitura obstinada e até mesmo exaustiva, composta por formulação ou mesmo reformulação das hipóteses e pressupostos. Este tipo de leitura exige do pesquisador o contato direto e enfático com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses decorrentes e as teorias relacionadas ao tema (MINAYO, 2007).

Durante a etapa da exploração do material, o investigador deve procurar por categorias, que são expressões ou vocábulos relevantes em função das quais o conteúdo de um discurso será organizado (MINAYO, 2007).

Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a associação dos dados, escolhendo as categorias teóricas, responsáveis pela caracterização do tema. E, a partir daí, se é possível sugerir implicações e proceder com as interpretações (MINAYO, 2007).

Portanto, a partir da análise do conteúdo é possível se encontrar respostas para as questões formuladas e confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). Além de permitir descobrir acerca do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2010).

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, com o número do parecer de aprovação 1.881.199 (ANEXO I). Serão obedecidos os seguintes princípios:

- Solicitação de autorização prévia a Secretaria Municipal de Saúde para realização do estudo (ANEXO II).
- Aos participantes da pesquisa, será solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III), sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma.

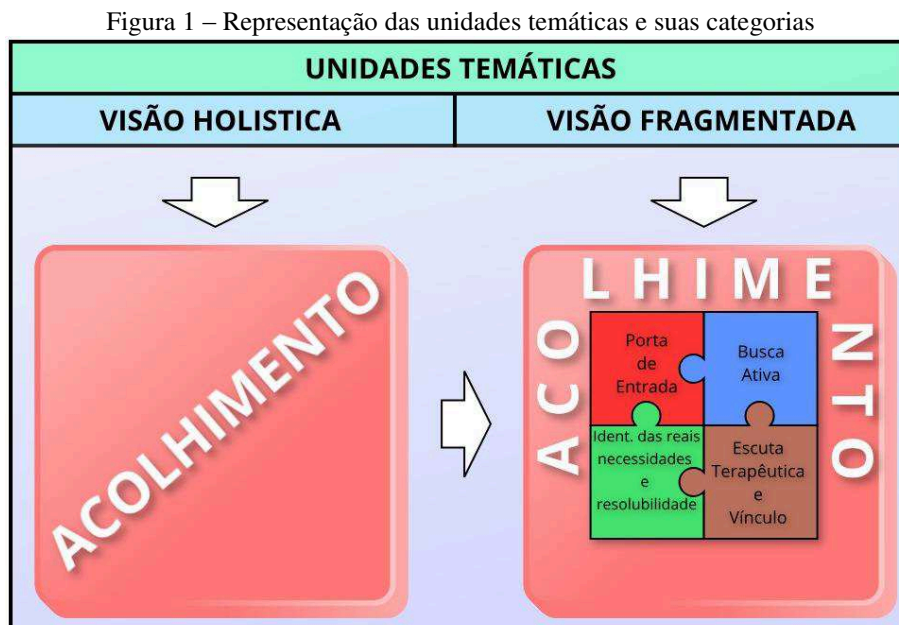
Os participantes do estudo foram orientados sobre esta pesquisa e seu objetivo, e a seguir assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E ainda foram oferecidas as informações pertinentes e relacionadas ao sigilo das informações obtidas, com possibilidade de futuras publicações científicas, sem nenhum dado que os identifique. Foram utilizados nomes fictícios com a finalidade de preservar o anonimato e a identidade dos participantes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo, conduziu-se a entrevista.

6 RESULTADOS

De acordo com os resultados de avaliação socioeconômica dentre os 13 (100%) participantes do estudo todos eram do sexo feminino. Quanto a renda familiar 7 (53,84%) apresentavam renda familiar de um a um a dois salários mínimos, 3 (23,07%) possuem renda familiar maior que três salários mínimos 1 (7,69%) declarou uma renda familiar de dois ou três salários mínimos e 2 (15,38%) relataram renda mensal familiar de até um salário mínimo. Bem como em relação ao nível de escolaridade em que a maioria realizou o ensino médio completo 8 (61,53%) e 5 (38,46%) realizaram o ensino superior completo.

Considerando a profissão e ocupação de cada um dos entrevistados dentro da UBSF, temos 6 (46,15%) agentes comunitárias de saúde, 2 (15,38%) dentistas, 1 (7,69%) serviços gerais, 1 (7,69%) assistente social, 1 (7,69%) farmacêutica, 1 (7,69%) enfermeira e 1 (7,69%) técnica de enfermagem.

A análise dos dados possibilitou a construção de duas unidades temáticas: visão fragmentada do acolhimento e visão holística. Buscou-se assim representar a visão holística do acolhimento na sua totalidade, e a visão fragmentada na perspectiva de alguns trabalhadores, onde cada peça significa uma subcategoria (Figura 1).



Fonte: BRAGA, K. E. , SILVA, P. C. S, OLIVEIRA, L. F, 2018.

6.1 Visão fragmentada do acolhimento

Nesta unidade temática, o significado de acolhimento é percebido pelos trabalhadores de forma humanizada, entretanto, com uma visão fragmentada, desta forma a unidade temática foi subdividida em quatro categorias, que serão apresentadas abaixo:

6.1.1 Porta de entrada

Nota-se, por meio dos depoimentos dos entrevistados, que a característica de porta de entrada do sistema de atenção à saúde, emerge nas narrativas abaixo:

“[...] o acolhimento ele é a entrada de uma unidade básica de saúde, assim como em qualquer outro lugar que cuida de pessoas.” (Maria/Agente Comunitária de Saúde)

“O acolhimento refere-se à facilidade do acesso do paciente, primeiro contato à atenção primária em saúde.” (Sara/ Cirurgiã Dentista)

Nessa categoria percebe-se pela fala dos trabalhadores que o acolhimento pode ser compreendido como a porta de entrada, peça essencial quando se compreende o acolhimento na sua totalidade.

No entanto, ainda podem-se perceber em algumas falas de profissionais, durante a entrevista, que acreditam que o acolhimento está relacionado à atividade da triagem, na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante. Como, por exemplo, em um comentário de Sara, que interpretou o acolhimento como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso de um maior número de usuários.

Essa percepção, por parte dos profissionais, permite um enfraquecimento do sentido mais amplo do significado do acolhimento.

6.1.2 Busca ativa

A fala a seguir chama a atenção para a questão da busca ativa que é uma peça complementar do acolhimento na visão de alguns trabalhadores:

“Eu entendo que acolhimento na saúde da família é poder identificar as famílias, os pacientes, identificar a demanda, as necessidades. Muitas vezes nós como profissionais da saúde, a gente tem a dificuldade de localizar alguns pacientes, algumas famílias. Nós como saúde da família, a gente faz muitas visitas, a gente não fica totalmente preso a unidade. [...] então, não só aqui, a gente acolhe a população, mas não só com consultas ou marcação de exames, a gente vai atrás desses usuários.” (Lia/Assistente Social)

O que se depreende desse depoimento é que o acolhimento vai além do vínculo profissional-usuário construído no interior do serviço de saúde, transpondo as ações de saúde para além dos muros da ESF, o que reforça esse vínculo com o usuário.

6.1.3 Escuta terapêutica e vínculo

A escuta terapêutica possibilita a construção do vínculo dentro da UBSF, por proporcionar um momento aonde o usuário expressa sua queixa e pode ser ouvido, conforme verbalizado pelos participantes do estudo. Esse aspecto pode ser constatado nas seguintes falas:

“[...] o acolhimento é você ouvir a queixa do usuário, o que ele veio fazer aqui e ouvir, ouvir, ouvir e depois direcionar ele para aquilo que ele veio buscar e tentar direcionar e ajudar mesmo, né?” (Maria/Agente Comunitária de Saúde)

“[...] é a escuta inicial para poder escutar a pessoa no que ele está precisando, para depois a gente direcionar, para área, assim, pro problema dele, certo, né?” (Rute/Agente Comunitária de Saúde)

“Acolhimento é, pra mim, ouvir o paciente, a queixa dele e tentar resolver a situação que ele precisa [...].” (Isabel/ Agente Comunitária de Saúde)

“Eu acho que é inicialmente estabelecer o vínculo, porque acho que com o vínculo a gente consegue encaminhar melhor o paciente. [...]. Então eu acho que quando a gente estabelece vínculo o paciente passa a confiar na gente e acreditar no que a gente está falando para ele, e ele é mais bem atendido.” (Ester/ Agente Comunitária de Saúde)

“[...] é esse acompanhamento mais de perto do paciente, é como se ele fosse um membro da sua família, [...]. Pra saber onde a gente pode ajudar ele, eu acho que é isso.”
(Tamara/Farmacêutica)

Nesta categoria, o conceito de acolhimento é percebido pelos trabalhadores como um espaço para o diálogo, aonde a escuta ativa e o vínculo são estabelecidos. Foi possível notar durante as falas que para elas o acolhimento apesar de todas as suas dificuldades, se mostra como um elemento importante e tem contribuído para a organização do processo de trabalho. E que tem auxiliado a equipe, no processo de construção de vínculo.

No entanto, quando os profissionais entraram nesse ponto, percebeu-se certa tensão no sentido em que ainda se encontram falhos no processo de construção e estabelecimento de vínculo.

6.1.4 Identificação das reais necessidades ou dos problemas dos usuários e resolubilidade

O acolhimento foi percebido como um dispositivo fundamental no processo de valorização e de identificação das necessidades de cada usuário:

“[...] Que de repente o paciente vem querendo uma consulta, ou querendo falar com a psicóloga, mas quando você faz o acolhimento dele, você vê o que ele quer, mas não é aquilo que ele precisa, você pode ajudar melhor promover ele.” (Maria/ Agente Comunitária de Saúde)

“Eu acho que o acolhimento é importante porque a gente consegue identificar erro de medicação, horário, dose. Principalmente pacientes que tomam vários tipos de medicamentos, tem muito esse tipo de erro, e na maioria das vezes eles nem descrevem se tomam a medicação da maneira correta. Então, o acolhimento é importante pra gente poder passar uma orientação pro paciente e poder acompanhar ele mais de perto, saber como que está tomando, sempre ver o que ele está sentindo, se está tendo alguma reação.”
(Tamara/Farmacêutica)

“Com o acolhimento identificamos muitas demandas, muitos problemas. Nós como PSF, somos um trabalho multiprofissional, então assim, nós conseguimos identificar muitas necessidades pelo acolhimento.” (Lia/Assistente Social)

“A importância do acolhimento no UBSF para mim significa tudo, porque é aqui que a gente vai acolher esse cliente, saber o que esse cliente está precisando, então esse é o início de todo o tratamento de todo o conhecimento da vida desse cliente. [...] então a gente dá atenção a esse cliente, procura saber o porquê que ele veio na unidade e procura resolver da melhor maneira possível, aqui ou encaminhando para onde ele pode ser bem atendido.” (Noemi/Técnica de Enfermagem)

“[...] O paciente quando é acolhido e é bem orientado, vai resolver todos os problemas de saúde, e resolvendo, vai ser um doente a menos [...].” (Rute/Agente Comunitária de Saúde)

“[...] é tentar resolver a situação que ele precisa, porque às vezes ele não consegue ter a solução aqui, mas, às vezes com uma orientação, um encaminhamento, ele consegue encontrar aquilo que ele precisa.” (Isabel/Agente Comunitária de Saúde)

No momento do discurso das entrevistadas, notou-se certa indignação quando o usuário é mal entendido e direcionado erroneamente, adiando assim a resolubilidade dos problemas queixados pelo mesmo. Sendo assim, a partir das falas dessa categoria é possível salientar a importância da identificação dos problemas e da resolubilidade para a garantia de uma referência correta a outros serviços possibilitando uma continuidade do cuidado eficaz.

6.2 Visão holística do acolhimento

Nesta segunda unidade temática o acolhimento é reconhecido como um conjunto de ações que buscam valorizar as diferentes dimensões – biológicas, sociais, ambientais, psicológicas, entre outras – que constituem o ser humano, reconhecendo suas características e tratando-as de acordo com suas especificidades. O que acaba por englobar todas as subcategorias que compõe a unidade temática – visão fragmentada do acolhimento (Figura 1).

“[...] não só a questão de doença, é também uma questão social, como por exemplo, casos de mulher e violência, que a gente indica pra mediação de conflitos e a gente tenta também amenizar com as instituições que existe no bairro.” (Maria/Agente Comunitária de Saúde)

“Então o paciente esta doente, esta numa situação difícil, ele já é barrado nesse primeiro atendimento, de qualquer pessoa que estiver aqui dentro; então eu acho que todas as pessoas da unidade tem que ter boa vontade de fazer esse atendimento e ter sequência depois com os profissionais técnicos e graduados, porque se não, no meio do processo, se não tiver a continuidade desse acolhimento, ele pode parar, ele pode interromper o tratamento dele, por não sentir acolhido em qualquer das etapas do tratamento”. (Raquel/Agente Comunitária de Saúde)

“O acolhimento é tentar entender seu paciente como um todo, não só a queixa principal.” (Débora/Dentista)

Durante a fala de Maria foi possível observar uma preocupação em relação ao acolhimento de uma forma que vai além da dimensão física e biológica, perpassando pela área social. Em alguns outros momentos, citou programas sociais existentes, como, por exemplo, apoio a mulheres que sofreram algum tipo de violência domiciliar, nos quais se encontra inserida e o quanto a existência deles é importante para garantia da efetividade do acolhimento.

7 DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos trabalhadores da UBSF, a partir da análise do questionário, podemos destacar o processo de feminização que se mostrou intensificado e o número de profissionais de nível fundamental e médio e um menor número de profissionais de nível superior. Sendo justificado pela incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo em sua maioria pertencentes ao sexo feminino e em maior quantidade/peso dentro das unidades. (MARSIGLIA, 2011)

Os resultados do presente estudo permitiram construir duas unidades temáticas, que estão em consonância com as diretrizes nacionais que conceituam o acolhimento, entretanto, em uma das unidades percebe-se que os profissionais identificam o acolhimento de forma fragmentada não conseguindo compreendê-lo na sua totalidade. A percepção de um acolhimento fragmentado por parte dos trabalhadores pode estar relacionada a sua formação profissional e a insuficiente capacitação do serviço (TINTORI et al., 2014).

De acordo com a fala de trabalhadores da UBSF do presente estudo, o acolhimento significou a facilidade do acesso e o primeiro contato à atenção primária a saúde. O acolhimento vem com o intuito de promover uma reorganização dos serviços de saúde a fim permitir o acesso aos serviços. Acabando por ratificar a atenção primária como “porta de entrada” ao Sistema de Saúde e por consequência o contato preferencial dos usuários (BRASIL, 2010).

A busca ativa foi mencionada por um dos trabalhadores como um importante recurso do acolhimento utilizado na UBSF. Esta é uma perspectiva esperada quando se descreve as práticas dos trabalhadores de saúde da atenção básica, uma vez que é apresentada como um princípio político e apontada como uma atribuição de todos os profissionais da UBSF na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A busca ativa é um instrumento importante do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que possibilita ao trabalhador da unidade verificar as ausências e presenças dos usuários, conhecer a realidade, condições de vida e vivência, vulnerabilidades, principalmente quando realizado a visita domiciliar – valendo reforçar que a busca ativa nem sempre se traduz em visita domiciliar –. Além de garantir uma aproximação destes usuários com os profissionais de saúde e permitindo assim maior inclusão aos serviços de saúde, revertendo à sistemática pública usual de espera pela demanda. (CAMOLESI; TEIXEIRA, 2015)

Alguns trabalhadores quando abordados sobre o acolhimento, colocam a escuta terapêutica e vínculo como elementos que descrevem o significado de acolhimento. Referem ainda que acolhimento é ouvir a queixa e buscar resolver o que o usuário do serviço de saúde precisa. É importante destacar a aproximação dos trabalhadores com a realidade, ou seja, a criação de vínculo permite conhecer a subjetividade de cada família, a forma como cada usuário lida com a saúde e a doença e assim como os problemas relacionados à saúde podem interferir na vida de cada pessoa (VIEGAS; PENNA, 2012). Nesse sentido, ter uma equipe que conheça o usuário e sua família e escute a pessoa é imprescindível.

O acolhimento é compreendido como método de escuta qualificada, de forma a proporcionar respostas, no entanto, alguns estudos demonstraram que, na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; BREHMER; VERDI, 2010). Observa-se, então, limitação do acesso e atenção centrada apenas na queixa principal.

A identificação das reais necessidades ou dos problemas dos usuários também foi reconhecida como um elemento que descreve o significado de acolhimento. Nota-se que os trabalhadores percebem a relevância de se acolher com base nessa identificação, pois muitas vezes o usuário busca o serviço por outro motivo, que não apenas a sua condição patológica. Desta forma por meio de uma adequada identificação dos problemas pode-se realmente conseguir a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência conforme preconizado pela lei 8.080 (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva é fundamental um envolvimento de uma equipe interdisciplinar de saúde qualificada para aperfeiçoar a resolução das ações. Esta nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional do sistema de saúde representado muitas vezes apenas por encaminhamentos, referências e contrarreferências (CORTÊS et al., 2015).

No trabalho resolutivo o atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, contribui para a formação de vínculos interpessoais e por fim a autonomia no processo de trabalho na atenção primária (COSTA et al., 2014). Nesse sentido entende-se que a identificação das reais necessidades do usuário é fator essencial na resolubilidade dos problemas de saúde.

Por outro lado, a unidade temática, visão holística no acolhimento, surge amplamente dentro do contexto da humanização, que vai de encontro com o referencial teórico de Wanda Aguiar Horta (1979) que é uma referência clássica para os profissionais de enfermagem que por sua vez está em consonância com às diretrizes do SUS. Este é permeado desde a

necessidade de cuidado multiprofissional até a visão integral do indivíduo, sendo esta última essencial para fundamentar o cuidado humanizado proposto pela PNH (LEMOS et al., 2010).

Alguns estudos apresentam o acolhimento como um aparato de humanização de grande potencialidade, que atua reduzindo a demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e até mesmo pela satisfação do usuário. Além de permitir uma mudança no processo de práticas de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

O acolhimento tem se constituído em um progressivo desafio, repleto de problemáticas. Em que se torna necessário investir em formas de receber as diferentes individualidades através dos quais os usuários buscam ajuda (OLIVEIRA, TUNIN E SILVA 2008).

Esse cuidado integral também deve priorizar outras necessidades em saúde que também dizem respeito às carências ou vulnerabilidades (PAIM, 2006), cabendo destacar a importância do acolhimento nesse processo. Dois fatores relevantes como a grande demanda e a necessidade de agilidade no atendimento, acabam por fragilizar o atendimento voltado para a totalidade do indivíduo, que necessitam ir além da identificação de processos fisiopatológicos, e permitir a identificação das necessidades implícitas. O que torna necessário compreender que a qualidade da assistência também se baseia nas relações formadas e estreitadas entre profissionais e usuários (GUEDES et al., 2013).

8 CONCLUSÃO

A partir dos resultados da pesquisa, conclui-se que, a maioria dos trabalhadores possui um conhecimento fragmentado acerca do significado de acolhimento, demonstrando dificuldade em reconhecer o acolhimento na sua totalidade. Sendo que cada categoria compõe o acolhimento como um processo constitutivo fundamental das práticas de produção e promoção de saúde, de forma a possibilitar um cuidado integral e humanizado.

A pesquisa permitiu observar que essa percepção fragmentada do significado de acolhimento relacionou-se a prática de cada trabalhador dentro da UBSF. Os depoimentos denotaram uma fragilidade acerca do conceito de acolhimento na saúde, principalmente quando considerado um recurso multidisciplinar, uma vez que a realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional de saúde. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário.

O que, por sua vez, mostra a necessidade do fortalecimento da elucidação deste significado e ainda se faz necessário qualificar a maneira de como o acolhimento vem sendo desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada e isolada, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização.

A visão holística de acolhimento está em consonância com os princípios de humanização, onde alguns trabalhadores de saúde rompem com os automatismos na percepção do acolhimento, permitindo, dessa forma, a abertura para a execução de grupos operativos, no qual o potencial dos trabalhadores e seus movimentos sejam explorados em sua totalidade, criando práticas para o acolhimento pautado em um modelo holístico, fugindo do modelo curativista.

Como barreiras para a realização do acolhimento nos serviços, destacaram-se: limites estruturais, algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. O acaba por reprimir o acolhimento pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas individualidades.

Estes obstáculos, em função disso, refletem negativamente tanto para os usuários, que não recebem um atendimento de real efeito, quanto para os trabalhadores, que ficam incapazes de atender a todos com o mesmo critério de qualidade. Causando assim insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática necessitam de respaldo para uma boa atuação.

E, por fim, os resultados, demonstraram a necessidade de estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de APS. Além de se buscar difundir as experiências positivas na atuação dos trabalhadores, e se estas têm realmente repercussão na qualidade dos serviços de saúde e atendimento ao usuário, compreendendo que este é instrumento fundamental na organização de todo o serviço.

REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S. et al. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2014, v. 22, n. 6, p. 1026-1033. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0040.2512>
- BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The lancet*, 2011, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60202-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60202-X)
- BRASIL. Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF, 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: abril, 2018
- _____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos da Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013.
- BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578.
- CAMELO, M. S. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, 2016, v. 29, n. 4, p. 463-468.
- CAMOLESI, A. B.; TEIXEIRA, E. A busca ativa no cotidiano dos assistentes sociais: um estudo de caso a partir dos CRAS de um município de médio porte da região Baixa Mogiana – SP. *Universitas*, Brasília, 2015, ano 8, n. 15.
- CAMPOS, F. C. C. et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, **Coopmed**, 2010.
- CARDOSO, L. S. C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. *CuidArte Enfermagem*, Juiz de Fora, 2009, v. 3, n. 2, p. 149-155.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014, v. 38, n. 103, p. 733-743.

<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>

CÔRTEZ, J. C. S. et al. Otimização da resolutividade no cuidado em Medicina de Família e Comunidade por meio do apoio matricial: relato de experiência. **Revista de Saúde**, 2015, v. 6, n. 2, p. 27-29.

<https://doi.org/10.21727/rs.v6i2.161>

COUTINHO, L. R. P, et al. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate** [online], 2015, v. 39, n. 105.

FONSECA VIEGAS, S. M; MATTOS PENNA, C. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012, v. 13, n. 2.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , 2013, v. 66, n. 1, p. 31-37.

HORTA, W. Processo de Enfermagem. Ed EPU, 1979.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

LEMOS, R.C.A, et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 2010, v. 12, n.2, p. 354-359.

<https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.5544>

LIMA, A. S. O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

LOBIONDO – WOOD G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, críticas e utilização. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2001.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.** São Paulo, 2011, v.20, n.4, p.900-911.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, 2010, v. 15, n. 5, p. 2297-305.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, 2013, v. 27, n. 78, p. 27-34.

<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2007. 406 p.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Hucitec**, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, 2008, v. 11, n. 4, p. 362-37.

PAIM, J.S. Desafios para a saúde coletiva no Século XXI. Salvador: Ed.UFBA, 2006. <https://doi.org/10.7476/9788523211776>

RIOS, I.C. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**: Ministério da Saúde, 2002.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007, v. 23, n. 2, p. 331-340.

TINTORI, J. A. et al. O significado e a prática do acolhimento para os trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**, 2014, v. 8, n. 5, p. 1101-1109.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008**: Primary Health Care now more than ever. Geneva: WHO, 2008.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. FATORES SÓCIOECONOMICOS

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

DN do entrevistado (dia/mês/ano): _____ N° de Identificação do entrevistado: _____

Sexo do entrevistado:

Masculino (1) Sim (2) Não _____

Feminino (1) Sim (2) Não _____

Ocupação do entrevistado: _____

Escolaridade do entrevistado (em anos de estudo): _____

01. Qual o valor da sua renda mensal familiar?

Até um salário mínimo (1) Sim (2) Não _____

De um a dois salários mínimos (1) Sim (2) Não _____

Dois ou três salários mínimos (1) Sim (2) Não _____

Maior que três salários mínimos (1) Sim (2) Não _____

02. Recebe algum auxílio do governo?

Bolsa Escola (1) Sim (2) Não _____

Bolsa Família (1) Sim (2) Não _____

Bolsa Fome zero (1) Sim (2) Não _____

PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) (1) Sim (2) Não _____

Vale gás (1) Sim (2) Não _____

Não recebe auxílio (1) Sim (2) Não _____

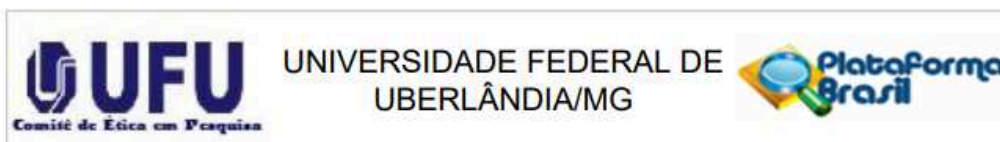
2. QUESTÕES NORTEADORAS

A. O que é o acolhimento na ESF para você?

B. Qual a importância do acolhimento na ESF para você?

C. Quais as dificuldades que você tem enfrentado com o acolhimento na ESF?

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO E RESOLUBILIDADE DAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Patrícia Costa dos Santos da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58084716.9.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.881.199

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

"A presente investigação trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, e os dados serão coletados por intermédio das técnicas de entrevista, diário de campo e grupo operativo e, obtidas junto aos trabalhadores e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada em um bairro de um município do Triângulo Mineiro. O olhar deste estudo para a análise do significado do acolhimento entre os trabalhadores e os usuários assistidos pela ESF está fundamentado na abordagem histórico-cultural. Isso implica uma compreensão sobre significados que perpassam pelas pessoas, a formação das concepções, com base nos estudos de Lev Vigotski (Vigotski, 2007). O grupo social pesquisado: os participantes do estudo serão formados pelos trabalhadores e usuários da ESF. Serão utilizados como critérios de inclusão para os trabalhadores ter mais de 18 anos de idade, estar trabalhando há mais de 12 meses na ESF e aceitar participar da pesquisa. Em relação aos usuários cadastrados na ESF como critérios de inclusão ter mais de 18 anos de idade, ter recebido atendimento nos últimos 60 dias e aceitar participar da pesquisa. Procedimentos para a coleta de dados: a pesquisa terá três etapas: Na 1ª etapa será realizada a coleta de dados,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**ANEXO II- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA À SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**



DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “ACOLHIMENTO E RESOLUBILIDADE DAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Patrícia Costa dos Santos da Silva; Livia Ferreira Oliveira e Kathleen Esli Braga a realizarem a etapa de coleta de dados e elaboração de um plano de intervenção educativa voltada ao acolhimento das pessoas cadastradas na UBSFCanaã IV, assim como identificar as potencialidades e dificuldades da equipe multiprofissional no desenvolvimento do acolhimento e estimular a participação popular na elaboração de ações de promoção da saúde, realizadas junto a esta unidade. E para realização de tais propostas pode ser utilizada a infraestrutura desta Instituição.

ANA RITA DE FARIA

Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
Secretária Municipal de Saúde – PMU

Uberlândia ___/___/___

ANEXO III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Trabalhador da Estratégia Saúde da Família

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “ACOLHIMENTO E RESOLUBILIDADE DAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof.^a Patrícia Costa dos Santos da Silva, Prof.^a Lívia Ferreira Oliveira e Kathleen Esli Braga.

Nesta pesquisa iremos analisar o acolhimento e a resolubilidade das situações vivenciadas pelos trabalhadores e usuários da Estratégia Saúde da Família, além de identificar as potencialidades e dificuldades na realização do acolhimento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Prof.^a Patrícia Costa dos Santos da Silva antes do início de realização da pesquisa.

Na sua participação você responderá um questionário e a coleta de dados será feita por meio de entrevista gravada. E posteriormente, após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão desgravadas.

Existe o risco de identificação do participante da pesquisa, entretanto, será minimizado por meio da utilização de código visando preservar o anonimato. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Caso você participe, não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Como risco e desconforto ocasionado pelo presente estudo poderão ocorrer constrangimentos e desconfortos em responder às questões, por tratar-se de coleta de dados por meio de entrevista gravada. Os benefícios da pesquisa serão estimular a participação popular na elaboração de ações de promoção da saúde, com melhorias no acolhimento, de tal forma que possa favorecer a resolubilidade dos problemas vivenciados pelos usuários do SUS.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos contatos mencionados abaixo. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, dede 20.....

Assinatura do pesquisador responsável

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Telefone de contato dos pesquisadores:
Patrícia Costa dos Santos da Silva (34) 3225-8603
Lívia Ferreira Oliveira (34) 3225-8603
Kathleen Esli Braga (34) 3225-8603

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.