

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

Jarbas Ribeiro de Oliveira

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
ENFERMEIRO**

**Maceió
2013**

JARBAS RIBEIRO DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito para conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – ESENFAR/UFAL.

Orientadora: Profª Drª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Ciência, Tecnologia e Inovação para o Cuidado.

Maceió
2013

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Fabiana Camargo dos Santos

- O48a Oliveira, Jarbas Ribeiro de.
Acolhimento na atenção básica à saúde na perspectiva do enfermeiro / Jarbas Ribeiro de Oliveira. – 2013.
126 f.
- Orientadora: Maria Cicera dos Santos de Albuquerque.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2013.
- Bibliografia: f. 104-114.
Apêndices: f. 115-122.
Anexos: f. 123-126.
1. Acolhimento. 2. Enfermagem – Humanização. 3. Trabalho do enfermeiro. 4. Atenção básica à saúde. 5. Saúde da família. I. Título.

CDU: 616-083

Folha de Aprovação

AUTOR: JARBAS RIBEIRO DE OLIVEIRA

(Acolhimento na Atenção Básica de Saúde na perspectiva do enfermeiro/Dissertação
de Mestrado da Universidade Federal de Alagoas)

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Curso
de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da
Universidade Federal de Alagoas e APROVADA em 23
de setembro de 2013.

Profª Dra Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – Presidente (Orientadora)

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra Sílvia Martins Mishima - EERP/USP – (Examinadora Externa)

Profª Dra Mércia Zeviani Brêda – UFAL – (Examinadora Interna)

Aos usuários do sistema de saúde que padecem cotidianamente com as limitações
dos serviços.

Aos profissionais da atenção básica que não medem esforços para efetivar os
princípios do SUS.

E, em especial, aos colegas enfermeiros por sua dedicação e vontade de melhorar
suas práticas e a maneira de cuidar das pessoas e da comunidade.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Cícera, minha paciente orientadora, pelo apoio, compreensão, motivação e aprendizado;

Aos docentes do mestrado pelos ensinamentos;

Aos colegas discentes pelo companheirismo;

Ao LACOLHE (Professoras Cícera, Mércia, Jorgina e Yanna) pelo acolhimento;

À Banca Examinadora pelas valorosas sugestões e contribuições nesse trabalho;

Aos colegas professores do curso de Enfermagem do *Campus* Arapiraca pelo apoio;

Aos enfermeiros de Arapiraca por participarem dessa construção;

À Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca por permitir a realização desse estudo;

À minha Mãe, que cuida de mim em toda e qualquer circunstância;

Às minhas queridas Júlia e Sofia por existirem em minha vida;

À Jô, minha companheira de todas as horas;

Ao amigo Saulo pelos fundamentais momentos de intercessão;

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo constante.

De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!

FERNANDO SABINO (Poeta)

RESUMO

Este estudo aborda o acolhimento na Atenção Básica à Saúde e teve o objetivo de conhecer e analisar como o acolhimento é concebido e praticado pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada em Unidades Básicas de Saúde do município de Arapiraca-Alagoas/Brasil, tendo como sujeitos seus enfermeiros. Os sujeitos foram visitados nas unidades de saúde e realizado entrevista semiestruturada, possibilitando a construção de cinco categorias para análise temática: (1) Concepções e entendimento acerca do acolhimento; (2) O acolhimento na atenção básica: no fazer coletivo e individual do enfermeiro; (3) acolhimento à luz da Política Nacional de Humanização: orientações, adoção e capacitação; (4) limites e desafios para implantação e realização do acolhimento; e (5) o papel e contribuição do enfermeiro no acolhimento. Concluiu-se que incorporar conceitos e realizar o acolhimento ainda se constitui em uma grande necessidade dos serviços e profissionais de saúde, sobretudo na atenção básica, onde momentos de capacitação das equipes e processos de implantação do acolhimento, enquanto diretriz operacional para organização dos serviços são incipiente ou inexitem; e na qual, apesar do acolhimento ser compreendido pelos enfermeiros como uma forma de recepcionar o usuário, podemos notar que também há entendimento de que acolher o usuário é escutar atentamente e tentar dar retorno positivo às suas demandas. Identificamos também que, a participação do enfermeiro ocorre principalmente na forma de capacitações, reuniões com a equipe e orientações constantes.

Palavras-Chave: Acolhimento. Humanização. Enfermagem. Trabalho do Enfermeiro. Atenção Básica à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

This study addresses the host in Primary Care and aimed to understand and analyze how the host is designed and practiced by nurses of the Family Health Strategy. This is a qualitative, exploratory and descriptive, held at Basic Health Units in the municipality of Arapiraca-Alagoas/Brasil, the subjects their nurses. The subjects were visited at health facilities and conducted semi-structured interviews, allowing the construction of five categories for thematic analysis: (1) conceptions and understanding of the host; (2) The user embracement in primary care: do the collective and individual nurses; (3) host in the light of the National Humanization Policy: Guidelines, adoption and training; (4) limits and challenges to implementation and realization of the host; and (5) the role and contribution of nurses in the host. That incorporate concepts and perform the host was concluded still constitutes a great need for services and health professionals, particularly in primary care, where moments of team training and implementation processes of the host, while operating guidelines for the organization of services are nascent or nonexistent; and in which, in spite of the host by nurses to be understood as a form of approved user, we note that there is also the understanding that the user is welcome to listen carefully and try to give positive feedback to their demands. We also identified that the participation of nurses occurs mainly in the form of trainings, meetings with staff and constant guidance.

Keywords: User Embracement. Humanization. Nursing. Working Nurse. Primary Care. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AL	Alagoas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASGEP	Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CESMAC	Centro de Ensino Superior de Maceió
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COEPE	Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
E-Mail	Endereço Eletrônico
Enf	Enfermeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LACOLHE	Laboratório de Acolhimento
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização

PPA	Plano de Pronta Ação
PSF	Programa Saúde da Família
PT MS	Portaria do Ministério da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União da República Socialista e Soviética
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Pressupostos da Investigação.....	15
1.2	Objetivos.....	16
2	SITUANDO O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO.....	17
2.1	Humanização e Acolhimento na produção da saúde.....	20
2.1.1	Revisão na Literatura – Acolhimento na Atenção Básica.....	25
2.2	A implantação do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica à Saúde.....	30
2.2.1	Atenção Básica à Saúde como mecanismo de ampliação do acesso e reorganização da atenção à saúde.....	33
2.2.2	Saúde da Família: de programa a estratégia de constituição de um “novo” modelo de atenção à saúde.....	41
2.3	O trabalho do Enfermeiro na Saúde da Família: aproximações e distanciamentos do acolhimento.....	48
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	57
3.1	Natureza do Estudo.....	57
3.2	Cenário da Pesquisa.....	58
3.3	Participantes da Pesquisa.....	58
3.4	Característica e tamanho da amostra	59
3.5	Recrutamento dos sujeitos e aquisição do TCLE.....	59
3.6	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão.....	60
3.7	Produção das Informações obtidas.....	60
3.8	Análise dos Dados e Informações obtidas.....	61
3.9	Aspectos Éticos do estudo.....	63
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64

4.1	Concepções e entendimento acerca do Acolhimento.....	66
4.2	O Acolhimento na Atenção Básica: no fazer coletivo e individual do enfermeiro.....	70
4.2.1	A realização do acolhimento na Unidade Básica de Saúde.....	70
4.2.2	A participação e realização do acolhimento pelo enfermeiro.....	77
4.3	Acolhimento à luz da Política Nacional de Humanização: orientações, adoção e capacitação.....	81
4.4	Limites e Desafios para implantação e realização do Acolhimento na ABS.....	85
4.4.1	Dificuldades para Implantação do acolhimento em consonância com a Política Nacional de Humanização.....	93
4.5	O papel e contribuição do enfermeiro para o acolhimento.....	97
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICES.....	115
	ANEXOS.....	123

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda o Acolhimento na Atenção Básica à Saúde. Uma temática atualmente discutida nos diversos espaços de construção de saberes e práticas voltadas para a produção do cuidado em saúde e para a consolidação e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O interesse por essa temática surgiu da nossa trajetória humana e profissional. Humana porque somos usuários e defensores do serviço público de saúde e também convivemos com as dificuldades no acesso, com o (não)acolhimento e com práticas de saúde que consideramos estar na contramão da perspectiva de humanização da atenção à saúde. E profissional porque foi a partir da nossa vivência como enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no cuidado e na coordenação municipal da atenção básica à saúde que identificamos angústias, insatisfações e reclamações trazidas pelos usuários dos serviços de saúde, decorrentes da dificuldade no acesso e do modo como os profissionais abordam e assistem esses usuários, resultando em não atendimento de suas necessidades de saúde, e ausência/deficiência de uma abordagem digna, respeitosa e resolutiva.

Com a necessidade de ampliação de estudos que abordem a temática do acolhimento na atenção básica e a participação do profissional enfermeiro, pois mesmo sendo a Estratégia de Saúde da Família um dos principais campos de atuação onde esse profissional desenvolve suas práticas de cuidados à saúde, notamos que ainda há uma incipiente produção científica e tecnológica na área, despertando nosso interesse em realizar esse estudo.

Conhecendo o LACOLHE - Laboratório de Acolhimento da Escola Superior de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESEN FAR/UFAL) e os trabalhos desenvolvidos pela equipe que o compõe, este também se constituiu como motivação para a proposta deste estudo.

Estudos sobre o acolhimento, enquanto uma postura individual e coletiva, é uma necessidade para os serviços de saúde. Essa temática vem ganhando força e espaço de discussão nos últimos anos, sobretudo após o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde (MS), no sentido da produção de um cuidado qualificado.

Assim, o **objeto desse estudo** é o acolhimento na atenção básica sob a perspectiva do enfermeiro da estratégia de Saúde da Família.

Compreendendo o Acolhimento como tecnologia relacional, sendo uma Tecnologia Leve, e sabendo que essas tecnologias são significativas no processo de trabalho em saúde, particularmente do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, surgiram as seguintes **questões que nortearam** nosso estudo:

- Qual a concepção de Acolhimento do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF)?
- Como o Acolhimento é exercido na prática do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família?

Essas perguntas nos remetem para algumas considerações que **justificaram** a realização desse estudo:

a) A Política Nacional de Humanização tem como um de seus dispositivos o Acolhimento, que deve ser exercido em todos os níveis de atenção;

b) A humanização, através da postura de acolhimento, propõe a inclusão dos sujeitos no serviço para que possam reconstruir de maneira compartilhada e coletiva seus modos de viver e de se cuidar, considerando o sujeito em sua singularidade;

c) A Política de Humanização tem compreendido, em sintonia com as discussões atuais nos espaços de gestão e acadêmico, que a atenção básica é espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública;

d) A Atenção Básica é compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, o que se apresenta ainda como um enorme desafio ao sistema de saúde e a implantação/efetivação do Acolhimento nesse nível de atenção, podendo contribuir com seu fortalecimento e promover resolutividade.

e) O acolhimento ao sujeito que procura o serviço de saúde é parte do processo de construção de vínculos, fortalecendo a humanização da assistência;

f) A prática do enfermeiro na atenção básica, e em específico na estratégia de Saúde da Família, pode melhor se expressar através do uso de tecnologias relacionais, e sua utilização de forma qualificada, pode contribuir

positivamente com a produção do cuidado integral e potencializar o cuidado de enfermagem;

1.1 Pressupostos da Investigação

Diante do objeto a que nos propomos estudar e conforme a literatura tem mostrado, apresentamos os pressupostos que permearam a construção desse estudo:

- Os profissionais de saúde comumente interpretam o Acolhimento como a porta de entrada das Unidades de Saúde, por vezes descrevendo-o como a forma de acesso ao serviço, ou a qualificação da recepção da unidade;

- A forma de *entrada* do usuário às ações e serviços das Unidades de Saúde da Família ainda se configura nos moldes tradicionais de acesso, por exemplo: distribuição de fichas, marcação de consulta, atendimento por ordem de chegada, falta de envolvimento da maioria dos profissionais na “recepção” desses usuários;

- Mesmo a Política Nacional de Humanização (PNH), que traz em seu conteúdo o Acolhimento como estratégia/dispositivo/diretriz, estando próximo de uma década de sua publicação, se depara com o desconhecimento por parte dos enfermeiros da ESF sobre a mesma;

- Havendo desconhecimento da PNH e do Acolhimento, conseqüentemente também não há processo de implantação em andamento no interior das Unidades Básicas de Saúde.

1.2 Objetivos

Tendo em vista a importância do enfermeiro na equipe de saúde e na reorganização da atenção básica, a partir da Estratégia de Saúde da Família, e seu papel de coordenador do cuidado de enfermagem, esse trabalho tem como objetivo geral conhecer e analisar como o acolhimento é concebido e praticado pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família de Arapiraca – Alagoas no âmbito de suas práticas individuais e das equipes.

Para atingir esse objetivo principal, elencamos outros objetivos que permitiram o alcance do mesmo, são eles:

- Conhecer a concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o acolhimento na atenção básica;

- Identificar como o enfermeiro realiza o Acolhimento em sua prática cotidiana;

- Analisar qual a participação do enfermeiro no Acolhimento realizado na Unidade Básica de Saúde;

- Descrever os desafios/dificuldades do enfermeiro na implantação do Acolhimento em consonância com a Política Nacional de Humanização.

2 SITUANDO O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Reflexões vêm sendo realizadas em torno da Humanização da atenção à saúde e da constituição da Política Nacional de Humanização (PNH), e de seus elementos constitutivos, como é o acolhimento, uma das principais diretrizes dessa política.

Contudo, as discussões sobre o acolhimento nos serviços de saúde, práticas e processo de trabalho em saúde antecedem a Política Nacional de Humanização, como por exemplo, os estudos de Franco, Bueno e Merhy (1999), Merhy (2002), Matumoto (1998), Pinheiro, Mattos e colaboradores (2001), bem como outros, divulgados após a publicação da PNH, e que retomam esse debate e incorporam novos elementos de análise com base nas experiências advindas desse novo contexto.

Entre os estudos realizados após a publicação da PNH, citamos os trabalhos de Campos (2003), Merhy (2006, 2007), Teixeira (2007) e mais recente de Franco, Andrade e Ferreira (2009) e Cunha (2010). Também podemos encontrar dissertações de mestrado e teses de doutorado que refletem sobre a temática, entre elas os trabalhos de Nery (2006), Rosa (2006), Tresse (2008) e Zimmermann (2010).

A Política Nacional de Humanização vem tentando se articular com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006, 2012) no sentido da produção de uma melhoria na atenção à saúde, tendo a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família sua principal aliada.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem por diretrizes o trabalho em uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentada a equipe de saúde bucal.

A presença do profissional enfermeiro na Equipe de Saúde da Família (eSF) contribui para o trabalho em equipe, uma vez que aquele desenvolve sua prática na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio e na comunidade, através de práticas gerenciais e assistenciais, individuais e coletivas em conjunto com os demais membros da equipe de saúde, quase sempre no papel de coordenador das ações ou articulador do cuidado.

O profissional enfermeiro é responsável pela supervisão do Agente Comunitário de Saúde (ACS), mantendo uma relação estreita e permanente, fato que propicia a proximidade com o trabalho do ACS, que é a grande novidade trazida pela Estratégia Saúde da Família. A equipe de saúde, tradicionalmente composta por profissionais da área de saúde, ganha nova conotação com a inclusão do ACS, o que vem fortalecendo a perspectiva do trabalho coletivo, contribuindo assim com um cuidado mais qualificado à saúde da população. E, o profissional enfermeiro é o seu supervisor e orientador.

O acolhimento aos usuários faz parte do processo de trabalho de toda a equipe de saúde da família, como postura, atitude e tecnologia do cuidado, como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe. (BRASIL, 2012, p.23).

No decorrer desse trabalho abordamos o *acolhimento em saúde* como um modo de produção do *cuidado em saúde*, o que nos levou ao encontro das contribuições de autores como Teixeira (2007), Franco, Andrade e Ferreira (2009) e Ayres (2009) que corroboram com a ideia do cuidado como essência do ser humano.

Partimos das contribuições teóricas de Emerson Elias Merhy (2002, 2006, 2007) e Franco e Merhy (2006) para buscar uma melhor apropriação do nosso objeto de estudo, no que se refere ao *processo de trabalho em saúde*. Também será nosso referencial nas discussões sobre as tecnologias em saúde. Esse autor compartilha suas reflexões com outros autores, como Franco, Bueno e outros (1999, 2008, 2009).

Para a discussão sobre o *modelo de atenção à saúde*, buscamos em Paim (2008), Campos e colaboradores (1997, 2006, 2012) e Merhy e colaboradores (2006) os fundamentos desse debate na atualidade. De acordo com Zimmermann (2010), Campos é relevante também pelo seu papel na Política Nacional de Humanização.

Juntamente com Cunha (2010), Tesser, Poli Neto e Campos (2012), que discutem o acolhimento e a (des)medicalização social como desafios para as equipes de saúde da família. Debate que se insere na perspectiva da mudança do modelo assistencial em saúde e que permeou todo nosso trabalho.

Autores como Benevides e Passos (2005), Coro e Morosini (2005) e Deslandes (2006, 2009) trazem um suporte teórico e conceitual acerca da humanização da atenção à saúde.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004, 2010a, 2010b), a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006, 2012) e outros documentos oficiais (2004, 2009, 2010) oriundos desse processo, também fazem parte dos nossos referenciais, a partir delas construímos nosso caminhar nesse trabalho, pois a publicação desses documentos apresenta a concepção trazida pelo SUS e, portanto pelo Estado brasileiro acerca das questões aqui levantadas.

Estudiosos como Vasconcelos e Pasche (2006), Lobato, Giovanella e Mendonça (2008), Noronha, Lima e Machado (2008), Corbo e Morosini (2005), Silva e Lima (2005) e Baptista (2005), tem contribuído significativamente, mormente com as reflexões em torno do SUS e de seus princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização, regionalização, hierarquização, participação social). Daí a contribuição desses autores dar sustentação teórica ao nosso trabalho, bem como Franco e Merhy (2002, 2006), que trazem uma visão mais crítica acerca das políticas de saúde no Brasil e da formatação do SUS e do PSF, e também a contribuição de outros referenciais que são citados ao longo desse nosso caminhar.

Para fins desse estudo, nos detemos a compreender o princípio, conceitos e sentidos da *Integralidade* na atenção à saúde, como eixo central na reflexão acerca da humanização da assistência e do acolhimento como estratégia para se efetivar esse princípio tão abstrato e de difícil interpretação pelos gestores e trabalhadores do SUS. Para essa empreitada, nos baseamos nos escritos de Pinheiro, Mattos e colaboradores (2001, 2005, 2007) e Teixeira (2007).

Pensamos que as discussões trazidas pelos autores citados e outros, deram sustentação teórica ao nosso trabalho e também serviram como referencial para análise dos dados, pois todos caminham na perspectiva da superação do modelo procedimento-médico-centrado das práticas de atenção à saúde.

Iniciaremos nossas discussões partindo de conceitos acerca da humanização e acolhimento, trazidas por significativas contribuições de alguns estudiosos da temática.

2.1 Humanização e Acolhimento na produção da saúde.

Discutir o Acolhimento nas práticas de produção de saúde requer, necessariamente, refletirmos acerca da Humanização e da política proposta para esse tema. Também porque o Acolhimento é uma das diretrizes^a de maior relevância na Política Nacional de Humanização.

A reflexão em torno da humanização da atenção à saúde tem permeado com mais ênfase os serviços de saúde após a publicação da Política Nacional de Humanização (PNH).

A Política Nacional de Humanização foi instituída em 2003 com o objetivo de “deflagrar movimento ético, político-institucional e social para alterar os modos de gestão e os modos de cuidado em saúde” (BRASIL, 2010a). E tem compreendido, em sintonia com as discussões atuais nos espaços de gestão e acadêmico, que a atenção básica é espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública (BRASIL, 2010b, p.7).

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde,

Humanização é, assim, propositura para a criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. A inclusão está orientada para analisar e modificar práticas de gestão e de atenção, que se influenciam mutuamente; ampliar o grau de contato e de troca entre as pessoas (o que exige deslocamentos subjetivos e identitários) e aposta na capacidade de criar, de acionar vontade e desejo de fazer dos sujeitos. (BRASIL, 2010a, p.25).

Essa aposta em novos modos de promover cuidados em saúde se coloca como um grande desafio para os gestores, trabalhadores e usuários, pois, conforme vimos, “exige deslocamentos subjetivos e identitários”.

Nesse sentido, a humanização deve ir além de uma política, pois se configura como um “movimento que propõe a inclusão das pessoas para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos” (BRASIL, 2010a, p.25).

^a Diretrizes são as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido, por exemplo, da Clínica Ampliada, Co-gestão, Acolhimento, Valorização do trabalho e do trabalhador, Fomento das grupalidades, coletivos e redes entre outros. *Vide*: HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível no sítio do MS na internet.

A proposta da PNH é orientar a construção de novas práticas de saúde nos diversos níveis de atenção, inclusive na atenção básica, colocando o acolhimento na centralidade das práticas e da política.

Para Corbo e Morosini (2005, p.171), a humanização do atendimento remete-se à noção de cuidado, que, por sua vez, está diretamente relacionada à condição humana, ou seja, à necessidade de cuidados como algo que distingue o humano das demais formas de existência e que evoca questões éticas relativas ao convívio socialmente estabelecido, no caso do trabalho em saúde, incluindo, também, aspectos ligados à ética profissional. Trata-se do âmbito das relações humanas, do acolhimento do outro, do respeito à alteridade.

Segundo esses autores, através do estabelecimento dos vínculos de ordem afetiva e técnica se permite a construção de relações de responsabilidade e reciprocidade entre população e serviços de saúde, desde o encontro entre estes dois sujeitos: os que demandam os serviços e os que ofertam tais serviços.

Esses mesmos autores afirmam que a humanização, não só, mas principalmente, no caso da saúde da família, diz respeito também à continuidade do atendimento e à possibilidade de estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a população alcançada e de como esses vínculos podem apoiar a população no caso de necessidade de referência a outros níveis de atenção onde novos vínculos precisarão ser estabelecidos (CORBO; MOROSINI, 2005, p.171).

No que se refere à atenção básica, à Estratégia de Saúde da Família, a PNH propõe o exercício do método (inclusão dos sujeitos para a produção do comum), que deve ser orientado para a produção do acolhimento, da clínica ampliada, da cogestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2010a, p.25).

Para Benevides e Passos (2005a, p.563), a humanização se apresentava como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste processo. Conforme os estudos destes autores,

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p.563).

Benevides e Passos (2005) ainda advogam que discutir humanização no campo da saúde não pode ocorrer sem considerarmos a maneira como o tema está intrinsecamente ligado ao processo de constituição do sistema de saúde brasileiro. Segundo os autores (2005b, p. 391) trata-se de investir na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

Deslandes (2006) observa que os autores citados (Benevides e Passos, 2005) têm investido na reflexão sobre a humanização como uma dimensão de política pública e sua relação com o Estado. Para essa autora, discutir *Humanização* pressupõe também atribuir alguns conceitos do que seria *desumanização*, e apresenta alguns significados, como “tratar pessoas como coisas”, ou seja, não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica. Outro significado que a autora apresenta para desumanização seria ver a “pessoa como problema”, o que denota a perseverante prática em saúde de reduzir a pessoa doente à sua patologia (DESLANDES, 2009, p.37).

Conforme Deslandes, esses significados para desumanização são consequências de uma racionalidade científica específica, expressa no modo como a medicina constrói seu objeto e sua identidade como prática social.

Ainda para essa autora, refletir sobre humanização é também falar sobre o uso de tecnologias, pois, a humanização deve ser vista como “uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana” (DESLANDES, 2009, p.41).

Teixeira (2005, p.592) considera que a Atenção Básica tem algumas características que são relevantes para a proposta de Humanização, como sua extensão e capilaridade, que não encontra semelhança em outros serviços de saúde, bem como “a sua atuação referida às demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os ‘problemas da vida’ e a ‘patologia’ objetivamente definida” (TEIXEIRA, 2005, p.592).

O autor também considera que a Atenção Básica é um espaço privilegiado para as tecnologias leves (relacionais) que facilitariam a identificação,

elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais, e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, para lidar com “uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão” (TEIXEIRA, 2005, p.592).

Consideramos que a humanização da assistência passa pelo processo de construção de vínculos, e esse depende, necessariamente, do acolhimento ao sujeito que demanda o serviço de saúde.

Franco e Merhy (2006, p. 84) definem acolhimento como possibilidade de universalizar o acesso, com escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde dando-lhe “sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessário”.

Mângia *et al* (2002, p.19) consideram que a adoção da diretriz do acolhimento, facilita a obtenção de mudanças, tanto na postura da equipe como na organização do próprio serviço. Esses autores entendem o acolhimento como estratégia de relação com a demanda, configurada por uma forma diferenciada e singular de receber, compreender e relacionar-se com a clientela (MÂNGIA *et al*, 2002, p.16).

Assim, o acolhimento^b, como ação técnico-assistencial, deve fazer parte das práticas profissionais, individuais ou em equipe, sobretudo na atenção básica que é considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e tem na estratégia de Saúde da Família seu principal instrumento organizativo.

A Atenção Básica é compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, o que se apresenta ainda como um enorme desafio ao sistema de saúde e a implantação/efetivação do Acolhimento nesse nível de atenção, pode contribuir com seu fortalecimento, promovendo resolutividade.

^b No vocabulário DECs (Descritores em Ciências da Saúde) edição 2012, o termo Acolhimento é definido como “Estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos serviços de saúde, fundamentadas na ética e na cidadania”. Disponível em: <www.decs.bvs.br>.

Concordamos com Zimmermann (2010, p.119), quando diz que tratar do acolhimento pode nos auxiliar a pensar no modelo assistencial que almejamos modificar/construir e guiar novas práticas em saúde.

Também concordamos com Nery (2006, p.107) quando refere que estudar o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família apresenta-se como importante estratégia na consolidação do SUS, pois remete a reflexões a respeito das relações no cotidiano do trabalho em saúde, no compromisso com a demanda dos serviços de saúde em determinado território e com a realidade sanitária, na qual vivem as pessoas. Além do que o acolhimento se apresenta como possibilidade de reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de efetivação dos princípios do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (2010b),

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010b, p.18).

Segundo a PNH, o acolhimento como diretriz, pode se inscrever como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010b, p.18).

E, como ação técnico-assistencial o acolhimento,

[...] possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2010b, p.18).

Nesse sentido, buscamos focalizar nosso estudo no profissional enfermeiro que atua na atenção básica/Saúde da Família como elemento participante, organizador e promotor das práticas de saúde nesse nível de assistência.

Para a construção desse estudo, fizemos uma revisão na literatura, tanto nos livros publicados quanto nas bases de dados Literatura Latino-Americana em

Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), bem como no banco de teses da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), entre outras que encontramos nesse nosso caminhar para construção desse trabalho. Essa revisão de literatura teve como objetivo conhecer a produção científica nacional e internacional sobre a temática do acolhimento na atenção básica, a qual apresentaremos a seguir.

2.1.1 Revisão na Literatura – Acolhimento na Atenção Básica

A reflexão sobre o acolhimento enquanto diretriz ético-política do trabalho em saúde deve ir além da sua dita compreensão como mero instrumento organizador das práticas de saúde. O Ministério da Saúde (2010) brasileiro menciona que

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2010b, p.4).

Como já citamos, a prática do enfermeiro na rede básica de saúde pode se expressar através do uso de tecnologias relacionais, E nesse trabalho pretendemos tratar das tecnologias conforme as reflexões de Merhy (2006; 2007; 2008).

Cunha (2010, p.19), fundamentado em Campos (1997b), propõe a construção da Clínica Ampliada na atenção básica à saúde, que seria capaz de lidar com a singularidade de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção, pois para Cunha (2010, p.22), a capacidade de diálogo na atenção básica é realmente essencial – o que implica disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do *outro* e de seus saberes.

Para Assis et al. (2010),

[...] discutir a produção do cuidado em saúde e em especial na estratégia de Saúde da Família, requer uma análise crítica das práticas de saúde, de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção. (ASSIS et al., 2010, p.13).

A Atenção Básica deve garantir a efetividade dos seus princípios, tão bem afirmados na formulação da Política Nacional de Atenção Básica.

Nos diversos trabalhos analisados podemos notar a sintonia entre os autores ao referirem-se a estratégia de Saúde da Família. Necessário se faz salientar que alguns autores usam a terminologia Programa ao referirem-se a estratégia de Saúde da Família.

De acordo com Fracoli e Zoboli (2004, p.141), o PSF traz intrinsecamente “as potencialidades para se transformar em uma proposta de intervenção em saúde que busca essa atuação mais emancipadora e transformadora dos sujeitos”. No mesmo trabalho, as autoras falam do acolhimento, dizendo que “e ao optar pela instituição do *acolhimento*, como processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, incrementa essa potencialidade inicial”. Talvez as autoras tenham atribuído ao PSF e ao Acolhimento uma tarefa maior do que tenham, mas mostra uma visão otimista e positiva tanto desse nível de assistência, quanto do acolhimento, em sua relação com o sujeito-usuário.

Após realizar trabalho que teve como objetivo descrever como o acolhimento vem sendo desenvolvido e concebido nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Paulo, Fracoli e Zoboli (2004) concluíram que, mesmo implantando estratégias de acolhimento, a organização do trabalho ainda “está centrado na consulta médica, operando com o conhecimento clínico-biológico de cunho fisio-patológico, no qual as tecnologias leves assumem um papel secundário” (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Nesse trabalho foi constatado que o acolhimento se apresentou como um modelo clínico-biomédico, centrado na queixa-conduta e como uma forma de triagem apoiada em práticas conflitantes, e como uma atividade organizadora da porta de entrada da USF. Foi demonstrando também que a maioria dos trabalhadores não conhece os fundamentos do acolhimento, o que prejudicou a implementação dessa diretriz de humanização naquela unidade de saúde.

No trabalho de Souza et al. (2008) sobre o acesso e acolhimento na atenção básica, os autores também trazem uma concepção positiva quando dizem que,

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas (SOUZA et al., 2008, p.100).

Compreendendo a estratégia Saúde da Família com grandes possibilidades para se promover mudanças na saúde, os autores refletem que no contexto atual de construção do SUS, “é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde”. (SOUZA et al., 2008, p.101).

Outros trabalhos trazem uma visão mais crítica do PSF e do acolhimento. Oliveira, Tunin e Silva (2008, p.369) dizem que a estratégia do PSF vem mantendo a forma excludente de atendimento, no qual a prioridade é de quem chegar primeiro.

Schmith e Lima (2004) afirmam que o ponto mais importante do acolhimento, enquanto ferramenta de organização do serviço é reverter essa lógica. Os autores sugerem a aproximação da enfermeira com essas atividades a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos a partir do acolhimento e da construção de vínculos.

Segundo Coelho e Jorge (2009, p.1529), muitas vezes o que ocorre é um atendimento acompanhado de modos de atenção baseado apenas nas relações de queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários e fortalecendo a valorização da doença, não ocorrendo o estabelecimento do vínculo com acolhimento.

Barros e Sá (2010, p.2480) em estudo sobre o processo de trabalho em saúde na atenção básica, discutindo o vínculo e acolhimento num município de pequeno porte no interior do Estado do Rio de Janeiro, constataram que a USF não consegue absorver as demandas dos usuários nas situações agudas e, quando desperta para a baixa cobertura de ações programáticas, tem por hábito fazer atividades “campanhistas”.

Oliveira, Tunin e Silva (2008) em estudo de natureza semelhante desenvolvido no município de Juiz de Fora (MG) evidenciaram que apesar do PSF propor a operar uma mudança no modelo hegemônico de atenção à saúde, os

profissionais ainda tem uma prática que privilegia ações curativistas, centradas na produção do procedimento.

Os autores compreendem que tais ações fazem parte da produção do cuidado, porém devem estar combinadas com outras que visem à promoção da saúde. Nos achados, o estudo evidencia que o acolhimento tem contribuído para a humanização do atendimento, para o estreitamento das relações profissionais-usuários e intra-equipes.

Esses trabalhos têm demonstrado a complexidade do trabalho na estratégia Saúde da Família e sua relação com o acolhimento.

Medeiros et al. (2010) em seu estudo, fazem referência a necessidade de haver um espaço físico, uma estrutura que possibilite o acolhimento no âmbito da unidade de saúde, esses autores dizem que

Na UBS analisada, acolher do ponto de vista físico mostrou-se deficiente, necessitando de ampliação e implementação das condições existentes, representadas para os usuários especialmente pela simples disponibilidade de água potável na unidade e uma estrutura física mais adequada às necessidades do binômio profissional-paciente (MEDEIROS et al., 2010, p.412).

No entendimento de Scholze, Júnior e Silva (2009, p.307), o acolhimento não se limita a um espaço físico disponível ou a uma postura dos profissionais em seu trabalho na saúde, mas depende de uma organização multidisciplinar no serviço.

Para Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010),

Importante destacar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si o comprometimento de “abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010, p.2317).

Em estudo realizado por Takemoto e Silva (2007), os autores abordam o acolhimento e as transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas (SP), as autoras compartilham da noção de espaço intercessor, com encontro e negociação entre trabalhadores e usuários, e situam o acolhimento enquanto um modo específico de encontro. Adotam também o termo

acolhimento-diálogo, entendendo o acolhimento como uma rede de conversações, essa concepção foi trazido por Teixeira (2007).

Falk et al. (2010), em estudo realizado sobre o acolhimento como dispositivo de humanização na cidade de Porto Alegre (RS), identificaram que o maior significado dado ao acolhimento pelos trabalhadores é a possibilidade de encaminhamento a outros profissionais.

Brehmer e Verdi (2010) realizaram reflexão sobre o acolhimento na atenção básica, em cinco unidades básicas de saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis (SC), e constataram distorções conceituais e limitações operacionais na diretriz do acolhimento. Segundo os autores, o cotidiano das UBS revelou, nas percepções de seus protagonistas, um acolhimento aos usuários fragmentado, basicamente, em uma estratégia técnica de recepção, triagem e encaminhamento.

Um estudo recente de Backes et al. (2012) sobre o papel profissional do enfermeiro no SUS e na estratégia de Saúde da Família evidenciaram que o enfermeiro é reconhecido pela habilidade interativa e associativa, por compreender o ser humano com um todo, pela integralidade da assistência à saúde, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos, interagir diretamente com o usuário e a comunidade, bem como pela capacidade de promover diálogo entre os usuários e a equipe de saúde da família.

Em revisão sistemática da literatura sobre o acolhimento na estratégia de Saúde da Família, Santos e Santos (2011) concluíram que o acolhimento fortalece a estratégia, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o significado da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar, contribuindo significativamente para construção e consolidação dos princípios do SUS.

Nesta revisão de literatura, percebemos que existem vários trabalhos sobre o acolhimento na atenção básica e na estratégia Saúde da Família, contudo, ainda são incipientes os estudos que abordem essa temática na perspectiva do enfermeiro, o que reforça a importância e necessidade desse trabalho de pesquisa.

Também, faz-se necessário entendermos como a ABS está configurada em nosso País, os aspectos históricos de sua (re)organização e a complexidade e dinâmica que envolvem esse ponto de atenção à saúde. Nesse sentido, procuramos desenvolver essa discussão nas seções que se seguem.

2.2 A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde.

A formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa o resultado de um processo de lutas sociais e institucionais pela construção de uma política de saúde de caráter universal, que garantisse o acesso e atenção igualitária e integral às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos, buscando o direito humano à saúde.

O SUS é uma política recente, com pouco mais de duas décadas de existência. Apesar disso, foi capaz de institucionalizar um sistema público de saúde que apresenta resultados importantes para a sociedade brasileira. O SUS se constitui na política pública mais inclusiva praticada no Brasil.

Para Merhy e Franco (2002, p.120), a legitimidade do SUS reside no fato de ser uma proposta que contou com uma grande mobilização popular, mas que precisa dar o salto de qualidade para inverter o modelo assistencial.

O SUS tem como princípios, além do acesso universal e igualitário, a integralidade e a humanização da assistência, com prioridade para as ações preventivas, mas sem prejuízo das ações assistenciais (curativas). E, como diretrizes, a Constituição Federal de 1988 aponta para a organização do sistema, por exemplo, as seguintes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização e a participação popular.

Para Silva e Lima (2005, p. 43) a criação do SUS resulta basicamente de dois fatores fundamentais e interligados: a crise do sistema de saúde e o processo de lutas travado pelo Movimento da Reforma Sanitária no contexto de redemocratização da sociedade brasileira que ganhou força em meados da década de 80.

Franco e Merhy (2006, p.77) analisam que “os crescentes custos nos serviços de saúde tornaram-se perenes, em função da manutenção da hegemonia do modelo assistencial centrado no saber e atos médicos, procedimento centrados”. Conforme esses autores, “os modelos assistenciais são produtos sócio-históricos e, portanto, se viabilizam a partir de um certo ambiente institucional propulsor de determinada política para o setor da saúde” (MERHY; FRANCO, 2002, p.120).

Vasconcelos e Pasche (2006, p.532) relatam que uma realização importante deste processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, fato que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde

Vários autores (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2012; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; CORBO; MOROSINI, 2005; SILVA; LIMA, 2005) consideram que a instituição do SUS representa um marco na história das políticas de saúde no Brasil, pois desde então, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito de cidadania.

Para Franco e Merhy (2006, p.104), o SUS é também resultado e produto legal e institucional do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil que buscou maior grau de cidadania, na concepção de saúde como direito público.

A característica de universalidade imprime um caráter ético-moral, pois foi criado a partir das manifestações de um conjunto de necessidades sociais de saúde (BACKES et al., 2012).

Para Campos (1997, p.28) “o efetivo acesso de amplos contingentes populacionais aos serviços de saúde é sempre o resultado de conquistas arrancadas depois de anos e anos de pressão social” e pode também ser produto de iniciativas diretas do Estado, quando determinantes econômicos assim o impõem. Mas, mesmo nessas situações, não costuma haver um reconhecimento “espontâneo” e automático do direito à saúde (CAMPOS, 1997, p.28).

Franco e colaboradores (2009, p.29), coadunam com a ideia de que a constituição do SUS representa um avanço importante e bastante significativo para as práticas de saúde. Para esses autores,

A construção do SUS foi um acontecimento que produziu grande impacto no conceito de saúde, do direito à assistência, imprimindo na vida cotidiana dos serviços de saúde a ideia de cidadania. Trouxe à cena novos modos de trabalhar em saúde e, sobretudo, a compreensão de que o cenário de práticas dos serviços é multiprofissional, e o cuidado se constrói sempre em relação com o outro, seja um trabalhador ou usuário (FRANCO et al., 2009, p.29).

Ressalvas a parte, a trajetória de constituição do SUS vem no bojo da crise do capital, nela inserida também o setor saúde, e do processo de lutas sociais.

O primeiro grande desafio do novo sistema nacional de saúde, logo após sua instituição oficial, através das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90),

foi (e ainda é) a efetivação dos seus princípios doutrinários (universalização, igualdade e integralidade). As diretrizes organizativas do SUS também se apresentam como grandes tarefas para sua consolidação, desde a descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e a participação popular, além da resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência, da racionalidade de ações e de recursos, e a intersectorialidade das ações.

No entanto, é preciso atentar para o que Franco e Merhy (2006, p.119) nos alertam acerca das análises feitas sobre os problemas do SUS. Para esses autores,

Há uma tendência, em todas as discussões de análise do SUS, a circunscrever os graves problemas verificados na sua implantação, relacionados à conjuntura econômica. Geralmente, este é o argumento utilizado para formular, aprovar e implantar políticas de saúde excludentes, restritivas. O caso brasileiro registra significativo desfinanciamento do setor saúde, após a aprovação do SUS na Constituição de 1988 e isto tem servido como justificativa para as políticas racionalizadoras adotadas desde sempre (FRANCO; MERHY, 2006, p.120).

Discutir e analisar todos os desafios enfrentados e emergentes do sistema de saúde brasileiro não é tarefa desse estudo, mas, nesse momento nos debruçaremos sobre o princípio da universalidade e de como o SUS vem procurando estabelecer esse tão caro valor conquistado pela sociedade brasileira. Assim, vale a pena nos reportamos ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços** para a sua promoção, prevenção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011b, p. 7, grifo nosso).

Dessa forma, para garantir o princípio constitucional da universalidade, com acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, partiu-se da (re)organização da atenção à saúde tendo como alicerce do sistema a atenção básica.

2.2.1 Atenção Básica à Saúde como mecanismo de ampliação do acesso e reorganização da atenção à saúde.

Iniciativas de ampliação da cobertura da saúde no Brasil podem ser analisadas a partir da criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tinha como atribuições centrais o saneamento da região Amazônica e do Vale do Rio Doce, a prevenção e as investigações sobre a malária entre outras.

Segundo Corbo e Morosini (2005, p.158), foi a partir da década de 50 que o SESP “passou a desenvolver ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do país”.

Conforme Baptista (2005), as pressões por reformas na política de saúde possibilitaram mudanças concretas ainda nos anos 70, que se efetivaram de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário.

A autora cita, por exemplo, duas políticas que visavam o aumento da cobertura assistencial. Uma foi a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constitui em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma tendência à universalização da saúde. Outra foi a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste brasileiro e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde (BAPTISTA, 2005, p.24).

No entanto, é na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em Alma-Ata, cidade da antiga URSS, no ano de 1978, onde os princípios da atenção primária à saúde (APS) foram apresentados como o meio necessário à organização dos sistemas nacionais de saúde.

Diversos autores (PAIM, 2008; CORBO; MOROSINI, 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008) apresentam a conferência de Alma-Ata como o marco histórico mundial da Atenção Primária à Saúde e da ênfase nos Cuidados Primários em Saúde.

Para Giovanella e Mendonça (2008, p.579) a orientação da conferência era de uma APS ampliada, enfatizando que essa seria uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde.

O documento final da conferência de Alma-Ata em forma de declaração foi fundamental para a orientação dos países na organização dos seus sistemas de saúde, sobretudo no que tange os serviços de atenção primária à saúde. De acordo com a Declaração de Alma-Ata,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.1).

A formulação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde teve como uma de suas referências às discussões de Alma-Ata, com as particularidades da reforma sanitária brasileira. Também veremos mais adiante, que a organização da atenção básica no Brasil ocorreu em consonância com a Declaração de Alma-Ata, quando aborda os cuidados primários de saúde.

Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando **serviços de proteção, cura e reabilitação**, conforme as necessidades. Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da **distribuição de alimentos e da nutrição apropriada**, previsão adequada de **água de boa qualidade e saneamento básico**, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a **agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores** (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, grifo nosso)

Nesse trecho do documento, fica evidente a similaridade com os documentos oficiais brasileiros, como os artigos constitucionais que tratam da saúde (art. 194-200), as legislações estruturantes do SUS (Lei 8.080/90 e 8.142/90) e as portarias do Ministério da Saúde que tratam da Política Nacional de Atenção Básica, editada em 2006 e reformulada em 2011 (PT MS 648/2006 e 2.488/2011), no

tocante a integralidade das ações de saúde, a promoção das condições de vida e a intersetorialidade.

Faz-se necessário, para incrementar esse debate, trazermos algumas considerações que Merhy e Franco (2006, p.82) fazem a respeito da Conferência de Alma-Ata. Para esses autores, a resolução de Alma-Ata não propõe a alteração na micropolítica do processo de trabalho em saúde “no que diz respeito aos atos do cotidiano”, e “não se mostra potente para alterar o modelo assistencial”. Segundo os autores, é preciso acionar as potências das tecnologias presente no “trabalho vivo em ato”, rumo a um modelo centrado no usuário e não nos procedimentos ou mesmo na estrutura dos serviços. Para Franco e Merhy (2006, p.83),

Fica claro, portanto, que a adesão aos “Cuidados Primários em Saúde”, como proposto pela Conferência, se filia a uma concepção de que ao modificar a estrutura, os recursos em jogo e seus formatos, se modifica por consequência os modelos assistenciais e suas micropolíticas instituintes. No entanto, a realidade tem sido cruel ao demonstrar que, muito além dessas prerrogativas, é necessário um conteúdo novo, substantivo, que penetre de forma aguda nos valores e comportamentos presentes nos profissionais de saúde, especialmente do médico (FRANCO; MERHY, 2006, p.83).

As considerações trazidas por esses autores são necessárias para identificarmos nas propostas de Alma-Ata posições de cunho político e ideológico, pois o documento saído daquela conferência subsidiou a reforma no sistema de saúde e a reorganização da atenção básica no Brasil.

Desde a Declaração de Alma-Ata até a publicação da mais recente portaria ministerial que trata do assunto (PT MS 2.488/2011), a política de atenção básica vem sendo constituída no Brasil como a mais ampla política de atenção à saúde já implementada no país.

Conforme Corbo e Marosini (2005, p.164), no âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da Atenção Primária à Saúde^c é a atenção básica, sendo essa uma designação genuinamente brasileira.

^c A Atenção Primária à Saúde é um conceito que se refere a “Porta de Entrada” dos sistemas de saúde, ou seja, é o primeiro nível de contato e é muito utilizado em países como os EUA e Europa. Enquanto que no Brasil foi feito a opção pelo termo Atenção Básica, que além de abarcar o sentido de “Porta de Entrada” do SUS, vem também no sentido de uma mudança no modelo assistencial, superando o modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista. Atualmente vemos que a expressão Atenção Primária tem ganhado nova conotação pelo Ministério da Saúde e sendo inserido nos documentos oficiais.

A denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS), além de “construir uma identidade institucional própria” foi formulada com o objetivo de estabelecer uma diferenciação com a atenção primária de caráter seletivo, focalizado, com uma cesta restrita de serviços que se configura essencialmente como uma atenção ambulatorial, voltado principalmente para populações mais pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.619).

Para Giovanella e Mendonça (2008, p.619), a Atenção Primária à Saúde refere-se a um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominada de Atenção Básica à Saúde. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

A Atenção Primária à Saúde é uma denominação geral para atenção ambulatorial de primeiro contato que tem diferentes concepções em sua implementação. Referem-se também a atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.619).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reforça a definição de APS contida na Declaração de Alma-Ata, e propõe uma nova definição, onde considera o sistema de saúde como um todo, incluindo o setor público, privado e filantrópico. A Organização

[...] Diferencia valores, princípios e elementos; destaca a equidade e a solidariedade, e incorpora novos princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade. Ela descarta a noção de APS como um conjunto definido de serviços, uma vez que os serviços devem ser congruentes com as necessidades locais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007, p. 8).

Em meio a essas denominações, é preciso refletir para o que Paim (2006, p. 551) chama a atenção, ou seja, o fato que no Brasil, utiliza-se a expressão “atenção básica” em vez de “atenção primária”, reservando os termos “média e alta complexidade” para a atenção especializada e assistência hospitalar, como se a atenção no primeiro nível do sistema não fosse tecnologicamente complexa. Porém, a ABS lida com problemas não ou quase estruturados.

Para Silva e Lima (2005, p.44), “desde a criação do SUS, experimentam-se grandes avanços no âmbito das políticas públicas de saúde”, se comparado a períodos e propostas anteriores a sua criação.

Concordamos com esses autores, quando dizem que um desses avanços pode ser percebido pela ampliação da rede de ações e serviços de saúde à população brasileira, sobretudo após o processo de municipalização promovido com a Constituição de 1988. Os mesmos autores assumem que “tais avanços ainda estão longe de expressar a profunda e necessária transformação para que o SUS se torne efetivamente universal, igualitário, humanizado e resolutivo no enfrentamento dos problemas de saúde individual e coletivos da população” (LIMA; SILVA, 2005, p.45).

Bastante atuais, Lima e Silva (2005, p.45), afirmam que, em se tratando dos serviços de saúde, vivemos uma profunda crise nos serviços de atenção básica, “que em geral se encontram com problemas de diversas ordens, tais como insuficiência de recursos humanos e materiais, inadequação e degradação das instalações físicas entre outros” (LIMA; SILVA, 2005, p.45).

Porém, é preciso atentar para o que Franco e Merhy analisam^d, pois para esses autores, a mesma “intenção de cunho racionalizadora e voltada à ideia geral de ‘discriminação positiva’ ou ‘focalização’, parece estar inscritas nas propostas de Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e PSF”. (FRANCO; MERHY, 2006, p.95).

Podemos caracterizar a atenção básica de acordo com os conceitos trazidos por Starfield (2002, p.28), essa estudiosa estadunidense tem servido de referência para formulação de políticas e ações voltadas para a Atenção Primária à Saúde em diversos países do ocidente e em muitos estudos brasileiros. Segundo a autora,

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida

^d De acordo com esses autores, a Medicina Comunitária propõe a extensão dos serviços médicos, através da simplificação-ampliação das técnicas em jogo, com a participação da comunidade. Cuidados Primários em Saúde corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular (Silva Jr., 1998, p53-4). O PSF deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas.

como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p.28).

Conforme citado pela autora, a APS deve oferecer a entrada no sistema de saúde, devendo possuir capacidade para atender as demandas mais comuns da população, mas deve ser capaz de coordenar a atenção fornecida em outros pontos da rede assistencial, em como compartilhar características comuns.

Para operacionalizar os princípios do SUS, o modelo de atenção passou a ser pensado a partir da atenção básica, a qual cumpriria o papel de ordenadora e coordenadora do cuidado^e, além de porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Mesmo que aqui no Brasil podemos perceber que também há, informalmente, uma atenção primária seletiva.

A portaria nº 2.488 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, em substituição a portaria nº 648 de 2006 que tratava do mesmo assunto, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define esse nível de assistência da seguinte maneira:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a 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 do exercício 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, 2012, p.19).

Pelo documento ministerial percebemos, não obstante as semelhanças, que o primeiro nível de atenção no país foi idealizado mais amplamente que o preconizado para a atenção primária na Declaração de Alma-Ata e em outros países, como é o caso do *National Health Service* (NHS), o sistema de saúde do

^e Para aprofundamentos sobre a Atenção Básica/Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado, ver a Série Técnica da OPAS sobre as Redes de Atenção à Saúde: MENDES, EV. As redes de atenção à saúde, (2011); A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS-contribuições para o debate (OPAS, 2010); Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras (OPAS, 2011); e, MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família (2012).

Reino Unido, onde, segundo Giovanella e Mendonça (2008, p.592), apesar de guardar semelhanças com o SUS, tem um “serviço de primeiro contato com instituição de porta de entrada obrigatória (mecanismo de *gatekeeper*), considerada instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo generalista”.

Essa obrigatoriedade de “porta de entrada” pode prejudicar a relação entre os indivíduos e comunidade com o sistema de saúde, tornando-se excessivamente burocratizada.

Vimos que a atenção básica à saúde é estratégica para o SUS, e durante as duas últimas décadas vem se configurando como o principal elo entre os serviços e a população. Porém, sabemos também que a ABS não é, e não pode, se configurar como a única “porta de entrada” do SUS, devido, sobretudo a grande variedade de necessidades dos indivíduos e população. Assim, o SUS conta com outros serviços, como por exemplo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) e os serviços de urgência e emergência (Pronto-Socorro, SAMU, UPA, Hospitais).

No entanto, a “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde, como orienta a PNAB, deve ser a atenção básica pela “proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato preferencial da rede de atenção” (BRASIL, 2012, p.21).

Como resultado desse processo de reforma no modelo de atenção à saúde no país, é criado em 1991 o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)^f, configurando-se nos moldes da Atenção Primária seletiva, ou seja, com uma oferta limitada de ações e focalizada nas populações mais pobres.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008, p.600), “com atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e elenco restrito de ações, o PACS correspondia a um programa de atenção primária seletiva”. Os leigos citados pelas autoras eram as pessoas ligadas a Pastoral da Criança, líderes membros da comunidade que já exerciam algum tipo de trabalho junto à população, pois, na

^f Cf. Corbo e Morosini (2005, p.167), a implantação do PACS começou pelos estados da região Nordeste, mais precisamente no estado da Paraíba, priorizando as ações de informação e educação em saúde voltadas para a área materno-infantil. Posteriormente, com a entrada da cólera no país, os agentes comunitários de saúde (ACS) assumiram importante papel no controle e na prevenção da doença, estendendo suas ações para os estados da região Norte. Mas, segundo as autoras, a primeira experiência do trabalho dos ACS em ampla escala ocorreu no estado do Ceará no período compreendido entre 1987 e 1990.

concepção original desse programa, o agente comunitário de saúde (ACS) deve ser morador da comunidade onde trabalha, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e estar disponível para atuar oito horas diárias.

Através do PACS, o Ministério da Saúde institucionalizou as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, garantindo legitimidade à função de ACS. (CORBO; MOROSINI, 2005, p. 168).

Os agentes comunitários de saúde eram supervisionados por enfermeiros e se subordinavam às unidades básicas administradas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A implantação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.601).

No processo de consolidação do SUS, novos atores passaram a compor o cenário das práticas de saúde na atenção básica, tendo o agente comunitário de saúde como a grande novidade no campo da saúde no país, constituindo-se como uma proposta pioneira nesse nível de cuidados à saúde.

O ACS por ser um membro da comunidade onde reside e trabalha conhece de perto a dinâmica socio sanitária do território, podendo contribuir efetivamente com o diagnóstico dos problemas e necessidades locais, planejamento das ações, intervenções concretas e fortalecendo o vínculo entre serviço de saúde e a população.

Assim, a reformulação da Atenção Básica à Saúde no contexto de implantação e consolidação do SUS trouxe avanços significativos, mas também diversos desafios a serem enfrentados pelo sistema de saúde. Nesse sentido, cabe nesse trabalho, abriremos uma discussão acerca da principal ferramenta para reorganização da ABS no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, e é o que faremos a seguir.

2.2.2 Saúde da Família: de programa a estratégia de constituição de um “novo” modelo de atenção à saúde.

Com o êxito apresentado pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS⁹, em 1994 é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), ampliando a equipe, que passou a ser composta por auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico, mais tarde incluindo também a equipe de saúde bucal: auxiliar de consultório dentário, dentista e técnico de saúde bucal, incorporando o trabalho dos ACS e os princípios orientadores da atenção primária à saúde, mas com a característica própria brasileira.

De início, a implantação do PSF privilegiava os municípios menores e com baixos indicadores sociais e de saúde, mantendo ainda um elenco restrito de ações a ser ofertado à população, prevalecendo uma configuração de atenção primária seletiva e limitada a determinados grupos populacionais mais vulneráveis social, sanitária e economicamente. Giovanella e Mendonça (2008, p.604) lembram que “o PSF inicialmente foi implantado com programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial”. Para essas autoras,

A formulação do Programa Saúde da Família foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.601).

No que pese a sua acelerada implantação nos municípios de pequeno porte, Giovanella e Mendonça (2008, p.606) ressaltam que “sua implementação nos grandes centros urbanos foi lenta, pois se deparou com questões de maior complexidade, relacionadas à concentração demográfica”, por exemplo.

⁹ *Vide*: A evolução histórica da APS no Brasil. In: MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Este documento traz importantes considerações acerca da evolução da atenção básica, que denomina de Ciclos de Desenvolvimento, bem como o surgimento e importância do PACS.

Através do PSF ocorre a expansão da rede básica em todo o país, com estímulos financeiros preconizado nas normas operacionais^h editadas após a criação das leis orgânicas da saúde.

Com a intenção de se construir mudanças efetivas no acesso aos serviços e condições de saúde da população, o papel desempenhado pelo Estado foi fundamental para a extensão da cobertura dos serviços e ações de saúde aos municípios. Os municípios entram em cena para executar ações de saúde diretamente aos seus munícipes.

Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimento tático-operacionais que orientavam a operacionalização do SUS, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho. (BRASIL, 2011, p.52).

No entanto, Merhy e Franco (2002, p.121) questionam a indução do Ministério da Saúde ao PSF em detrimento de outras propostas modelos de atenção básica similares, onde esses “têm recebido tratamento de dissidentes”, ou seja, para esses autores a “indução” ao PSF tem características de “imposição”, pois “desincentiva” outras opções de organização da assistência.

Com isso, o Ministério da Saúde tenta engessar e impor aos municípios o modelo a ser seguido, negando a obviedade de que os modelos assistenciais eficazes são os que se adaptam às dinâmicas das realidades locais, e mesmo ferindo as autonomias governamentais dos gestores municipais (MERHY; FRANCO, 2002, p.121).

Consideramos importante fazer essa ressalva sobre as normas para que possamos compreender melhor os processos iniciais da instituição do Programa Saúde da Família e a própria conformação do SUS nacionalmente.

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passaram a ser elementos estratégicos permanentes para a consolidação do SUS.

O PSF expandiu-se ao longo da década de 1990 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do PAB variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento -, atingindo em 2007 mais de 90% dos municípios

^h As primeiras normas editadas foram a NOB 91 e a NOB 92, instituídas pelo INAMPS. Com a extinção desse órgão pela Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, o Ministério da Saúde passa a ser o único gestor federal do SUS. Embora o instrumento que formalizava as normas fossem portarias do MS, seu conteúdo era negociado entre o CONASS e o CONASEMS e eram pactuadas na CIT. Alguns autores explicam que cada norma avançou na definição de regras e exerceram papel importante para a implantação do SUS, sobretudo a partir da NOB 93.

brasileiros, com 27 mil equipes, e cobertura populacional de 46% (cerca de 87 milhões de habitantes) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.605).

Para Corbo e Morosini (2005, p.168), “o PSF surge no cenário brasileiro como um importante indutor de mudanças no modelo assistencial”. Segundo esses autores, é a partir de 1996 que o PSF passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, alicerçado na atenção básica. E é nesse período que o Ministério da Saúde começa a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma noção de “verticalidade e transitoriedade”, passando a utilizar a denominação de estratégia de Saúde da Família.

Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p.806) afirmam que sua implementação ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS. Esses autores dizem que o Saúde da Família surge como uma política nacional de saúde dentro de um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação com política prioritária do Estado brasileiro.

Essa análise feita pelos autores acima citados corrobora com outros Giovanella e Mendonça (2008) que compreendem que a trajetória do PSF contribuiu para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde, ordenando a demanda, direcionando o financiamento e conciliando os interesses organizados em torno da saúde.

Segundo Assis et al. (2010, p.28), o SUS vem na tentativa de construir um sistema com novas bases e que dê resolutividade à população. Para esses autores o Saúde da Família pode ser o principal mecanismo para viabilizar as mudanças almeçadas no sistema e nas práticas de saúde.

Um posicionamento mais crítico sobre o PSF é fornecido por Merhy e Franco (2002, p.118), esses autores dizem se espantar com setores que adotam como “ato inaugurador” do novo a “descoberta” deste programa.

Merhy e Franco alertam que a agenda que “colocou o PSF na ordem do nosso dia, não é tão isenta assim, e nem tão ingênua”, pois traz a “marca dos projetos neoliberais” (2002, p.118).

Talvez resida aí uma importante discussão entre os que desejam que o SUS e a Estratégia de Saúde da Família deem passos mais largos, quando dizemos que o sistema público de saúde e a atenção básica não devem ser projetos políticos “pobres para os pobres”.

Outra importante ressalva feita ao PSF por Franco e Merhy (2006, p.58) é a respeito da “dicotomia entre a Epidemiologia e a Clínica, como se a primeira fosse a parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporasse o mundo liberal, individualista”. Para esses autores essa secundarização da clínica restringe a utilização de toda sua potencialidade, “como forma de trabalho em saúde, também central para a produção dos serviços de saúde”. (FRANCO; MERHY, 2006, p.58).

Na primeira publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 é afirmado a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, perspectiva também reafirmada na mais recente PNAB de 2011.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família a re-orientação no processo de trabalho, conforme os preceitos constitucionais, os princípios do SUS e as orientações da atenção básica, requer dos profissionais e equipes de saúde uma concepção ampliada e integral da saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (2012, p.41) define atribuições comuns a todos os profissionais, entre elas, participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

A PNAB estabelece algumas características do processo de trabalho das equipes na Atenção Básica/Saúde da Família,

IV - **realizar o acolhimento com escuta qualificada**, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a **valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência** e com as condições de trabalho e cuidado, a **constituição de vínculos solidários**, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras (BRASIL, 2012, p.40, grifo nosso).

Além das instruções e normas instituídas para a mudança do modelo de atenção à saúde, como apresentamos e discutimos até o momento, faz-se

necessário repensar e reconstruir as práticas profissionais no campo da saúde, e em particular na atenção básica.

São inquestionáveis os avanços que a sociedade brasileira obteve com a criação do SUS, sobretudo nas macropolíticas, como bem afirma Zimmermann (2010), no entanto as questões das micropolíticas se apresentam como um grande desafio para o sistema de saúde. A autora diz ainda,

O SUS durante seus anos de existência progrediu muito em questões macropolíticas ampliando os níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, mas ainda persistem problemas. Em algum momento as questões micropolíticas foram deixadas de lado, mantendo em segundo plano os trabalhadores da saúde, as relações que se estabelecem entre eles e a própria lógica que rege essas relações e as práticas de saúde em si, gerando desencontros entre esses trabalhadores e seus saberes, desencontros com os usuários, desencontros com os próprios princípios do SUS e práticas de saúde degradadas, desumanas, descompromissadas com o outro e com o SUS. (ZIMMERMANN, 2010)

Em um estudo sobre a estratégia de Saúde da Família, Costa et al (2009) dizem que,

Apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos (COSTA et al., 2009).

Em outro estudo de Shimizu e Rosales (2009, p.426) sobre as práticas desenvolvidas na Saúde Família, as autoras analisaram as contribuições para a transformação do modelo de atenção à saúde, e uma das conclusões a que chegaram foi que,

Em relação a finalidade do PSF, depreendeu-se que as práticas desenvolvidas pela equipe do PSF têm contribuído para melhoria do acesso da comunidade aos serviços básicos de saúde. Além disso, tem modificado lentamente o modelo de atenção na AB, principalmente aproximando o serviço de saúde da população e introduzindo noções de prevenção e promoção da saúde da família (SHIMIZU; ROSALES, 2009, p.426).

Esse trabalho mostra que apesar de não fazer as mudanças de forma rápida, como a estratégia Saúde da Família tem contribuído ao menos para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde.

Em seu trabalho Tesser, Poli Neto e Campos (2012) demonstraram alguns resultados significativos do PSF quando afirmam que,

Com o SUS, vem ocorrendo uma progressiva expansão da cobertura da população brasileira em programas de atenção à saúde, ao mesmo tempo que se manteve a hegemonia do modelo biomédico na maioria dos programas ofertados. Isto vem acontecendo notadamente a partir da década de 90, com a expansão da rede básica estimulada pelo Programa Saúde da Família [...] (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2012, p.3616).

Mesmo compreendendo a importância e necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, sabemos que para que ocorra uma mudança mais significativa no modelo de atenção é imprescindível a incorporação de novas e efetivas práticas de saúde. Devendo haver uma apropriação, por parte de cada profissional, de uma concepção integral da saúde, que valorize as relações humanas em primeiro lugar, que tenha como centralidade a pessoa, secundarizando a doença e os procedimentos, sem excluí-los da relação usuário-profissional.

Conforme Merhy e Franco (2002, p.121), a transformação do modelo assistencial passa pela reestruturação produtiva na saúde. No entendimento desses autores, “reorganizar a produção da saúde significa alterar os processos de trabalho a partir da reinversão das suas tecnologias”, rompendo com o atual modelo que “se resume a realização de procedimentos centrados nos profissionais”.

Para Gondim et al. (2011, p.274) a estratégia Saúde da Família desconstrói o objeto de trabalho que não focaliza somente os problemas de saúde, mas também seus determinantes e condicionantes com a intenção de estimular a transformação da sociedade a partir de outra atitude frente aos problemas sanitários.

De acordo com Assis et al. (2010, p.14) a inversão do modelo de atenção constitui-se em tarefa de difícil execução, apesar de sua importância, pois percorre um caminho não-linear e requer mudança também na formação e que essa seja articulada com a prática, além tratar-se de projetos coletivos em que os sujeitos envolvidos com os cuidados em saúde (trabalhadores, gestores e usuários) sejam corresponsáveis no fazer saúde e trabalhem com a ideia de integralidade.

Nesse sentido, autores como Assis et al. (2010) e Gondim et al. (2011) destacam que um dos fundamentos e diretrizes do trabalho na Atenção Básica/Saúde da Família é justamente a coordenação da integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos

usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe. (BRASIL, 2012).

No entanto, no que pese a ampliação do acesso, com vista a universalização, Merhy e Franco (2002, p.119) questionam “onde estão as mudanças anunciadas?”. Esses autores nos convidam a uma importante reflexão, para eles,

Uma observação, por mais grosseira que seja no seu *locus* operacional, pode verificar que há uma defasagem entre o discurso mudancista e as práticas assistenciais que implementa, ou seja, mostra que não se tem conseguido realizar a missão prometida (MERHY; FRANCO, 2002, p.119).

Certamente que a partir do SUS, e em especial da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho em saúde ganhou nova conotação, os determinantes sociais da saúde passaram a ter maior visibilidade, as ações de promoção da saúde fazem parte do cotidiano dos serviços e o papel da equipe é valorizado e, dentro dela, cada profissional. Para a Política Nacional da Atenção Básica (2012)

A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012, p.22).

Com esse fundamento a PNAB pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012, p.22).

Concordamos que a Estratégia de Saúde da Família tem essa possibilidade, ou seja, alterar o enfoque das práticas de saúde e assim inverter o modelo de atenção e o processo de medicalização da sociedade. Mas, compreendemos que para isso é necessário haver significativas mudanças que ultrapassam o campo da saúde, carecendo de transformação na própria estrutura social, que envolve o sistema político e econômico em que estamos inseridos.

E, produzir o cuidado em saúde, muito mais que ações de saúde, requer uma abordagem profissional que “não se esgota na clínica, na epidemiologia e nem na vigilância à saúde”, pois segundo Merhy e Franco (2002, p.119), outros campos

de conhecimentos precisam ser mobilizados, que agem nos processos relacionais com o usuário, e que estão implicados com ações acolhedoras, de escutas qualificadas e co-responsabilizações e compromissos e que operam nos vínculos sociais. (MERHY; FRANCO, 2002, p.119).

Concordamos que

A produção de mudanças na organização dos processos e trabalho em saúde deveria favorecer que cada membro da equipe de saúde, sem deixar de ser trabalhador específico da saúde dotado de núcleo de competência e responsabilidade, fosse se singularizando em um processo coletivo de trabalho, diferenciando-se. Este deslocamento é fundamental para a construção de ação e projetos comuns (BRASIL, 2010a, p.24).

Compreendemos que o profissional enfermeiro tem potencial para mobilizar e disparar, juntamente com a equipe de saúde, processos de trabalho acolhedores, promovendo o efetivo cuidado às pessoas e comunidades, fortalecendo o campo comum do trabalho em saúde e ao mesmo tempo potencializando seu núcleo específico de competência.

A seguir, discutiremos o trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, e sua relação com a postura e prática do acolhimento.

2.3 O trabalho do Enfermeiro na Saúde da Família: aproximações e distanciamentos do acolhimento.

Para iniciarmos a discussão acerca do trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família é imprescindível trazermos as considerações que alguns estudiosos fazem sobre o trabalho em saúde. Não pretendemos fazer o resgate histórico das práticas do cuidado em saúde, mas discorrer sobre essas práticas na atual conjuntura e contemporaneidade em que elas e os serviços de saúde (ou comunidades) estão inseridos.

Conforme Pires,

O cuidar em enfermagem, em termos genéricos, tem o sentido de promover a vida, o potencial vital, o bem estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico, de conforto, de cura quando possível e, também, de preparo para a morte quando inevitável. No entanto, a prática

concreta da enfermagem nos espaços institucionais muitas vezes não corresponde a essa perspectiva, necessitando uma análise sob olhar de outra categoria teórica – a categoria trabalho (PIRES, 2009, p.742).

É importante salientarmos que não é apenas a enfermagem que tem como objeto central do seu trabalho o cuidado, segundo Pires (2009, p.742) outras profissões podem ter uma dimensão cuidadora. E o trabalho em saúde, exercido na contemporaneidade nos (e através dos) serviços de saúde institucionalizados, é essencialmente um trabalho em equipe, um trabalho coletivo.

Para Pessini (2000), citado por Mishima et al. (2003, p.139), “cuidar, mais que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante”. Nesse sentido, o cuidar em saúde é parte inerente do trabalho em saúde.

Mishima et al. (2003, p.141) falam da possibilidade de termos “como projeto de trabalho a produção do cuidado, buscando formas diferentes de manter uma relação de proximidade e atenção com o usuário”. Para esses autores, isso implica em um “repensar constante do trabalhador sobre suas tarefas, sobre o encaminhamento que está dando ao trabalho e seus próprios projetos” (MISHIMA et al., 2003, p.143).

Merhy e Franco (2008 p.431) advogam que

O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do trabalho em saúde: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos (MERHY; FRANCO, 2008 p.431).

Dessa forma, vale apresentar o que Pinheiro (2001, p.63) diz sobre as especificidades do trabalho nos serviços de saúde. Para esse autor o trabalho em saúde, como está configurado no mundo contemporâneo, produz atos, efeitos e objetos que nem sempre possuem uma forma material determinada, como uma mercadoria produzida pela indústria, por exemplo.

Para Merhy (2002; 2006) o trabalho em saúde tem como principal característica ser um *trabalho vivo em ato*ⁱ, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. O produto desse trabalho é consumido no momento mesmo de sua produção, sendo esse momento marcado pela “total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima”.

De acordo com esse autor, quando se trata de trabalho em saúde, “todo trabalhador exerce certo autogoverno em sua prática e pode gerar novas modalidades de produção do cuidado, podendo contribuir com uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo”. (MERHY, 2002, p.45).

Conforme Merhy (2006, p.83), para discutir sobre o trabalho em saúde, é necessário destacarmos três questões: uma sobre o trabalho vivo e o trabalho morto; a outra sobre a noção de tecnologia, e a terceira sobre a produção, consumo e necessidade.

Para esse autor, *trabalho vivo em ato* é o momento do trabalho criador, com intencionalidade e interesse. Já o trabalho morto, seriam todos os produtos-meios que estão envolvidos no processo de trabalho, como ferramentas e a matéria-prima, “que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho anteriormente realizado” (MERHY, 2006, p.83).

A segunda questão que o autor traz para contribuir nas análises do trabalho em saúde é a noção de tecnologia. Para Merhy (2002, 2006) vale observar que,

[...] a noção de tecnologia tem definição mais ampla da que pela qual corriqueiramente é trazida, pois não a confundo de maneira específica com equipamento e máquina, já que também incluo como tecnologia certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Desse modo, falo em tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002, p.44).

Merhy (2002, 2006) diz que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como leves, leve-duras e duras. As *tecnologias leves*

ⁱ Sobre a categoria Trabalho Vivo, o autor vai buscar em Marx K. em sua obra *O Capital* elementos para essa discussão. Aqui, partiremos das reflexões apresentadas por Merhy no livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (2002), onde o autor explora essa temática com bastante propriedade. Consideramos audácia retomar esse debate, visto que o autor já o fez com muita propriedade, apenas faremos algumas considerações.

seriam tecnologias relacionais do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho. Os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho, como a epidemiologia, a clínica médica seriam as tecnologias leve-duras. E os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais, seriam as tecnologias duras.

Num estudo de Cocco (1991, p.55), a autora discorre sobre as tecnologias duras e sua relação com o trabalho da enfermagem, e diz que

A tecnologia, que alcançou alto grau de desenvolvimento nas duas últimas décadas, tem forte influência no trabalho dos profissionais de saúde e de forma específica, no do enfermeiro. A tecnologia sofisticada na área de saúde, com aparelhos de custos elevadíssimos e que tornam-se rapidamente obsoletos servem geralmente a uma minoria, uma elite que dispõe de poder aquisitivo, para consumir este bem (COCCO, 1999, p.55).

Para Dias et al. (1996), a tecnologia em saúde, material ou não, compreende os saberes específicos, procedimentos técnicos, instrumentos e equipamentos utilizados nas práticas de saúde.

De acordo com Barra et al. (2006), a enfermagem encontra-se, atualmente, com um conjunto de tecnologias que podem ser cada vez mais desenvolvidas e especializadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano.

Esses autores dizem também que a enfermagem cresceu e desenvolveu-se juntamente com o advento da tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve. Portanto, consideramos que as tecnologias, e seu uso, são parte do trabalho em saúde e da enfermagem, não nos cabendo fazer-lhes oposição, mas sim discutirmos o melhor uso que os profissionais e os serviços de saúde fazem delas, e criticando a centralidade do trabalho em saúde a partir do uso exagerado e desmedido que atualmente se faz das tecnologias duras, colocando-as no centro das ações de saúde. É o que chamamos de hegemonia das tecnologias duras nas práticas de saúde.

De acordo com Martins e Albuquerque (2007) as tecnologias duras e leve-duras fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde, porém, segundo esses autores,

[...] elas não podem sobrepor-se às tecnologias leves (relacionais). Assim, percebemos uma urgência em qualificar os trabalhadores de saúde, na perspectiva de que estes compreendam e utilizem estas tecnologias, para

que a humanização da atenção à saúde efetive-se, de fato, em todas as instituições de saúde brasileiras (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

Além de trazer uma definição mais ampla de tecnologia em saúde, Merhy (2002, 2006) também traz algumas considerações sobre o trabalho em saúde, quando afirma em uma de suas teses que

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p.49).

É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos *intercessores*, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras.

O termo *intercessores* é trazido por Merhy (2006) da obra de Gilles Deleuze (1992)^j que será usado para designar o que se produz nas relações entre “sujeitos”, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os *inter* se colocam como instituintes na busca de novos processos.

Para Deleuze (1992, p.156) o essencial são os intercessores, esses são a própria criação e sem eles não há obra. Esse filósofo diz

Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. E mais ainda quando é visível (DELEUZE, 1992, p.156).

Trazendo os processos intercessores para o campo da saúde, Merhy (2002, 2006), nos chama a atenção para, neste tipo de processo, a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos,

^j Deleuze G. Os Intercessores. Na obra Conversações, com tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992, p.155-172.

para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos.

Sendo o trabalho em saúde uma prática humana intencional e interessada, Merhy diz que “temos de pensar sobre como o próprio homem se produz do ponto de vista de construir seus interesses e do modo como vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realiza-los” (MERHY, 2006, p.82).

Então, se considerarmos que o sentido do trabalho em saúde (e dos serviços, programas, políticas e sistemas) é de “se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo no seu modo de andar na vida” (MERHY, 2002, 2006), entenderemos que o homem molda sua forma de atuar, incluindo em sua prática o uso de diversos saberes, instrumentos, ferramentas e tecnologias.

Segundo Merhy (2002, 2006) parte essencial do trabalho em saúde seria tecnologia leve, produzida no ato da relação terapêutica. Estando o acolhimento inserido no âmbito dos processos relacionais, no terreno das tecnologias do encontro, das relações, da produção de momentos intercessores entre usuários-profissionais.

Feitas essas considerações discutiremos o trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

Essa discussão faz-se necessária já que a prática do enfermeiro na atenção básica, e em específico na ESF, pode melhor se expressar através do uso de tecnologias relacionais (leves), e sua utilização de forma qualificada, pode contribuir positivamente com a produção do *cuidado integral* e potencializar o cuidado de enfermagem.

De acordo com Feldman e Miranda (2002), a melhora do usuário pode resultar de determinadas atitudes assumidas pelo profissional durante sua consulta/intervenção. Sem, no entanto abriremos mão das tecnologias duras e leve-duras, também essenciais para a integralidade da atenção.

Sabemos que as condições de saúde e doença necessitam de um enfoque terapêutico ampliado, pois envolvem mudança na forma de viver, extinção de hábitos e comportamentos nocivos e que o indivíduo e comunidade assumam novas posturas, carecendo de uma abordagem profissional tanto relacional

(tecnologias leves) quanto a inserção de equipamentos ou máquinas (tecnologia dura) e os saberes estruturados (leve-dura).

O estudo de Almeida et al. (1997, p.62) aborda o trabalho do enfermeiro na rede básica de saúde, no qual afirma que “o trabalho de enfermagem tem se diversificado, indo desde o `cuidar´ de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde”. (ALMEIDA et al., 1997, p.62).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), compete ao profissional enfermeiro,

- I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012, P.46).

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família a responsabilidade do enfermeiro é ampliada, pois além da coordenação do trabalho de enfermagem, ou seja, de toda a equipe de enfermagem, cabendo-lhe também a coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde, o profissional enfermeiro também deve realizar consultas e procedimentos, além das atividades das demais atribuições que lhe são inerentes, bem como participar do gerenciamento da Unidade Básica de Saúde.

Podemos considerar que o trabalho em Saúde da Família ainda é recente no campo de práticas em saúde, em relação à atenção curativista e médico-centrado, por ser essa uma alternativa ao modelo tradicional de fazer saúde, configurando-se como uma nova maneira de atuar no cuidado à saúde, trazendo a proposta inovadora na atenção básica, que é a inserção do ACS, como já discutimos anteriormente.

Assim, é de fundamental importância que entendamos como vem se realizando essa “nova” forma de trabalho em saúde, o trabalho das equipes de saúde e nela o profissional enfermeiro, que assume funções importantes nessa estratégia. Nela, o enfermeiro desenvolve sua prática em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, assistindo diretamente as pessoas que necessitam de seus cuidados.

O interesse e a preocupação em estudar a prática de enfermagem não são recentes, como nos diz Almeida et al. (1997, p.103), o que a enfermeira e o pessoal de enfermagem fazem nos serviços de saúde sempre foi uma preocupação da enfermagem brasileira. Em estudo realizado os autores mostram que 39,2% do tempo de trabalho dos enfermeiros da rede básica correspondem a procedimentos de enfermagem e comunicação com a clientela.

Nesse sentido, é necessário que a prática do enfermeiro na estratégia de Saúde da Família seja fortalecida através do uso de tecnologias assistenciais que valorizem a vida, promovam saúde, previnam doenças e agravos, humanizem as relações entre os serviços de saúde e a população assistida, promovendo um cuidado integral e de qualidade.

A Estratégia de Saúde da Família sustenta-se na PNAB (2012) expressando sua intenção de organizar o processo de trabalho com base nas tecnologias relacionais quando diz que a atenção básica deve,

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, **acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização** pela atenção às suas necessidades de saúde; **o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde**, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva **receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços**, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de **acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva**, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. **A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade** são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012, p.20, grifo nosso).

Assim, queremos chamar a atenção para a importância de entendermos esse nível de atenção à saúde como aquele que está mais próximo das pessoas, de suas vidas cotidianas, seus sofrimentos e suas alegrias.

Pereira et al. (2009) reforçam a necessidade de (re)pensarmos o trabalho em saúde e especificamente o da enfermagem com base no princípio da integralidade da atenção, considerando a indivisibilidade das dimensões humanas, “como também a indivisibilidade das ações promoção, proteção e recuperação da saúde e a integração dos serviços que compõem o sistema de saúde” (PEREIRA et al., 2009, p.774).

Assim, nosso estudo se propôs a investigar como o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família concebe e pratica o acolhimento em seu fazer cotidiano.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Natureza do Estudo

Trata-se de uma pesquisa, de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva combinada com a proposta por Minayo (2010). De acordo com essa autora,

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

A autora também refere que a pesquisa qualitativa, “é também utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias”. E continua, dizendo que na pesquisa qualitativa também é importante a objetivação. Para Minayo (2010, p.57) a *objetivação* leva a repudiar o discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade, mas exige buscar formas de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa.

Concordando com Canzonieri (2010, p.38) quando diz que a metodologia qualitativa trata exclusivamente de significados e processos e não de medidas e sua pretensão é compreender, em níveis aprofundados, tudo que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou sociedade.

A mesma autora lembra que a escolha da metodologia não deve ser aleatória ou eliminatória, mas adequada àquilo que se deseja investigar para a obtenção de respostas ao problema levantado.

Essa pesquisa foi do tipo **exploratória** porque, segundo Canzonieri (2010, 47), envolve levantamento bibliográfico e entrevista com profissionais e, “visa tornar explícito o problema, construir hipóteses a serem pesquisadas ou conhecer os fatos e fenômenos relacionados ao tema”.

E foi **descritiva** porque buscou “descrever as características do que é pesquisado” (CANZONIERI, 2010, p.68), ou seja, o acolhimento na atenção básica, na percepção do enfermeiro.

3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca, Alagoas, por ser uma referência na organização da Atenção Básica à Saúde em nosso estado, possuir significativa ampliação da cobertura populacional pela estratégia Saúde da Família onde a presença do profissional enfermeiro nesses serviços é marcante.

A cidade de Arapiraca (2010) situa-se na região central do estado, no agreste, é o segundo maior município de Alagoas. Com uma população de 210.526 habitantes, sendo 170.530 na zona urbana (cerca de 80%) e 37.917 na zona rural (cerca de 20%). O número estimado de famílias é de 54.854. Arapiraca possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,656. Possui 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam 45 equipes de Saúde da Família, 06 equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e 34 equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura populacional de 81,9%, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)^k.

Optamos por realizar esse estudo na cidade de Arapiraca por termos contato direto, convivência e interação com a Secretaria Municipal de Saúde através de seus gerentes e gestores, além dos sujeitos da pesquisa, facilitando assim o êxito do estudo, o que justificou a seleção do espaço da pesquisa.

3.3 Participantes da Pesquisa

Os sujeitos desse estudo são os **enfermeiros da estratégia de Saúde da Família** do município de Arapiraca (AL). De acordo com o Departamento de Informática do SUS, o DataSUS (BRASIL, 2009b), o município de Arapiraca, onde realizamos o estudo, conta com 130 profissionais enfermeiros atendendo pelo SUS. Por se tratar de uma abordagem qualitativa de pesquisa social em saúde, Minayo diz que,

Na busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma

^k Dados extraídos da *Cartilha do Conselheiro de Saúde de Arapiraca/AL*, uma publicação da Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa – ASGEP – (2010), da Secretaria de Saúde.

representação. Seu critério, portanto, não é numérico, embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço (MINAYO, 2010, p.196).

3.4 Característica e tamanho da amostra

A população total é de 53 enfermeiros da estratégia Saúde da Família no município de Arapiraca/Alagoas, que compõe a rede de atenção básica à saúde.

Seguimos o **critério de saturação** para dimensionamento da quantidade de entrevistas. Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que se conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo (MINAYO, 2010, p.197).

Por se tratar de um estudo com abordagem metodológica qualitativa, a amostragem foi *Não Probabilística Intencional*, e seguimos o critério de saturação empírica. Esta cumpre duas funções, de um ponto de vista operacional ela indica qual momento o pesquisador deve parar a coleta de dados, evitando desperdício inútil de provas, tempo e dinheiro. Assim, quando não há dados novos acrescentados pelas aplicações sucessivas de entrevistas, o pesquisador pode compreender que a saturação empírica ocorreu.

Assim, nossa pesquisa compreendeu 08 (oito) sujeitos entrevistados, pois foi o suficiente para atingirmos a saturação empírica.

3.5 Recrutamento do sujeito e aquisição do TCLE

Cada enfermeiro foi visitado em sua respectiva Unidade Básica de Saúde (UBS), após contato telefônico prévio e visita em loco, onde lhe foi explicado a natureza da pesquisa e a dimensão ética em que ela acontece, em seguida foi convidado a participar da investigação, e aqueles que consentiram livremente em contribuir, lhes foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias para leitura, conhecimento, análise, tirar dúvidas e confirmação da decisão de participar, ou não, da pesquisa.

Após a concordância em participar do estudo, fizemos um levantamento do perfil dos entrevistados, entregamos um formulário para autopreenchimento, com

o objetivo de conhecimento das características dos mesmos, como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, dados de formação acadêmica e profissional (instituição de formação, tempo de atuação na atenção básica e na unidade onde atualmente exerce sua função, tipo de vínculo, renda mensal e a existência ou não de outros vínculos empregatícios). Esse perfil serviu para conhecermos um pouco mais dos sujeitos de nossa pesquisa.

3.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para compor os sujeitos desta pesquisa, e ser incluído como participante o enfermeiro, com vínculo de trabalho efetivo ou contratado, deveria ser atuante na Estratégia de Saúde da Família há mais de 03 (três) meses na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), e que aceitasse participar da pesquisa e esteja disponível para ser entrevistado.

E como critérios de exclusão:

- Atuar a menos de 03 (três) meses na Atenção Básica/Saúde da Família;
- Está atuando a menos de 03 (três) meses na UBS;
- Recusar-se a participar da pesquisa;
- Está em afastamento do trabalho na UBS, por férias, licença (maternidade, médica etc.) ou por outros motivos.

3.7 Produção das Informações obtidas

A obtenção das informações ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada (com roteiro prévio), aplicada a cada participante. Sendo utilizada a gravação por áudio por meio de gravador de voz. As entrevistas foram previamente agendadas, e o local de sua realização foi na UBS de atuação do participante em conformidade com o horário de sua preferência. Ocorreram em sala fechada, protegida de interferência externa, com duração máxima de 60 (sessenta) minutos.

Para a produção das informações, utilizamos como técnica de coleta de dados a **Entrevista Individual Semi-Estruturada**, elaborada para absorver novos temas e questões trazidas tendo em vista a subjetividades dos sujeitos

entrevistados. Conforme Minayo (2010), a modalidade de entrevista semi estruturada

[...] obedece a um **roteiro** que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na seqüência das questões, a entrevista semi-aberta facilita a abordagem e assegura, [...] que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2010, p.267, grifo nosso).

Como instrumento de coleta de dados durante as entrevistas, utilizamos um **roteiro flexível** (Apêndice) e as entrevistas individuais foram gravadas em aparelho (gravador de voz) com consentimento prévio dos sujeitos para posterior transcrição e análise com mais fidedignidade.

Assim, após transcrição integral das entrevistas, procedemos a uma leitura atenta das mesmas, comparando com a gravação para possíveis correções. Realizamos mais uma leitura das entrevistas, dessa vez para constituição de um *Corpus* onde fosse possível a identificação de exaustividade e representatividade para que pudéssemos identificar sinais de saturação.

3.8 Análise dos Dados e informações obtidas

Os dados são interpretados e analisados à luz do quadro teórico escolhido.

Para análise dos dados usamos da técnica de **Análise de Conteúdo**, pela análise categorial (ou análise temática), proposto por Bardin (2009) e definida pela autora como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

De acordo com Minayo (2010) operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas:

Primeira etapa: Pré-Análise

Consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa [...]. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: Leitura flutuante: do conjunto das comunicações. Constituição do Corpus, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade [...], representatividade [...],

homogeneidade [...], pertinência [...]. Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos, processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indicações iniciais [...].

Segunda etapa: Exploração do Material

A exploração do material consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador deve buscar encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado (MINAYO, 2010, p.316).

Para Minayo (2010, p.317) a análise temática é formal e “mantém sua crença na significação da regularidade”, remetendo “as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional”.

Dessa forma, nossa análise não se valeu meramente de operações estatísticas, mas procuramos analisar as falas em profundidade, buscando extrair as concepções, sentidos e significados, valores, crenças e opiniões. Tal como no estudo de Sakata (2009) que mesmo utilizando a análise temática não priorizou a análise estatística. Portanto, também em nosso estudo não tratamos os resultados a porcentagens, mas procurando “descobrir os núcleos de sentidos” que compuseram as falas dos sujeitos entrevistados, cuja presença ou frequência significassem alguma coisa para o objeto de estudo, conforme sugere Minayo (2010, p.316).

Em seguida, procedemos uma leitura mais detalhada das entrevistas, dessa vez explorando o material já mais organizado, onde classificamos por palavras ou expressões (frases) significativas. Então, partimos para o tratamento dos resultados, destacando falas e temas, fazendo as inferências necessárias.

Foi possível a construção de 05 (cinco) categorias temáticas: (1) concepções e entendimento acerca do acolhimento; (2) acolhimento na atenção básica: no fazer coletivo e individual do enfermeiro; (3) acolhimento à luz da Política Nacional de Humanização: orientações, adoção e capacitação; (4) limites e desafios para implantação e realização do acolhimento na ABS; e (5) o papel e contribuição do enfermeiro no acolhimento.

Analisamos as entrevistas individuais dos enfermeiros, tendo como referência teórica para análise da categoria Acolhimento, enquanto uma tecnologia leve (relacional), os estudos de Merhy, citados anteriormente. O Acolhimento como um dispositivo técnico-assistencial na atenção básica foi analisado a partir da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Básica. Também, no decorrer da análise foi possível buscarmos suporte em outros estudos,

de diversos autores, que julgamos fossem necessários para fundamentar melhor nossa caminhada.

3.9 Aspectos Éticos do estudo.

O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (Anexo). Encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino (COEPE) do Centro Universitário CESMAC, por se tratar de pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. E, após o parecer (Protocolo nº 1589/2012) do Comitê de Ética em Pesquisa procedemos conforme as devidas recomendações e iniciamos a etapa de coleta de dados, onde os participantes receberam as orientações sobre os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em linguagem clara e acessível. Os participantes foram tratados em sua dignidade e respeitada a sua autonomia, garantindo o anonimato, sendo apresentados por siglas (iniciais do nome).

A seguir, apresentamos e discutimos os resultados da nossa investigação.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta e discute os resultados a partir das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa, ou seja, os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Arapiraca-AL.

Inicialmente apresentaremos as características dos sujeitos da pesquisa, em seguida a análise das entrevistas.

Os sujeitos foram identificados com uma numeração, correspondendo à ordem das entrevistas, por exemplo: o primeiro entrevistado será o Enf01, o segundo entrevistado Enf02 e assim sucessivamente.

Dos oito entrevistados, sete são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino, o que representa a divisão sexual da categoria de enfermagem, mesmo sabendo que vem ocorrendo um maior ingresso de homens no quadro profissional da enfermagem nos últimos anos. Em virtude da maioria absoluta dos sujeitos serem do sexo feminino utilizamos, em algumas circunstâncias, as expressões também no feminino, mas procuramos frequentemente utilizar os termos “sujeitos” ou “entrevistados”.

A média de idade das entrevistadas é de 34 anos, variando de 25 a 43 anos. Dessas apenas dois dos sujeitos são solteiros, os demais casados, onde prevalece uma média de 1 a 3 filhos. A religião predominante entre os sujeitos da pesquisa é a católica, com cinco representantes, seguida da evangélica com dois representantes e apenas um se declarou espírita.

Quanto ao tempo de graduação variou de 3 a 15 anos de formado. A instituição formadora que prevaleceu foi uma instituição privada do estado de Alagoas, com quatro egressos, seguida da instituição pública federal com dois egressos e as demais se graduaram em instituições de outros estados (Pernambuco e Paraíba).

Com relação à pós-graduação, seis dos entrevistados disseram possuir especialização (dois em enfermagem do trabalho, um em urgência e emergência, um em médico-cirúrgica, um em saúde pública e um em enfermagem em saúde coletiva), e dois disseram não possuir nenhum curso de pós-graduação.

A tabela 01 demonstra algumas características profissionais dos sujeitos, como tempo de atuação na Atenção Básica, na UBS, tipo de vínculo e outros empregos.

Tabela 1 - Características profissionais dos sujeitos, Arapiraca-AL.

Enf.	Tempo na Atenção Básica	Tempo na UBS	Tipo de vínculo	Outro Emprego	Na saúde	Área
01	01 ano	01 ano	Contrato	Sim	Sim	Hospitalar
02	13 anos	13 anos	Efetivo	Não	-----	-----
03	10 meses	10 meses	Efetivo	Sim	Sim	Hospitalar
04	06 anos	06 meses	Efetivo	Sim	Sim	Hospitalar
05	13 anos	09 anos	Efetivo	Não	-----	-----
06	05 anos	04 meses	Contrato	Não	-----	-----
07	14 meses	14 meses	Contrato	Não	-----	-----
08	09 anos	06 anos	Efetivo	Não	-----	-----

Fonte: Autor, 2013.

Como demonstrado na tabela acima, a maioria dos sujeitos da pesquisa tem como ocupação exclusiva o trabalho na estratégia Saúde da Família, três dos entrevistados possuem outro vínculo empregatício. Cinco dos entrevistados foram admitidos por concurso público, os demais (três) possuem o contrato como forma de admissão, o que pode demonstrar apreensão pela situação de instabilidade.

Assim, caracterizamos os sujeitos do nosso estudo como um grupo jovem, tanto do ponto de vista de idade quanto do tempo de formação, como também de tempo de trabalho na ESF. De maioria absoluta do sexo feminino, de religião católica, pós-graduados, mas não com ênfase na atenção básica, com único emprego, e os que detêm outros empregos também se encontram no campo da saúde, de predominância hospitalar. Há predomínio de graduados em instituição privada de ensino.

Passaremos agora para apresentação e análise das entrevistas que, após leitura exaustiva, exploração e tratamento do material coletado, possibilitou a evidenciação de cinco categorias de análise: (1) concepções e entendimento acerca do acolhimento; (2) acolhimento na atenção básica: o fazer coletivo e individual do enfermeiro; (3) acolhimento à luz da Política Nacional de Humanização: orientações, adoção e capacitação; (4) limites e desafios para implantação e realização do acolhimento; e, (5) o papel e contribuição do enfermeiro no acolhimento.

Tivemos a cautela de evitar a reprodução demasiada das expressões “aí”, “né”, “assim” e outros vícios de linguagem, como forma de tornar a leitura e análise das falas mais objetiva, procurando não perder ou abdicar da subjetividade contida nas falas, nas pausas, expressões e momentos de reflexão e dúvida.

4.1 Concepções e entendimento acerca do Acolhimento.

A partir das questões disparadoras contidas no roteiro da entrevista semiestruturada, podemos absorver e interpretar as falas, conhecendo as concepções e entendimentos dos sujeitos acerca do acolhimento.

Bom, acolhimento na minha concepção é atender ao indivíduo como um todo, não só olhar a questão saúde dele, mas sim a questão dele no geral. (Enf01)

Acho que acolhimento é a forma do recebimento do paciente, usuário no serviço (...) é a forma de receber o usuário, possibilitar o atendimento dele no serviço, acredito que é o primeiro contato que ele tem com o serviço. (Enf03)

É a forma com que a gente recepciona aqueles usuários, a gente atende é a forma com que a gente trabalha as necessidades do usuário. (Enf04)

As falas vão desde uma visão mais ampla acerca do acolhimento, como uma ideia mais restrita do mesmo enquanto recepção. Corroborando com alguns autores como Fracolli e Zoboli (2004) e Brehmer e Verdi (2010) que tratam da questão e encontraram concepções e entendimentos semelhantes em outros estudos que fizeram tais interrogações aos profissionais da atenção básica. No entanto, mesmo os entrevistados concebendo o acolhimento como uma atitude de recepção do usuário ao serviço, há também um entendimento de que acolhimento é mais que uma mera ação de recepcionar, atender ou realizar triagem, como indicam outras falas.

Bem, o que eu entendo por acolhimento é você acolher de forma humanizada toda e qualquer pessoa que procurar a unidade básica de saúde, independente de sua classe, cor, raça, questão social. É você acolher bem aquele que procura o serviço para o atendimento. (Enf02)

Para mim o acolhimento tem que ser um acolhimento inteligente, eu digo assim, o inteligente é o que? Realmente você aceitar a pessoa como ela vier e dar o retorno pra ela, porque muitas vezes você não

tem um retorno imediato, mas você tem pelo menos o encaminhamento desse retorno, então ele tem que ser bem inteligente de acordo com a necessidade e acolher a todos com equidade. (Enf05)

Receber, aconchegar, né. Receber da melhor forma possível o outro, seja este paciente, seja este usuário, como assim a gente queira chamar. Mas é receber da melhor forma possível, abrir os braços para ele. (Enf08)

As concepções e entendimentos acerca do acolhimento corroboram com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p.19) quando diz que “o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação” da intencionalidade do ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

O acolhimento é difícil à gente explicar com palavras, mas o acolhimento é a gente estar pronto para receber a pessoa, não como um paciente, mas a pessoa com um todo, está preparado para atender da melhor maneira possível todas as suas necessidades. (Enf01)

A dificuldade em definir é expressa nas falas dos entrevistados, entendendo o acolhimento de forma genérica, porém o essencial é o entendimento, a compreensão do que seja o **acolhimento** ao usuário, numa perspectiva de humanização, de integralidade e equidade na atenção à saúde.

[...] acolhimento é tudo aquilo que você faz relacionado ao paciente, desde uma informação ao seu atendimento, a um curativo realizado, a um exame marcado, a uma avaliação de exame. Então é qualquer coisa que se destine ao paciente, na medida em que ele procure a unidade de saúde. (Enf02)

Receber todo e qualquer usuário da rede SUS dentro da minha área de abrangência, informa-lo e fazer toda atenção necessária pra que seja resolvido o problema individual dele, individual e até familiar. (Enf05)

Merhy (2002, 2006) diz que é neste encontro do trabalhador com o usuário que se dá o *trabalho vivo em ato*, onde se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento. Para Franco, Andrade e Ferreira (2009),

O encontro do agente produtor, com suas ferramentas tecnológicas, com o agente consumidor torna o usuário um sujeito que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, também expressões no modo de sentir e

elaborar necessidades de saúde, para a realização de um produto, finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes (produtor/consumidor), que podem até mesmo coincidir (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009, p.134).

Questionados sobre o conhecimento acerca das diretrizes do acolhimento para a Atenção Básica obtivemos a maioria das respostas negativas.

Não, eu ainda não conheço não, eu já ouvi falar, conhecer mesmo, não. (Enf06)

Não, as diretrizes eu não conheço. (Enf03)

Não, só algumas. (Enf04)

Levando-nos a fazer uma pergunta complementar, buscando as razões para o desconhecimento dessas diretrizes.

Talvez falta de tempo, de parar para pensar, não eu preciso estudar sobre isso, eu já tentei em alguns momentos parar aqui para ler os dois manuais que tinham me entregue, mas não consigo. Talvez até a própria secretaria não prioriza isso, passar de uma forma mais prática, também pra gente. (Enf03)

Eu acho que talvez seja prioridade, muitas vezes não é essa. A nossa prioridade é fazer a produção, é praticamente, vamos dizer sinceramente números. Da gestão também, se a gestão prioriza, a gente não pode fugir. (Enf05)

Eu acho que assim, aqui no município (...) não estão ainda, esse ponto de chegar a trabalhar essa parte que ministério tá pedindo, ainda não. (Enf06)

Os entrevistados atribuem o desconhecimento a sua própria falta de prioridade como também a falta de priorização da temática por parte da gestão municipal. Essa negatividade deve ser revertida em reflexões e ações visando à superação desse estado de desconhecimento.

Nas unidades de saúde visitadas para fins de realização das entrevistas, observamos que há intencionalidade, por parte do serviço, em qualificar esse primeiro contato com o usuário, já que no saguão de entrada das unidades existe um grande *banner*, onde descreve a oferta de ações, procedimentos e serviços disponíveis na UBS, e a primeira ação é denominada como ACOLHIMENTO.

No entanto, a Política Nacional de Humanização (2010b) orienta que o conceito de acolhimento não deve se restringir ao problema da recepção, mas que deve ser tratado como “um regime e afetabilidade aberto a alterações, como algo que qualifica uma relação”, devendo ser trabalhado, não apenas na recepção dos

serviços, mas em todo e qualquer encontro do usuário. “O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2010b, p.16).

No decorrer da análise das falas percebemos que mesmo havendo essa intencionalidade, os trabalhadores daqueles serviços não passaram por um processo de formação, (capacitação, treinamento, oficina, por exemplo) que pudessem entender afinal o que seria o acolhimento em sua UBS, e os enfermeiros entendem que o acolhimento seria o ato de receber o usuário. O que não estão no todo equivocados, pois conforme a Política Nacional de Humanização,

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre os trabalhadores de saúde e os usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). (BRASIL, 2011a, p.19).

No estudo de Damasceno et al. (2012) foi considerado, a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa, que os mesmos compreendem o acolhimento realizado na UBS como uma forma humanizada de receber o usuário, por meio da escuta, da conversa e da tentativa de resolver os problemas apresentados. Nesse mesmo estudo também é sugerida a criação de um ambiente adequado ao acolhimento, que permita um atendimento individualizado e, por conseguinte mais humanizado, sugerida a criação de um espaço físico reservado e equipado para o acolhimento, corroborando com Coelho e Jorge (2009) que também aludem a necessidade de implementação do espaço físico, do ponto de vista da ambiência, na perspectiva de promover um ambiente acolhedor.

Em todo esse contexto de intencionalidades e ações, o que entendemos é que se faz necessário qualificar o contato com o usuário por meio do acolhimento enquanto um ato intencional de cuidado. Devendo haver, também, a qualificação dos profissionais (e das equipes) com vistas a entendimento e operacionalização da PNH, potencializando os trabalhadores da atenção básica/ESF para atuarem no campo das tecnologias relacionais, efetivando encontros positivos com os usuários.

Por fim, analisando as falas das entrevistadas evidenciamos que as mesmas entendem o acolhimento como uma forma de receber, atender, de escutar, de cuidar dos usuários que buscam o serviço de saúde, entendendo que essas ações devem ser realizadas por todos os membros da equipe de saúde, em

qualquer momento de encontro com o usuário e suas demandas, visando o atendimento integral.

4.2 O Acolhimento na Atenção Básica: no fazer coletivo e individual do enfermeiro.

No sentido de identificarmos como o enfermeiro realiza o acolhimento em sua prática cotidiana na unidade de saúde, seja individual ou no trabalho em equipe, algumas questões emergiram das entrevistas. As falas revelaram duas subcategorias: a **realização do acolhimento na Unidade Básica de Saúde**, pela equipe e, pelo **profissional enfermeiro**.

Analisar como o acolhimento ocorre no contexto da unidade de saúde nos ajuda a entendermos a concepção e o entendimento dos enfermeiros acerca do mesmo, bem como se este *fazer* encontra ressonância na Política de Humanização.

4.2.1 A realização do acolhimento na Unidade Básica de Saúde.

Procuramos identificar nos relatos dos sujeitos como a equipe de saúde realiza o acolhimento no cotidiano da Unidade Básica de Saúde.

É feito inicialmente uma triagem, para primeiro orientar o pessoal do almoxarifado, do pessoal do almoxarifado vai para um técnico de enfermagem, aí de acordo com as necessidades eles já são instruídos a passar para a gente, e então os pacientes, como em Unidade Básica de Saúde nós conhecemos praticamente todos, a gente deixa em aberto para qualquer necessidade ele vir na sala da gente, bater na porta, de acordo com a necessidade que ele tem e a partir daí a gente ver qual o procedimento a ser tomado. (Enf01)

O primeiro contato do paciente, o paciente entra na unidade, o primeiro canto que ele procura, já é de costume, é o arquivo. Então assim, eu tenho muito cuidado com essa parte do acolhimento na unidade, principalmente com a recepção. Com as meninas da enfermagem, pra tá sempre tendo cuidado quando for fazer avaliação do paciente, às vezes o simples fato de medir, de pesar, de verificar uma pressão, uma temperatura. Mas, quando o paciente ele é bem recebido, ele é bem acolhido, pra ele já se foi a metade do problema que ele tinha. Então assim, eu tenho muito cuidado, principalmente com a recepção da unidade, que é o nosso arquivo. (Enf02)

Apesar de retomada constantemente a concepção de acolhimento enquanto recepção do usuário. No entanto, podemos perceber a disposição em ouvir, mesmo que sejam prioritariamente as queixas dos usuários, em se dispor para o inesperado, para o que emerge da comunidade, do indivíduo, da pessoa que procura o serviço, independente de um processo de marcação de consulta, de uma burocracia interna e própria do serviço.

Assim, de teoricamente seria através dos técnicos de enfermagem né, que ficam na nossa porta de entrada, tentam fazer a triagem, receber o usuário pra conhecer qual é a queixa, por que é que veio e passa pra gente, mas na prática assim, dependendo do usuário ele já vem direto para cada um, cada profissional, eu recebo muita gente aqui diretamente. (Enf03)

O acolhimento é realizado por todos os profissionais, que estão na unidade no momento. Então o usuário chega, é recebido na recepção da unidade, da recepção da unidade ele vai ser encaminhado para o setor que naquele momento a sua necessidade requer. Então, o paciente chega é acolhido, se ele vai para o dentista, ele passa numa pré-consulta, se ele vai pra enfermeira ele passa por uma pré-consulta, numa consulta médico também, ou apenas se ele quer unicamente uma informação, ele ali mesmo na recepção da unidade ele obtém aquela informação que ele foi buscar na unidade de saúde. (Enf08)

A orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) é que as Unidades Básicas de Saúde planejem suas ações, programem seus procedimentos, mas que,

[...] apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-socorro), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. (BRASIL, 2011a, p.20).

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999, p.347), o acolhimento enquanto diretriz operacional dos serviços de saúde deve 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.

Eu procuro ouvir bastante, eu acho que o essencial no acolhimento é você ouvir além da queixa, além do que ele diz, e acredito e que seja isso. A escuta é fundamental para um bom acolhimento. (Enf03)

Hoje a gente tem como porta de entrada o auxiliar de enfermagem, ele faz uma avaliação do paciente e encaminha pra onde for, eu

tenho também a assistente social, ela ajuda e temos também as nossas educação em saúde, tanto aqui, como também na comunidade, que a gente trabalha muito o conselho local, isso também ajuda, que a gente informa ao paciente lá, traz esse direcionamento todo, o que fazer, porque não está dando assistência nessa área, o que está faltando. (Enf05)

A importância da interação com a comunidade assistida é trazida nesse relato do Enf05, bem como a importância do conselho local no processo de informação e comunicação com a comunidade e os serviços de saúde.

Indagados sobre quem da equipe realiza o acolhimento e como se dá o envolvimento da equipe nesse processo, os relatos vão ao sentido de identificar tanto o profissional ou a categoria, como todo o conjunto da equipe de saúde.

É o Técnico de Enfermagem, inicialmente. [...] a partir daí o técnico tem abertura e espaço com a gente para qualquer situação ir até nossa sala e informar o porquê dessa pessoa ter procurado e a partir daí a gente tomar os procedimentos cabíveis. (Enf01)

Seriam os técnicos de enfermagem. Assim, a partir do momento que ele escuta a queixa, o motivo da vinda à UBS eles já nos procuram, passam o caso e normalmente assim acredito que aqui tenha um acolhimento bom. Se envolvem, acredito que se envolve todos, a questão da marcação, o pessoal que fica no balcão e todo mundo acaba acolhendo né? (Enf03)

Mais o auxiliar e o técnico. Algumas vezes o profissional médico, é o único que fica mais de fora é o médico, a parte de enfermagem toda a gente tem que entrar, por que se não, geralmente a gente da o direcionamento como ser feito isso. A direção, quem tá na direção, independente do profissional. Os odontólogos se envolvem. Quem menos atua, que atua algumas vezes é só o médico. Mas a equipe inteira, todo mundo tá sempre...(Enf05)

Geralmente num primeiro momento são as técnicas [de enfermagem]. (Enf07)

A equipe de enfermagem, através dos auxiliares e técnicos, exerce papel fundamental no primeiro contato com os usuários nas unidades de saúde. No entanto, também emergiram falas que mostram um entendimento de acolhimento enquanto uma postura a ser adotada por todos os profissionais.

Todo mundo. Eu acho que o acolhimento ele tem que ser realizado desde a porta de entrada da unidade, pelo pessoal do arquivo, pelo pessoal da pré-consulta, os nossos os técnicos de enfermagem, bem como por cada profissional que vai atender, seja médico, seja enfermeiro, seja assistente social, né? (Enf02)

Aqui a gente já se tem um contato enquanto família, já estamos há treze anos nessa unidade, praticamente com a mesma equipe, então temos toda a liberdade, em nossas reuniões de sentar, de conversar e sempre bater em cima dessa tecla de acolhimento. Então assim, tanto nossos médicos, como enfermeiros, nossos técnicos de enfermagem, nosso pessoal do arquivo sempre são bem trabalhados em relação ao acolhimento na unidade. (Enf02)

Eu acho que toda equipe. [...] Nós procuramos fazer reuniões mensais na nossa unidade, onde nós seguimos um protocolo [...] temos aqui as nossas rotinas, as nossas regras, onde a gente tem horários de chegada, aonde o paciente vai primeiro, pega sua ficha, o paciente passa primeiro numa pré-consulta, depois ele é encaminhado ao consultório, onde ele já estar marcado anteriormente, após a consulta, seja ela com o enfermeiro, médico ou dentista, ele pode passar pela farmácia, pode passar pelo assistente social ou vai ser recebido pelas meninas para fazer marcação de exames ou fazer uma citologia, e assim, sucessivamente. Na verdade o acolhimento passa por praticamente todos os profissionais. (Enf04)

Acho que todos da equipe aqui, não vejo uma pessoa só. (Enf06)

Todos os profissionais, todos. Na realidade a gente hoje tem uma certa dificuldade em acolher como o Ministério da Saúde solicita, porque muitas vezes a gente tem muitas atribuições, não só enfermeiro, não tô me referindo só ao enfermeiro, mais a todos os profissionais que estão na unidade de saúde. Então, são tantas atribuições, que o acolher não é feito de forma adequada. Mais todos os profissionais unidade básica de saúde acolhem, podem fazer o acolhimento. (Enf08)

A Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012) atribui a todos os profissionais da equipe de atenção básica a participação no acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde.

Compreender o acolhimento como uma atitude de cada profissional individualmente, de todos os membros da equipe de saúde e também de todo o conjunto da equipe é de fundamental importância para a criação e fortalecimento de uma cultura institucional (no interior dos serviços de saúde) de que o ato de cuidar deve ser expresso nas práticas de todos os sujeitos que trabalham no setor saúde, independente de sua formação, função ou cargo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) a grande maioria das situações “o primeiro contato dos usuários que procuram a unidade de saúde se dá com os profissionais da recepção, que na maioria das vezes não tiveram formação específica para atuar na área da saúde”, precisando ser envolvidos em reuniões (e também capacitações) que tiverem como foco a organização da unidade e da rede, bem como à escuta às pessoas.

Ayres (2009) advoga que

A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2009, p.37).

Porquanto, Merhy (2002; 2006) diz em cada contato do usuário com o serviço de saúde, há o estabelecimento de uma relação de troca, um encontro, a construção de um espaço intercessor.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999),

Olhando esses momentos – pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde – são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.346).

De acordo com esses autores a ação cuidadora ou mesmo o acolhimento, enquanto um processo de encontro, um processo intercessor, faz parte dos atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador e saúde.

Consideramos como vital [...] compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenção nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde (MERHY, 2006).

A dimensão cuidadora, enfatizada por Merhy, deve ser parte da bagagem de conhecimento e atitudes de todo e qualquer profissional de saúde.

Para Ayres (2009), em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, ocorre um autêntico encontro entre sujeitos, estando presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático.

Indagados sobre a maneira como o serviço se organiza para o acolhimento aos usuários, percebemos nos relatos que o arquivo ou recepção da unidade é o contato inicial dos usuários, seguido pela equipe de enfermagem, com ênfase na ação dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Acolhimento enquanto

uma triagem também faz parte do entendimento emergente nas falas dos entrevistados.

É na recepção e aí eles encaminham. [...] ele é recebido na recepção ou onde pegam as fichas e aí orienta a procurar as técnicas de enfermagem e eles dependendo da queixa dão as orientações ou passam pra gente, encaminham pra assistente social, fisioterapeuta, pra quem for. (Enf03)

Bom, a gente tem a questão da demanda espontânea e tem os dias de atendimento. [...] a gente deixa em aberto para qualquer necessidade, o paciente tá com resultado de exames, quando a gente solicita a gente já deixa avisado para eles que quando ele tiver o resultado em mãos, independente de ter consulta marcada ou não, pode trazer que a gente tá disposto a analisar esse exame [...]. (Enf01)

[...] cada usuário tem a sua particularidade, então cada um chega aqui com uma necessidade e a gente tenta atender, não só dentro na unidade, como externamente também nas casas dos usuários, quando a gente faz reuniões, que a gente faz grupos em igrejas, a gente faz as visitas domiciliares, até mesmo nos dias que não são agendadas as visitas, a gente vai também, porque às vezes o paciente tá precisando, extremamente naquele dia, naquele momento e a gente procura atender. (Enf04)

As falas evidenciam que nas unidades de saúde há um *menu* de ofertas e um fluxo a ser seguido pelo usuário. O que para Franco e Merhy (2006, p.117) demonstra que há um “caráter prescritivo, bastante exacerbado” nesse modelo de atenção. Vejamos mais uma fala que vai nesse sentido:

[...] tem a recepção que é a entrada da unidade básica. Nesta entrada, nesta recepção o usuário já vai ser informado pra onde ele deverá migrar na unidade de acordo com a necessidade dele, vai pra vacina, então vai até o setor da vacina, naquela recepção que é o arquivo também da nossa unidade, então ele vai buscar o prontuário da criança ou do adulto pra fazer a vacina e vai até o local que naquele momento ele precisa. (Enf08)

A necessidade do usuário é o que mais foi evidenciado nessas falas, ou seja, o desejo de satisfazer, de atender suas queixas, encaminhar para outro profissional ou mesmo para outro serviço, a preocupação em dar resolutividade é presente no fazer cotidiano dessas enfermeiras nos serviços de saúde que trabalham.

Todavia, não podemos reduzir o acolhimento a um receber bem ou a uma triagem. Não queremos dizer que receber bem ou realizar triagem ou mesmo classificação de risco não façam parte do processo de acolher o indivíduo, a demanda programada ou espontânea. Queremos dizer que o acolhimento não deve ser reduzido apenas a essas ações, que tem sua importância, mas que deve ir além,

pois a atenção básica para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas (BRASIL, 2011a). Falando, por exemplo, da demanda espontânea, o Ministério da Saúde recomenda que,

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. [...] é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2011a, p.22).

Sobre as necessidades de saúde, Cecílio (2001, p.114) discute uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades: a necessidade de ter boas condições de vida; de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; necessidade de criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe de saúde e/ou profissional e relação de confiança; e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Então, quando o enfermeiro diz que o serviço ou a equipe acolhe o indivíduo “*de acordo com a necessidade do usuário*” (Enf07), nos faz pensar que, para identificar tal necessidade, é imprescindível a realização de uma escuta atenta, profunda, qualificada, pois conforme Ayres (2009),

Nesse encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a seguinte imagem: quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível (AYRES, 2009, p.37).

Salientamos a importância de se qualificar o encontro usuário-profissional-serviço com vistas a uma melhoria na atenção à saúde, com compromisso e corresponsabilidades entre os atores envolvidos.

Sobre a participação do enfermeiro no acolhimento realizado na UBS, identificamos que os entrevistados apresentaram diversas maneiras de participar,

indo da sala de espera (atividade tradicional nos serviços de saúde), passando pelos momentos de educação permanente da equipe, reuniões ordinárias, discussões dos casos e, o atendimento individual do profissional enfermeiro. Assim, notamos que para os entrevistados existem várias maneiras de participar e realizar o acolhimento no dia-dia do serviço.

4.2.2 A participação e realização do acolhimento pelo enfermeiro.

Outra questão levantada é a maneira, a forma como o enfermeiro realiza o acolhimento em sua prática cotidiana.

A gente recebe o paciente, pede que ele venha a referir suas queixas, a partir daí a gente vai explicar, se for uma questão que a gente não possa resolver, [...] como você sabe o enfermeiro não pode resolver tudo, a gente ouve as queixas dele, se for um caso que esteja ao nosso alcance a gente vai tomar as providências, caso não, a gente vai até o médico da nossa equipe e a partir daí o médico vai vê o que pode fazer, se é o caso de encaminhar para um centro especializado, se é caso de encaminhar para um hospital, e assim sucessivamente. (Enf01)

Bem, o acolhimento na minha prática cotidiana é uma coisa assim: quando a gente lida com gente, com ser humano, cada pessoa, cada cabeça é um mundo, cada mundo é um universo. E chega a toda hora, todo momento várias questões, então eu procuro, dentro da medida do possível, procuro resolver aquilo que eu consigo, dentro daquele meu horário atender. [...] Então assim, na medida do possível tendo não voltar ninguém sem pelo menos escutar. Eu tento escutar, tento ver o que eu posso resolver, e o que eu não puder resolver naquele momento por questão de tempo, por questão de até de falar com outras pessoas eu tento marcar pra outro horário, mas na medida do possível eu sempre procuro atender a todos que me procuram. (Enf02)

Notamos, a partir das falas que há um esforço, que beira o sofrimento e a frustração do profissional, na tentativa de promover o acolhimento. Esse sofrimento, aflição, dores da alma é parte da singularidade, própria de gente que cuida de gente, conforme expresso por Mishima et al. (2003, p.141).

Eu tento atender o paciente, acolher ele, tecnicamente, como é que eu posso lhe dizer, tento atender o paciente com muita educação, tenta atender o paciente pra atingir a necessidade dele para que ele saia satisfeito, que ele saia com uma resposta positiva, que às vezes a gente nem consegue de imediato. (Enf04)

Chamar o paciente, conversar com ele, escutar o que ele vai ter, o que lhe dizer e ver o que eu posso fazer para ajudar. (Enf07)

Eu tento realizar o acolhimento, como eu gostaria que fizesse comigo, receber o paciente, o usuário da melhor forma possível, ouvi-lo, em primeiro lugar ouvi-lo, o que é que aquele usuário quer, o que é que aquele usuário pretende no momento e qual é a sua necessidade também, e aí se a sua necessidade eu poder suprir naquele momento eu vou suprir, e eu irei ajudar, eu irei confortar, eu irei encaminha-lo para onde houver necessidade. Tento resolver o problema daquele usuário. (Enf08)

A escuta, o ouvir o outro, se apresenta como essencial para o acolhimento, conforme mostram as falas dos entrevistados. O que nos faz retomar a uma questão anteriormente levantada sobre o entendimento de acolhimento pelos sujeitos da pesquisa. De acordo com as falas, a escuta é uma expressão primordial do acolhimento, pois para acolher, criar vínculo, promover resolutividade na assistência é primordial que seja realizada a escuta qualificada do outro (indivíduo, família e comunidade), bem como um elenco de ações que possam dialogar com a complexidade de demandas e necessidades (sofrimentos e adoecimentos) a que o serviço de saúde está envolto.

Na perspectiva de complementariedade da questão anteriormente apresentada aos entrevistados, perguntamos qual a sua contribuição para a realização do acolhimento em sua UBS. Vejamos algumas respostas.

[...] a gente fica muito limitado nessa questão, que a gente fica muito dentro da sala, geralmente, às vezes a gente nem chega a ter o conhecimento, mas nós temos fazendo educação em saúde, não só com os agentes comunitários, mas fazemos também com os profissionais da enfermagem, que são os técnicos de enfermagem, o técnico do teste do pezinho, da vacina, da esterilização. A gente faz e a gente sempre tá enfatizando essa questão de receberem o paciente da melhor maneira possível, escutar suas queixas e a partir daí é... encaminhar o paciente para o que for necessário, o quê pelo mesmo ele achar que é necessário. (Enf01)

[...] eu contribuo de diversas formas, contribuo a medida em que eu sempre estou atualizando, treinando os meus funcionários. (Enf02)

[...] o enfermeiro ele é o grande líder da equipe, então a gente colabora, contribui no sentido de liderança da equipe e [...] de coordenar, como deve ser esse acolhimento, porque todos os profissionais o fazem, então depende muito do enfermeiro. O enfermeiro educa permanentemente a equipe, educa permanentemente a população, então a nossa contribuição é educando, é passando o que é o acolhimento e como deve ser o acolhimento para os demais profissionais da equipe. (Enf08)

E, sobre sua participação na realização do acolhimento na UBS,

[...]capacito a equipe pra que eles tenham o máximo de bom senso possível, [...] o enfermeiro é responsável pela equipe, não no geral né porque a equipe é um todo, mas pelo menos nessa parte da enfermagem a gente é responsável.(Enf01)

Eu participo de várias formas. [...] participo dando treinamento aos meus funcionários, aos meus agentes de saúde eles tem educação continuada semanalmente. Então eu acho que tudo isso é uma forma de participar do acolhimento. (Enf02)

Bom, eu participo, [...] eu participo só no início do acolhimento, que é o momento das palestras, sala de espera, e depois no consultório. (Enf04)

Nós fazemos geralmente o que a gente chama de sala de espera, então nessa sala de espera a gente já acolhe o paciente, tenta fazer o acolhimento nessa sala de espera que antevem o atendimento, do médico, do enfermeiro, do dentista. Discutimos nas reuniões de equipes, atividades educativas, tem as atividades em grupo e educação permanente, com a enfermagem e os agentes comunitários de saúde também. (Enf08)

Percebemos nas falas que o acolhimento também é concebido e praticado enquanto um conjunto de ações, conforme o Enf04 nos apresenta.

Essas falas destacadas sugerem a expressão do enfermeiro enquanto o líder da equipe (ao menos da equipe de enfermagem) e a ação educativa do enfermeiro, tanto na equipe quanto na comunidade. Outras falas vão ao sentido de uma ação, digamos mais direta em relação ao usuário.

[...] questão mesmo de se disponibilizar pra ouvir, pra sair pra escutar qual é a queixa. (Enf03)

[...] eu tento fazer a minha parte como enfermeira, né. Eu tento atender a necessidade do paciente e a necessidade também da equipe.(Enf04)

Por que você não pode tá toda hora [na recepção da UBS], mas você tem o tempo do começo do dia, pra dar essa oportunidade, entendeu. Quando não se consegue fazer muita coisa lá, eles [referindo-se ao pessoal da recepção e aos técnicos de enfermagem] mandam pra minha sala como eu disse, da um toque, me chama lá fora. [...] todo dia eu faço receber as pessoas ali [referindo-se a recepção da unidade de saúde]. (Enf05)

Assim, um encaminhamento ao um profissional, o qual possa tá ajudando ele naquele momento, [...] passar o caso para o médico da equipe, "olha avaliei o caso tal, o que é que o senhor acha?" [...] a gente vai escutar o paciente e tomar nossa devida conduta, de acordo com que a gente pode realizar. (Enf07)

Outros estudos (NERY, 2006; FRACOLLI; ZOBOLI, 2004; OLIVEIRA et al., 2008; TAKEMOTO; SILVA, 2007; FALK et al., 2010; DAMASCENO et al., 2012) também identificaram atitudes e ações semelhantes, ou seja, práticas de

acolhimento realizadas pela enfermagem, ou especificamente pelo enfermeiro, como por exemplo: recepção, orientações, escuta, encaminhamento.

Contudo, no trabalho de Damasceno et al. (2012), as concepções sobre acolhimento, emergentes nas falas dos sujeitos do estudo que realizaram junto às equipes de Saúde da Família, foram de uma escuta cuidadosa, uma forma humanizada de receber o usuário através da conversa e da tentativa de resolver os problemas apresentados. E as práticas de acolhimento foram identificadas como de uma recepção humanizada, com escuta atenta e uma conversa resolutiva.

Na pesquisa realizada por Falk et al. (2010) que envolveu dez trabalhadores da equipe de enfermagem, além de usuários do serviço, a resolutividade foi o fator mais importante ou indispensável no acolhimento, seguido de encaminhamento a outros profissionais e agilidade. Quanto às práticas de acolhimento, os profissionais relatam a pré-avaliação, o encaminhamento e as orientações, caracterizando uma concepção de acolhimento enquanto uma atividade ou procedimento.

Concepção semelhante foi encontrada no estudo de Oliveira, Tunin e Silva (2008), no qual evidenciaram que o acolhimento é compreendido tanto como uma atividade, cuja terminalidade é a consulta médica, o que exprime a noção reduzida do acolhimento como forma de organizar a oferta do serviço médico, quanto como o ato de receber bem o usuário. Constatações desta natureza trazem à tona a reflexão sobre a própria relação entre as práticas de saúde e o modelo assistencial. Neste caso o que se observa é que a lógica de produção dos serviços é orientada numa concepção procedimento-médico-centrada baseada, essencialmente, na cura e orientada por procedimentos fragmentados, atos em saúde mecanizados e por uma assistência tecnificada.

Silva Júnior e Mascarenhas (2005, p.243) pensaram e apresentam o acolhimento em três dimensões: como **postura**, pressupondo a atitude profissional e da equipe de saúde para receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas, o que abrange também as relações entre a equipe e equipe-usuário. Como **técnica**, o acolhimento instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas, facilitando a escuta, a análise do risco. E, como **princípio para a organização dos serviços**, norteando todo o trabalho realizado pelos profissionais da equipe de saúde.

Por fim, entendemos que os profissionais enfermeiros carecem de uma aproximação maior com a temática do acolhimento e humanização, avançando em relação a sua compreensão e incorporando valores éticos e políticos ao seu fazer cotidiano.

4.3 Acolhimento à luz da Política Nacional de Humanização: orientações, adoção e capacitação.

O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização. Nesse sentido, coube-nos levantar se, no contexto das unidades de saúde dos entrevistados, o acolhimento segue as orientações e princípios da PNH, ou seja, de que maneira o acolhimento exercido na UBS atendia/seguia os preceitos da PNH.

[...] a gente tenta ser o mais humano possível sempre se colocando na situação do paciente, no estado dele, pra gente atender ele da melhor maneira possível pra que ele saia daqui satisfeito e sempre volte quando achar necessário. (Enf01)

Nessa fala é evocado o sentimento de empatia por parte do profissional, que para Mishima et al. (2003, p.141) imprime seus modos específicos de compreender e enxergar a vida, em suma, “a subjetividade” presente, o que fazem do profissional um ser humano singular.

Na medida do possível a gente tenta seguir, a gente sabe que nem tudo é cem por cento. Porque assim, tem alguns dias que você não tem tempo pra nada, já tem outros dias você tem mais tempo pra conversar, como sentar, como escutar, mas na medida do possível, no nosso dia-dia a gente tenta seguir essa política. (Enf02)

[...] se a gente for pelos princípios do SUS, equidade, a gente pode dizer que estamos a caminho disso, né. Equidade, universalidade, toda essa parte inteira, a gente dar um pouco disso. (Enf05)

A forma de atendimento, a conduta com esse paciente. (Enf07)

Falta muito ainda, segue em parte mais ainda falta muita coisa, falta recursos humanos, eu penso que falta também nesses recursos humanos aí, uma pessoa específica pra receber primeiramente o paciente, o usuário. (Enf08)

De maneira geral os enfermeiros dizem seguir os preceitos da PNH, mesmo que não tenham um conhecimento mais profundo sobre a política, pois alegam não terem participado (ou não lhes foi ofertado) de nenhuma capacitação a respeito. Então, indagamos como o acolhimento é adotado na UBS a luz da PNH.

A gente se organiza aqui sempre vendo as prioridades, [...] como a questão de idade, a questão do agravo, a questão do paciente, [...] a gente já toma algumas providências, e a partir daí a gente ou encaminha pra o médico ou se a gente puder resolver a gente resolve, caso não, a gente encaminha para o médico ou até para um centro hospitalar mais próximo, a gente prioriza dessa forma. (Enf01)

A questão de prioridade, a questão no caso dos pacientes idosos, dos pacientes com deficiência. De você escutar. [...] a gente tem tentado ao máximo se esforçar para atender da melhor forma, de uma forma mais humanizada, de uma forma mais orientada, nossa comunidade. Então assim, já é um vínculo familiar, um vínculo de confiança muito grande que a gente tem em relação à comunidade. (Enf02)

[...] a gente segue a norma da secretaria de saúde, que são para todas as unidades de saúde [...]. São as rotinas que a gente tem que seguir de atendimento, de prioridades [...]. (Enf04)

Sobre as "normas" da secretaria citadas pela Enf04, são orientações gerais fornecidas aos serviços de saúde e que devem ser seguidas por todas as unidades de saúde, como a questão da priorização do atendimento aos idosos, crianças, gestantes, deficientes e os chamados grupos de risco, ou seja, os grupos de usuários de patologias específicas como a hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros.

A gente prioriza os grupos de risco, crianças, hipertensos, diabéticos, gestantes. A priorização desses atendimentos, grupo de risco e as demandas de urgência, assim, as urgências que chegam à unidade tem também que dá prioridade, só que existe aqueles casos que as pessoas chegam, e diz que são urgências, mas na verdade não são. (Enf07)

Acho que a distribuição de profissionais nesse acolhimento, embora não tenha uma organização ali, de categorias profissionais, mas todos tentam fazer um pouco de acolhimento, acho que é um ponto positivo. Todos tentam fazer: o profissional da recepção, o profissional da enfermagem, todos tentam acolher de alguma forma. Isso seria um ponto positivo. (Enf08)

Uma das orientações da PNH (BRASIL, 2009) para o acolhimento aos usuários é “destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial – atenção a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade,

e não por ordem de chegada”. Bem como garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existem programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, etc.).

Consideramos que o fundamental nessas falas é o entendimento de que acolher o usuário é, sobretudo, escutar, dar uma resposta positiva à sua demanda.

Caberia, a partir dessas falas, uma investigação mais detalhada, quando a relação estabelecida no encontro dos enfermeiros com os usuários, analisando a construção de verdadeiro espaços intercessores entre os sujeitos.

Conforme a PNH, o acolhimento envolve atitudes:

- **ética** no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- **estética** porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- **política** porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010b, grifo nosso).

Ainda para Merhy (2006, p.79), o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu “modo de andar a vida”.

Essas posturas e atitudes dos profissionais parecem ser trazidas do conjunto de conhecimentos adquiridos no processo de formação, como conteúdo intrínseco dos cursos de graduação na área de saúde. Então, indagamos aos entrevistados se, no decorrer de sua trajetória profissional na atenção básica, houve um processo de implantação do Acolhimento, a luz da Política Nacional de Humanização e se ele e sua equipe de saúde passaram por uma capacitação específica sobre a temática PNH e Acolhimento na Atenção Básica. Vejamos as falas.

Não, ainda não. A gente até comentou isso agora no início do ano que a gente tem que fazer uma organização dessa forma. Até agora, desde quando eu comecei a trabalhar aqui não. Não houve preparação não, como eu falei não teve preparação, a gente vai muito pela questão da ética profissional, do que a gente deve fazer, do que a gente ouve durante o período de faculdade mesmo. Mas, preparação em si não. (Enf01)

Não, o que a gente recebeu eu acho que a pouco tempo foi esse manual. Não, só entregaram o manual [Referindo-se ao Caderno da Atenção Básica nº 28]. A gente não foi preparado, a gente acha que é que tem que ser de algum jeito, e a gente segue e orienta outros a fazerem, mas preparada realmente não [...]. (Enf03)

Capacitação específica não. (Enf04)

Não. Não, até agora não. Assim, a gente realizou uma conversa entre a gente mesmo, a equipe, entendeu? Vamos fazer assim, cada um dá a sua opinião, como acharia que dá mais certo. E a gente vem realizando o trabalho, assim há momentos que tem muitos confrontos, porque realmente trabalhar com o público é muito difícil, mas a gente vem fazendo. (Enf07)

Apenas uma enfermeira entrevistada disse que a equipe da UBS passou por um processo de implantação do acolhimento e ter passado por uma capacitação específica sobre a temática.

Houve sim. Houve treinamento sobre acolhimento tanto para médicos, enfermeiros quanto para o pessoal do nível médio que trabalham no arquivo. Eles todos passaram por treinamento. Sobre acolhimento sim. (Enf02)

No entanto, indagada como ocorreu esse processo, a mesma relata:

Foi o pessoal dos recursos humanos e da atenção básica [referindo-se a Coordenação] também na época, a menina só passou o material pra mim. Mas não foi continuada, a proposta era pra ser continuado, entendeu? (Enf02)

Assim, perguntamos o que eles achavam que havia contribuído para a ausência de uma implantação ou capacitação para a operacionalização da PNH, e os entrevistados alegaram a falta de priorização, por eles mesmos ou pela gestão.

Acho que foi o tempo. (Enf01)

Eu acho que tá mais relacionado, [...] a cada um. (Enf02)

Acredito que seja falta de priorizar. (Enf03)

Eu acho que é a prioridade, o que contribuiu foi o governo federal não cobrar, ele só destaca aquilo, ele não pune, ele não cobra, talvez ele não tenha uma coordenação direto pra isso, quando gera recurso todo mundo faz, quando não gera. (Enf05)

É só a questão do tempo mesmo. (Enf07)

[...] a gente fica priorizando algumas coisas, e deixando outras. (Enf08)

Através da análise das falas dos sujeitos, percebemos que não houve, e ainda não há processo de implantação da diretriz acolhimento em consonância com a PNH enquanto um princípio de organização do serviço, nem como técnica (SILVA; MASCARENHAS, 2005). Porém, existe a postura profissional e da equipe em proporcionar um serviço que receba humanamente, procure dar resolutividade às demandas e necessidades dos usuários.

Uma das entrevistadas relata que após a adesão do município, e de algumas unidades, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) houve uma investida por parte da gestão municipal em iniciar discussões sobre humanização e acolhimento, mas que até o momento não havia nada concretamente programado.

Processo de implantação não, o que nós vimos juntos do PMAQ, veio essas cobrança das diretrizes, de seguir as diretrizes do acolhimento, de acordo com que o Ministério da Saúde preconiza, a gente não implantou ainda, mas agente já tem conhecimento, tem um pouco mais de conhecimento, o que é o acolhimento, todos os profissionais foram envolvidos neste momento, os agentes de saúde, ao menos hoje a gente sabe que existe uma estratégia que orienta como acolher, mais a gente ainda não tem implantado não esse serviço[...]. (Enf08)

Podemos deduzir que existe incipientemente um interesse na adequação das unidades de saúde, inclusive adotando o acolhimento como uma maneira de organização do serviço, por parte da gestão. No entanto, faz-se necessário o envolvimento de todas as equipes nesse processo, sob pena do acolhimento se transformar em mais uma “norma” imposta verticalmente, sem adesão consciente e coletiva do conjunto das equipes de saúde e usuários, permitindo que a riqueza do acolhimento, enquanto tecnologia do encontro, seja capturado pelo “trabalho morto”.

4.4 Limites e Desafios para implantação e realização do Acolhimento na ABS.

Buscando identificar as limitações e desafios individuais do enfermeiro e da equipe, identificados através das falas dos entrevistados, na implantação e realização do acolhimento na unidade de saúde, subdividimos nossos questionamentos aos sujeitos. Inicialmente procuramos identificar os limites

(dificuldades e limitações) para a implantação, e em seguida para a realização do acolhimento no cotidiano da equipe de saúde, identificando as limitações individuais dos enfermeiros e o que vem (ou foi) sendo feito para superar tais limites.

[...] eu acho que o enfermeiro já é sobrecarregado por si só na questão da atenção básica, já é sobrecarregado. Nós temos muitas capacitações, aí às vezes passam muitas coisas que, até a gente discute que a gente, que a gente fica, tem tempos que a gente fica muito tempo fora da unidade, é em capacitações disso e daquilo. Então eu acho que o que dificulta é isso, a questão de muitos compromissos que de certa forma sobrecarrega a gente. (Enf01)

Acredito que hoje a dificuldade pra gente é a falta de capacitação mesmo, de entender o que é. Pra equipe, toda equipe. (Enf03)

A dificuldade eu acho que é muita atribuição, assim, eu acho que seria de recursos humanos. (Enf05)

É só a questão do tempo mesmo. [...] por que às vezes vem tantas tarefas, sabe que a gente, [...] a gente tem tantas atribuições e sempre tá chegando mais uma. (Enf07)

Recursos humanos, a falta né, número pequeno, eu acho que isso conta muito. Falta capacitar também, [...] esses funcionários, os profissionais que estão lá tem que ser melhor capacitados. E eu acho que uma das dificuldades também no caso da nossa unidade é estrutural, que acaba dificultando um pouquinho, a questão estrutural. Então nós hoje temos uma população muito grande, são três equipes e a estrutura física da unidade não ajuda. Porque nós temos uma sala de espera enorme que é muito barulhenta, que é muito desconfortável, como é que você acolhe assim, aí só falar fica complicado 'o acolher' a todos. Muito barulho, muito tumulto. Muita atribuição no meu caso, respondendo como enfermeira, muitas atribuições, e aí a gente fica priorizando algumas coisas, e deixando outras. (Enf08)

Sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, desconhecimento, falta de capacitação, ambiente desfavorável, foram os aspectos apontados pelos enfermeiros como sendo limitações para a implantação do acolhimento em conformidade com a Política Nacional de Humanização. Para Collet e Rozendo (2003),

Humanizar em saúde é uma via de mão dupla, pois é um processo que se produz e reproduz na relação usuário–profissional. Contudo, não é possível esperarmos da equipe de saúde uma assistência humanizada aos usuários quando as condições de trabalho são precárias, quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho que deixam as pessoas nos seus limites físicos e psíquicos. (COLLET; ROZENDO, 2003, p.190).

Percebemos que há, nesse contexto de limitações, aspectos relacionados à instituição, no caso a priorização que a gestão municipal dá aos processos de construção de uma assistência mais humanizada, a um serviço mais acolhedor e também uma equipe mais bem preparada para esse desafio.

Como também existem aspectos diretamente relacionados ao próprio profissional, como a organização do processo de trabalho individual, a busca pela ampliação do conhecimento, o entendimento dos processos de humanização como mais uma tarefa a ser cumprida, como vemos nessa fala da Enf07 “*a gente tem tantas atribuições e sempre tá chegando mais uma*”, bem como a subordinação acrítica aos órgãos gestores.

De acordo com Collet e Rozendo (2003) a falta de processos que assegurem a reflexão constante acerca do processo de trabalho pode indicar falta de qualidade nos serviços, “assim como um desestímulo às lutas por melhores condições de trabalho”. E as autoras complementam,

Além de considerar as relações entre os sujeitos, profissionais e usuários, humanizar exige considerar novas formas de gestão das instituições de saúde, o que implica sensibilização dos dirigentes das instituições e dos idealizadores das políticas de saúde com o tema proposto. É preciso um compromisso dos dirigentes das instituições com a qualidade da assistência; investimentos para a melhoria das condições de trabalho; financiamento suficiente do setor saúde para resgatarmos a qualidade da assistência; planejamento, organização e gerenciamento coletivos dos serviços de saúde; meios que permitam a reflexão constante da prática assistencial; utilização de mecanismos de avaliação e reorganização da assistência (COLLET; ROZENDO, 2003, p.190).

Entendermos esses limites é fundamental para uma maior compreensão do contexto em que as equipes de saúde e os profissionais enfermeiros estão inseridos e assim contribuímos de forma mais assertiva, como também o entendimento do processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. Merhy (2006) diz que temos de pensar sobre “como o próprio homem se produz do ponto de vista de construir seus interesses e do modo como vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realiza-los”.

Acerca das ações para superação desses limites os entrevistados apresentaram as seguintes falas:

[...]vem sendo conversado, vem sendo trabalhado através de reuniões, de oficinas que a gente faz com os funcionários. (Enf02)

Reuniões. Sempre que a gente encontra um impecílio, a gente procura fazer reuniões internas, né, pra gente buscar a falha. (Enf04)

A reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações (BRASIL, 2009a).

[...] é como a gente sempre faz, como a gente trabalha em equipe, na minha educação continuada eu já deixo a agenda preparado, o quer que eu faço, eu diminuo o atendimento pra acolher melhor, algumas coisas, ou eu chego mais cedo na unidade, entendeu, vou fazer alguma coisa pessoalmente [...]. (Enf05)

[...] teve um momento que teve um acolhimento com os próprios profissionais pra tentar melhorar o trabalho com a comunidade. (Enf06)

Esse momento citado por uma das entrevistadas refere-se a uma reunião promovida do setor de recursos humanos da Secretaria de Saúde, onde, segundo relatos dos entrevistados, se buscou uma melhora na relação entre a equipe e também com a comunidade, com os usuários do serviço. Mas, não se caracterizando como uma capacitação sobre o acolhimento na atenção básica. Pois, alguns entrevistados citaram esse momento como sendo uma capacitação, quando lhes foi perguntado se já haviam tido alguma capacitação específica sobre a temática,

Houve sim. Houve treinamento sobre acolhimento tanto para médicos, enfermeiros quanto para o pessoal do nível médio que trabalham no arquivo. Eles todos passaram por treinamento sobre acolhimento sim". (Enf02).

E outra entrevistada fala que

[...] lembro que teve na unidade que foi entre os próprios funcionários e teve essa distribuição desse material entre as equipes, ao o enfermeiro foi solicitado que ele repassasse aquele material para os demais profissionais da equipe. (Enf08).

Então, como vimos nas respostas dos entrevistados, que a tentativa de superação das dificuldades na implantação e realização do acolhimento na UBS vem partindo dos próprios trabalhadores, com pouca intervenção da gestão, que quando tem participado vem se limitando a distribuição de material e sensibilização para o trabalho em equipe, resolução de problemas e conflitos internos da equipe e também dessa com a comunidade.

Vejamos a fala de uma das enfermeiras, que é emblemática para esclarecer essa questão que trouxemos.

Os limites daqui eu acho que falta um pouco de humanização, não é em todos em alguns funcionários, porque às vezes a gente tá com problemas, a gente tem que deixar em casa, na porta de casa quando sair, chegar aqui é outro, e a gente ver, sei que é difícil, sempre tem gente que trás, trás junto [...] precisa ter mais humanização entre os funcionários. (Enf06)

Com relação aos desafios para a realização do acolhimento na UBS.

Acho que o desafio é a gente procurar está sempre com a cabeça boa, ou pelo menos voltado para o trabalho, esquecer os problemas que você tem em casa ou na rua, pra chegar aqui com a cabeça limpa pra tratar essas pessoas como elas devem ser tratadas. Acho que o desafio grande é esse. A gente está bem consigo ou pelo menos não passar os problemas da gente para o trabalho. (Enf01)

O meu maior desafio é a cada dia procurar melhorar enquanto pessoa, porque enquanto pessoa a gente erra muito, a gente se estressa, o nosso dia-dia já é estressante. (Enf02)

Essas falas remetem para uma análise da subjetividade de cada profissional. Franco, Merhy, Andrade e Ferreira (2009) dizem que os processos de trabalho trazem em si a singularidade dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem.

A vivência individual pode trazer repercussões para a prática profissional. Em um trabalho de Matumoto et al. (2009), que teve como objetivo identificar e analisar os aspectos pertinentes ao preparo para a relação estabelecida entre trabalhador/usuário em unidade de saúde da rede de atenção básica de saúde de um município de grande porte do Estado de São Paulo, tendo como perspectiva o acolhimento, os autores afirmam que

[...] pode-se considerar que a disponibilidade do trabalhador para o preparo do ambiente, de si próprio e da relação de atendimento propriamente dita passa por dentro do próprio trabalhador (seus afetos, desejos, projetos) e pelo contexto no qual está inserido, entendendo-o muito além dos muros da unidade de saúde. Essa afirmação se baseia na percepção do trabalhador, enquanto homem de relações no mundo, que sofre e produz ações recíprocas de manutenção e transformação. Em seu cotidiano, entretanto, o trabalhador normalmente não se percebe assim, vive atribulado, correndo o tempo todo, com grande dispêndio de energia, sem parar para refletir sobre o que faz (MATUMOTO et al., 2009, p.79).

Trad (2006, p.199) diz que é “preciso levar em conta os limites que o real impõe aos trabalhadores da saúde”.

Outros sujeitos afirmam que o desafio situa-se na própria instituição, ou seja, no serviço de saúde, no seu órgão gestor e na própria política de saúde.

E o desafio maior é tentar ao máximo, no dia-dia, dar a melhor resposta possível dentro daquilo que nós temos e que a nossa política de saúde pode nos oferecer, porque às vezes tá implantado ali no sistema de forma bonita, tá tudo organizado, tudo arrumado. Mas, tudo aquilo que tá ali no papel às vezes se diferencia, se distancia um pouco da nossa prática, do nosso dia-dia. Às vezes até a gente queria dar uma resposta melhor ao usuário, mas às vezes não tem condição, pela oferta que não se tem, ou que se tem pouca, oferta de serviço, oferta de exame, oferta de especialistas. Então assim, a maior dificuldade, creio que ainda vai ser uma dificuldade ainda por muito tempo, é a gente conseguir dentro de uma saúde pública, dar uma resposta mais ágil, mas eficaz aos nossos usuários. (Enf02)

Acho que tanto conhecer, quanto me dispor para realizar, como ele deve ser. (Enf03)

Por que assim, nós trabalhamos com programas, [...] aí sempre a gente encontra entraves, porque nunca depende só de um profissional, sempre a gente precisa de outros [profissionais], precisa da secretaria, a gente precisa de algum órgão da secretaria, às vezes a gente precisa do Estado, então assim, às vezes dá mais trabalho. (Enf04)

Sem dúvida alguma, a melhoria das práticas e dos serviços de saúde passa necessariamente pela consolidação da política de saúde, preconizada pelo SUS. O desafio de efetivar um modelo de atenção que dê respostas positivas, tanto às necessidades individuais quanto as coletivas, requer um esforço e compromisso do conjunto dos atores envolvidos com o setor saúde, sejam profissionais, gestores, ou população em geral.

Para Mishima et al. (2003, p.153), “o desafio de articular a produção de saúde à produção de cuidados e não de procedimentos está posto, portanto, para efetivação da implementação do SUS” (MISHIMA et al., 2003).

Falas como a da Enf04 exprimem a necessidade de haver um fortalecimento da capacidade resolutive das políticas públicas de saúde.

[...] as articulações dos órgãos seria um desafio a ser melhorado, potencializado. [...] a secretaria daqui já faz um bom trabalho, ela tem setores que trabalham, alta e média complexidade e tudo, mas mesmo assim eu acho que ainda é devagar, assim, poderia ser melhor. (Enf04)

Campos (1997, p.43) traz uma discussão pertinente e ainda atual sobre a gestão e organização do sistema público de saúde, citando, por exemplo, que no Brasil há uma hegemonia neoliberal na forma de se produzir ações e serviços de saúde. Essa maneira de gerir e organizar o sistema de saúde, a nosso ver, reproduz formar mercantis, superficiais, excludentes e descompromissadas de produzir o cuidado à saúde no cotidiano dos serviços e no interior das equipes.

Para Brehmer e Verdi (2010, p.3570), a atitude de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde.

Contudo, o desenvolvimento desse processo no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Este fato, certamente, representará um obstáculo para o pleno estabelecimento das políticas públicas de saúde, bem como para a efetivação do SUS, em constante busca pelo aperfeiçoamento de sua implantação no campo real das ações e dos serviços, sobretudo uma ameaça aos direitos conquistados socialmente (BREHMER; VERDI, 2010, p.3576).

O problema que a gestão precisa enfrentar é a falta de contato, de conexão, de disposição para o encontro com outro sujeito identificado por saberes diferentes, que vê coisas diferentes e que pode propor intervenções diferentes (BRASIL, 2010a).

[...] o desafio é esse, é integrar todas as profissões junto, porque você ver mais eficácia acho também que isso deveria ser estendido para mais profissionais, pronto, como as equipes que tem NASF, ela tem o assistente social, ela tem o nutricionista, ela tem o fisioterapeuta, aí ele se estende [...] com mais eficaz, vamos dizer, [...] se não possui [esses profissionais] você não tem um atendimento completo, então eu acho que não tem um atendimento eficaz, você vai na visita, você faz, e aí o resto, o paciente tendo condição ele vai pro centro, ele não tendo, fica no domicílio dele fechado. (Enf05)

Eu acho [...] tem que começar pelos funcionários. Com um treinamento e capacitar a respeito de humanização para começar a melhorar o acolhimento dos usuários. E daí a gente vai trabalhar a comunidade para melhorar o acolhimento deles. (Enf06)

[...] seria um desafio colocar como uma prioridade. Como prioridade: capacitar, capacitar sempre os demais profissionais e também nós, enfermeiros, serem capacitados. (Enf08)

A necessidade de formação, através de capacitação, fica evidenciada nas falas dos entrevistados, bem como a articulação dos demais serviços, órgãos e instâncias gestoras. Conforme Mitre, Andrade e Cotta (2012),

[...]o acolhimento, em suas diferentes configurações, destaca-se como um processo em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p.2082).

Autores como Tesser, Poli Neto e Campos (2010) dizem que a gestão local deve buscar formas de apoiar as equipes de saúde, com apoio humano, emocional e institucional, assim como facilitar a construção de clima de equipe, de corresponsabilidade e de parceria entre os profissionais, como também sua educação permanente.

Barros e Sá (2010), Teixeira (2007) chamam a atenção para a necessidade de se conceber o acolhimento como uma rede de conversações promovendo a integração dos serviços e viabilizando a integralidade do cuidado.

O desafio do trabalho em equipe também é trazido por Almeida e Mishima (2001) e também nas falas dos sujeitos do estudo.

Conseguir, a gente, a classe, tentar com a atenção básica, que haja sempre capacitações não só com a gente, mas capacitações com o nível médio, com toda a equipe. Seria um desafio a gente conseguir essas capacitações, e outro é conseguir trabalhar sempre em sintonia com a equipe. (Enf01)

Interação da equipe. (Enf07)

Muitas atribuições, falta de tempo, falta de RH e pouca integração da equipe. (Enf05)

Almeida e Mishima (2001) compreendem que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. As autoras acreditam que o desafio “de (re)construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde” como uma atitude. (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p.153).

Os autores alertam que, se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual

valorização social dos diversos trabalhos. E também dizem que a interação dos agentes é uma das mais difíceis construções, pois além de não está *a priori* normatizada, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com toda a equipe e com os usuários.

A PNH estabelece que o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional é um dos grandes objetivos a ser alcançado.

Torna-se necessário, e urgente, a constituição de um processo político que tenha como prioridade a constituição da rede de serviços de saúde que seja capaz de dar respostas positivas às demandas da população. E, de sujeitos mais bem preparados para o trabalho em saúde e equipe capacitadas para a operacionalização e efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde e das diretrizes da política de humanização.

4.4.1 Dificuldades para Implantação do acolhimento em consonância com a Política Nacional de Humanização.

Discutimos aqui as dificuldades vistas e sentidas pelos sujeitos para a implantação do Acolhimento em conformidade com as orientações da PNH.

A dificuldade eu acho que é muita atribuição [...]. (Enf05)

[...]às vezes vem tantas tarefas pra gente e não damos conta. (Enf07)

Acho que no cotidiano, [...], mas eu diria que a gente tem muitas atribuições. (Enf08)

Acerca da possibilidade da implantação da diretriz Acolhimento na UBS, os entrevistados descreveram que as dificuldades, mais uma vez, estaria relacionada à sobrecarga de trabalho com foco na doença, a insuficiência de recursos humanos (temas já discutidos quando abordamos os limites e desafios) e a baixa valorização profissional (salários, por exemplo). Porém, uma fala de um dos sujeitos nos chama a atenção:

Acho que a dificuldade da gente é essa, viver muito tempo trancado da sala. (Enf01).

O entrevistado questiona o fato de ficar muito tempo no consultório individual dando conta da demanda por procedimentos, consultas, medicamentos e resolução das queixas clínicas por parte dos usuários, demonstrando, mais uma vez, a captura do “trabalho vivo em ato” pelo “trabalho morto”, procedimento-centrado, conforme nos alerta Merhy (2002, 2006, 2008). O desafio de produzir cuidados ao invés de focar na produção de procedimentos, também é debatido por Mishima et al. (2003, p.153).

É, também, o que alguns autores, como Tesser, Poli Neto e Campos (2012) chamam de medicalização social e que podemos chamar também de processo de medicalização da enfermagem. Fenômeno que ocorre não apenas na enfermagem ou na medicina, mas também em outras profissões da saúde e nas práticas de saúde como um todo, devido, sobretudo, a centralidade na doença, nos procedimentos e na cura. Para superação dessa perspectiva curativista (médico-centrada ou procedimento-centrada) autores como Merhy (2002, 2006) propõem a construção de serviços e práticas de saúde usuário-centrada.

A insuficiência de recursos humanos é outra problemática recorrente nas falas dos entrevistados, levando a uma sobrecarga de trabalho dos profissionais. Ou mesmo a abertura para a mudança, para novas maneiras de se produzir ações de saúde no cotidiano dos serviços.

Talvez a falta de funcionários. Aqui a demanda é muito grande, então precisaria de mais gente para acolher melhor. (Enf03)

Porque quando se fala em, como é que se diz, quando surge uma coisa nova, uma questão nova, as dificuldades vem, principalmente quando é pra tirar o habitual e inserir outro, então até o pessoal se habituar, tanto os usuários como a gente muda um pouco, principalmente pra eles, pra gente a gente sabe que a nossa rotina vai ser aquela, entendeu, então a gente vai ter que se habituar a tal. (Enf05)

Os momentos de implantação ou de mudança na modelagem do acolhimento, certamente, são os que promovem maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, mas mesmo quando já estamos adaptados a certo *modus operandi*, ainda assim há diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita delicadeza e parceria por parte de todos.

Acho que seria valorizar o profissional e capacitá-lo. Eu sempre digo: valorizar o profissional, capacitar o profissional e cobrar mesmo. (Enf)

As dificuldades que nós teríamos na implantação seria conseguir sensibilizar todos os profissionais ao acolhimento. Sensibilizar que eu falo é sobre a importância mesmo de acolher. E uma dificuldade do Acolher, como preconiza o Ministério da Saúde, são as dificuldades que a gente encontra do dia-dia do trabalho, né? Baixos salários, porque tudo isso acaba contribuindo, como é que você vai fazer um acolhimento ali ideal, adequado, vai ser humano, vai ser [...] enfim. Se você não é valorizado profissionalmente. Valorização profissional. Isso de todas as categorias. Então, o pessoal da administração, que trabalha no arquivo, ele também deve acolher, ele também acolhe. Mas aí se ele não é valorizado financeiramente, né? Fica complicado (Enf08)

Em relação à valorização profissional¹ Campos (2006, p.237) afirma que a realização das pessoas depende também das “recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado” e que não há como alterar isso, bem como a remuneração adequada seria aquela capaz de permitir a satisfação do trabalhador. Mas o autor também esclarece que a elevação de honorários sem o estabelecimento de novos contratos de responsabilidade não necessariamente implica na melhoria do desempenho profissional.

Franco e Merhy (2006, p.107) também abordam a questão da remuneração salarial dos profissionais do PSF e, sem desconsiderar a importância de uma remuneração satisfatória, para esses autores é um equívoco pensar que isto por si só possa garantir uma atenção acolhedora e compromissada dos profissionais.

Para esses autores,

O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuários. (FRANCO; MERHY, 2006, p.107).

Diante da questão levantada no estudo (as dificuldades) e das argumentações descritas pelos entrevistados, indagamos o que poderia ser feito/potencializado para adoção do acolhimento na UBS.

A capacitação é primordial com a equipe. Acho que a gente deveria ser menos sobrecarregado com a questão disso aqui: papel. A gente trabalha com tanto papel no mundo que às vezes a gente até se acha um burocrata,

¹ Essa discussão é difícil e complexa, exigindo para tal empreitada um aprofundamento teórico que pode ser analisada a partir de categorias como trabalho, prática social, valor de uso, valor de troca, mais-valia, salário etc. Categorias estudadas por Marx e que exigiria um grande esforço de nossa parte, e ainda sob pena de não conseguirmos dar conta de tamanha empreitada. Embora, seja praticamente impossível tratar das questões de humanização das práticas de saúde, processo de trabalho ou mesmo políticas de saúde sem passar pela temática da valorização profissional. Assim, nos reservaremos o direito de tratar dessa questão em estudos futuros.

digamos assim. Eu acho que a gente deveria ser focado mais no atendimento, no corpo a corpo com as pessoas, e esses papéis deveriam ter uma pessoa específica pra preenchimento, pra fazer coisas, pra dá mais tempo gente de circular dentro da unidade. (Enf01)

Aqui na unidade o que deve ser feito é a permanência das reuniões, das orientações, das conversas [...]. (Enf02)

Acredito que a partir de um treinamento eu poderia fazer educação continuada com a equipe, com os agentes de saúde, pra passar realmente, pra gente poder implantar. (Enf03)

Acho que cursos né, capacitações. (Enf04)

[...] treinamento, ter prioridade. Um plano voltado pra isso, um direcionamento, no plano você faz um fluxograma, você faz função de todo mundo[...]. (Enf05)

No primeiro momento a gente vai ter que fazer um momento de conscientização, trabalhar junto aos usuários e a própria equipe. (Enf07)

Eu volto para as capacitações e pra sensibilização dos profissionais e a melhoria da estrutura física hoje da unidade, é precária. (Enf08)

Como percebemos nas falas dos sujeitos, a necessidade de formação é uma demanda de todos os enfermeiros entrevistados e as respostas foram quase uníssonas. Também já abordamos essa temática nesse estudo.

Quando os entrevistados se reportam à capacitação da equipe e anteriormente falam que o acolhimento deve ser uma tarefa, uma atitude, uma prática de toda a equipe, estão indo ao encontro do que Merhy (2002), denomina de **Núcleo** das atividades cuidadoras de saúde, e Campos (2006) considera como **Campo** de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões.

Com relação à problemática da estrutura física das unidades de saúde a PNH destaca que a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde é essencial para a produção do acolhimento. E, a Política Nacional de Atenção Básica recomenda que as unidades básicas de saúde disponham de sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, como também área de recepção, entre outros. De acordo com a PNH,

é importante que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento). (BRASIL, 2010b).

Essas seriam as condições mínimas para uma unidade, ou um serviço de saúde, que se proponha a ter/ser um ambiente acolhedor.

As dificuldades para a implantação do acolhimento, em consonância com a PNH, devem levar em conta os elementos trazidos nos relatos desses profissionais, com os quais concordamos que precisam ser levadas em consideração. Assim, deve ser revisto a organização do processo de trabalho das equipes e de cada profissional (ou trabalhador) da saúde individualmente e em articulação com toda a equipe, potencializando seus saberes individuais e o campo comum de conhecimentos e práticas.

Deve-se também constituir processos de trabalho centrados no usuário em sua realidade sócio-sanitária-econômica, discutindo as reais demandas e não apenas as necessidades criadas socialmente por uma lucrativa indústria de medicamentos e procedimentos.

A insuficiência de pessoal e também de momentos de educação permanente, bem como a baixa valorização do pessoal, juntamente com estruturas físicas que inviabilizam o bom acolhimento e a constituição de vínculos serviço-usuário são fatores que carecem de atenção por parte dos promotores das políticas de saúde.

4.5 O papel e contribuição do enfermeiro para o acolhimento.

Outra categoria suscitada em nosso estudo foi a que se refere ao papel e contribuição do enfermeiro na produção do acolhimento na unidade de saúde.

[...] por uma boa parte da equipe o enfermeiro, entre aspas, é responsável. Então ele tem que botar na mente dele que o acolhimento é importante e passar isso para o restante dos membros da equipe, porque se ele não, se ele de certa forma desprezar isso é claro que o restante da equipe também não vai priorizar nunca. Então, o enfermeiro é de extrema importância nessa questão, está sempre mostrando às outras pessoas da equipe a importância do acolhimento. (Enf01)

Quando o entrevistado fala que o enfermeiro é responsável por boa parte da equipe o mesmo está se referindo a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, conforme preconizado na PNAB. O enfermeiro também

participa do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da UBS, o que lhe responsabiliza, também, pela coordenação e organização do serviço, independente de exercer o cargo de gerente da unidade.

O enfermeiro é praticamente o orientador, o que dá caminho, destino a todos os outros funcionários da unidade. Então assim, tem que ser um enfermeiro bem trabalhado, consciente da política de humanização [...].Então assim, é de grande importância o papel do enfermeiro quanto ele é consciente das suas funções e das suas obrigações.(Enf02)

[...] é ela que une, que junta, une e tenta buscar essa união coletiva, entendeu? É ele que reúne nessas reuniões administrativas, que a gente faz, pra se melhorar isso, entendeu, esse acolhimento, esse atendimento, é uma continuidade onde ela acha o que é o entrave que está atrapalhando, as melhorias o que a gente pode fazer de mudanças pra melhor atender o paciente. (Enf04)

O papel do enfermeiro é exatamente esse, conhecer o acolhimento, saber como fazer, se posicionar e eu acredito certo, pode até ter enfermeiro que não tenha isso, mas também é divulgar, treinar seu [pessoal], porque como enfermeiro você tem sua equipe, então você tem que realmente, treinar os profissionais que estão com você, fazer como você tá fazendo. Organizar, discutir, supervisionar. (Enf05)

Essas falas indicam o entendimento que o papel do enfermeiro é coordenar os processos existentes na UBS, como um ordenador do serviço, um líder da equipe. Historicamente, os enfermeiros têm ocupado postos de liderança nas equipes de saúde, sobretudo com a criação do PSF.

Em revisão integrativa realizada por Lanzoni e Meirelles (2011), concluíram que a liderança tem poucas chances de avançar na enfermagem senão for deliberadamente incentivada por meio de atitudes inovadoras, de projetos e investimentos pessoais e grupais e pela união de todos os enfermeiros.

Entendemos que como líder o enfermeiro deve coordenar sua equipe no sentido de humanização dos serviços, promovendo espaços de formação, discussão sobre o processo de trabalho e a organização do serviço, nesses incluídos o acolhimento, seja como postura profissional seja como diretriz operacional da PNH.

No entanto Ferreira, Andrade e Franco (2009) advertem que o processo de trabalho do enfermeiro pode estar preso às ações instituídas da gestão, capturado por normas, (e pelo trabalho “morto”) com atenção centrada nas ações programáticas exercendo a coordenação da equipe.

Nessa situação ela figura como uma “guardiã” da norma da Saúde da Família, coordenando um processo de trabalho sobre o qual se exige o cumprimento restrito da norma de funcionamento da ESF, obedecendo a um

cronograma de atenção à saúde de certos grupos de riscos [...] (FERREIRA; ANDRADE; FRANCO, 2009).

Outros sujeitos percebem o papel do enfermeiro no acolhimento como uma atitude do profissional.

Acredito que como a gente acaba ficando mais próximo da população, pela responsabilidade ser maior nossa, acho que a gente tem muita responsabilidade nessa questão de acolhimento né, de que acaba sendo muito ligada a família, que a gente cuida de famílias, então é muito mais fácil você criar vínculos, quando você escuta mais, você saber toda questão do contexto de vida da pessoa. (Enf03)

Por se fazer presente no cotidiano das famílias, o enfermeiro tem a possibilidade de estabelecer e fortalecer o vínculo com a população assistida, promovendo, através do acolhimento, a humanização da assistência.

Assim, eu creio que tenha um papel importante, porque o primeiro contato dele, na realidade vai ser com a gente, do usuário, então a gente vai ter que escutar bem, pra ver realmente o que tá acontecendo, pra não tomar decisões. (Enf07)

É no contínuo da interação entre os usuário e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta. (AYRES, 2006, p.71).

É de fundamental importância, porque o enfermeiro ele tem uma visão muito mais ampla da questão humanização, enfim. Então o papel dele é receber inicialmente essa população e dali ver a necessidade naquele momento daquele usuário. (Enf08)

Retomam-se aqui os elementos constitutivos do acolhimento, ou seja, a escuta atenta, qualificada, o receber e identificar necessidades, e porque não dizer, conforme a fala de uma das entrevistadas *Cuidar, tratar e prevenir (Enf06)*.

Para Ayres (2009, p.35), curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas se construídas em uma relação estática, individualizada e individualizante, pois no encontro profissional-usuário existe um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético. O autor diz que cuidar, no sentido de um “tratar que seja”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas.

Ayres (2006, p.69; 2009, p.35) afirma que nas práticas de saúde o “Cuidar é importante para o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo”. É o encontro entre esses dois sujeitos (profissional e usuário) no cenário da saúde que ocorre a formação de um espaço intercessor, conforme Merhy (2002, 2006), no terreno das tecnologias relacionais onde o acolhimento é essencial para o fortalecimento desse espaço.

Dessa forma, percebemos que para os sujeitos entrevistados o papel do enfermeiro no acolhimento preconizado pela Política de Humanização deve ser o de coordenar as ações coletivas dos demais membros da equipe de saúde e também de sua própria atuação junto ao usuário.

Então, no sentido de identificar como os enfermeiros poderiam contribuir com o Acolhimento preconizado pela PNH, as respostas reforçam as falas anteriores com relação ao papel do enfermeiro, sendo que desta vez a ênfase foi para a função gerencial, como indica o Enf07 *organizar esses serviços e humanizar também*.

Sempre estando atento ao andamento da unidade, atento a principalmente a seu arquivo, a sua equipe de enfermagem, como é que ela tá recebendo o seu usuário. (Enf02)

Encerrando as entrevistas lançamos uma última pergunta, que, apesar de não fazer parte do roteiro, acrescentada serviu para fechamento das entrevistas. Perguntamos aos enfermeiros quem deve realizar o acolhimento na unidade de saúde, e as respostas corroboram resposta de questões anteriormente, ou seja, o acolhimento deve ser realizado por toda a equipe.

Eu acho que o correto é toda a equipe, agora acho que a pessoa mais preparada inicialmente seria o assistente social. (Enf01).

Acho que se em toda unidade existisse assistente social, seria um bom profissional. (Enf06).

Contudo, alguns entrevistados indicaram outro profissional, que não o enfermeiro, como o mais indicado para realizar o acolhimento.

Acho que se em toda unidade existisse assistente social, seria um bom profissional. (Enf06)

[...] deveria ter pra mim assim, como primeiro acesso uma assistente social. (Enf03)

Essas indicações sugerem uma concepção de acolhimento limitada a uma recepção qualificada. Concepção que não encontra sustentação nos estudos referendados nesse trabalho, fazendo-se necessário resgatar o sentido do acolhimento que em vários momentos das entrevistas foi suscitado.

Assim, finalizamos a apresentação e discussão dos resultados encontrados nessa investigação científica. Sabemos que ainda há nas falas dos sujeitos um terreno bastante fértil para ser explorado, bem como na literatura consultada e utilizada. No entanto, os objetivos traçados com vistas a elucidação do nosso objeto e das questões que nortearam esse estudo, foram atingidos. Partiremos para as nossas considerações finais, mas na certeza de que a discussão acerca da temática tem uma fonte inesgotável de possibilidade de reflexão, análises e inquietações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imersão no objeto do nosso estudo e o acolhimento na atenção básica nos fez trilhar caminhos já desbravados em nossa experiência humana, profissional e acadêmica, mas, sobretudo, nos proporcionou um novo olhar sobre e acerca das práticas de produção de saúde e de cuidado.

Retomando os pressupostos do estudo, foram confirmados, pois ficou posto que a discussão em torno da humanização da atenção à saúde, tendo o acolhimento como um dos elementos principais, ainda se constitui em uma grande necessidade dos serviços e profissionais de saúde, sobretudo na atenção básica, onde momentos de capacitação das equipes e processos de implantação do acolhimento, enquanto diretriz operacional para organização dos serviços, ainda são incipientes (pontuais e focais) ou inexistem.

O desenvolvimento desse estudo nos possibilitou avançar na compreensão do acolhimento como um momento privilegiado de encontro entre os diversos atores do campo da saúde (usuários, trabalhadores, gestores).

Analisamos que, apesar do acolhimento ser compreendido pelos enfermeiros como uma forma qualificada de recepcionar o usuário, também podemos notar que prevalece o entendimento de que acolher o usuário é escutar atentamente suas demandas e tentar dar retorno positivo às suas necessidades, mesmo que diante de uma concepção genérica sobre o acolhimento.

Foi possível também, identificarmos que há desconhecimento e falta de educação permanente dos enfermeiros da estratégia Saúde da Família sobre a Política de Humanização e o acolhimento, e assim não há nas unidades visitadas nenhum processo implantação da diretriz – acolhimento em curso, e o acesso dos usuários as unidade de saúde se configura nos moldes tradicionais (marcação de consulta, atendimento por ordem de chegada, distribuição de fichas), mesmo havendo priorização de grupos especiais de usuários. E essas modalidades de acesso, por sua própria natureza, têm caráter burocrático e excludente. Carecendo de uma instituição formal por parte do órgão gestor para que haja a implantação dessa diretriz, em conformidade com a PNH, acompanhado de um processo contínuo de educação permanente.

Este estudo buscou conhecer e analisar como o acolhimento é concebido e praticado pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família de Arapiraca – Alagoas no âmbito de suas práticas individuais e das equipes, identificando como realizam e participam do acolhimento em sua prática cotidiana. E também descrever os limites, desafios e dificuldades para implantação do acolhimento em consonância com a Política Nacional de Humanização. Assim, entendemos que a metodologia aplicada permitiu que os objetivos do estudo fossem alcançados.

A análise das entrevistas demonstrou que os enfermeiros entendem o acolhimento como uma forma de receber, atender, escutar, cuidar dos usuários que procuram o serviço de saúde e, entendem que essas ações devem ser realizadas por todos os membros da equipe de saúde, em qualquer momento de encontro com o usuário e suas necessidades, buscando também a integralidade na atenção à saúde.

A realização do acolhimento pelos enfermeiros é relatada por atitudes de uma escuta cuidadosa, de um ouvir atentamente o usuário, uma corresponsabilidade com a assistência prestada buscando dar resolutividade à demanda trazida. E a participação do enfermeiro ocorre principalmente na forma de capacitações, reuniões com a equipe e orientações constantes.

Vale destacar que as reuniões da equipe, sejam para discussões administrativas, operacionais ou para educação permanente ou capacitação, são momentos que devem ser valorizados e potencializados pelas próprias equipes de saúde e pelos gestores e gerentes do SUS, por ser nesses encontros da equipe que se processam momentos de grande potencia para a qualificação dos trabalhadores e profissionais.

Os principais limites e desafios para o acolhimento descritos pelos enfermeiros estão relacionados com a deficiência na política de saúde, carência de profissionais acarretando em sobrecarga de trabalho, pouca valorização e estrutura física das unidades deficiente para um bom acolhimento. A imposição de metas (número mínimo de consultas, visitas e procedimentos) aparece nas falas dos sujeitos com entrave para um acolhimento adequado aos usuários. Evidenciando a captura do “trabalho vivo em ato” pelo “trabalho morto”.

Mas, sobretudo a ausência de capacitação acerca a temática, o que possibilitaria um maior e melhor entendimento acerca dos processos de humanização é sua aplicação.

Um desafio apresentado pelos enfermeiros está diretamente ligado com a relação estabelecida entre os profissionais das equipes. A dificuldade de exercer um autêntico trabalho em equipe constitui-se como um dos grandes desafios a ser superado pelas equipes e pelos enfermeiros.

Para os sujeitos do estudo o papel do enfermeiro no acolhimento é principalmente coordenar o trabalho da equipe de saúde, capacitando, orientando e sensibilizando os demais profissionais para a promoção de atitudes acolhedoras junto aos usuários do serviço.

O acolhimento praticado pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família precisa ser melhor entendido, para que esses profissionais (bem como toda a equipe) sejam instrumentalizados para a operacionalização da política de humanização.

Entendemos que se faz necessário qualificar o contato com o usuário por meio do acolhimento enquanto um ato intencional de cuidado, tanto dos enfermeiros como de toda a equipe de saúde. Para isso, a adoção da diretriz do acolhimento pelo serviço pode se constituir numa enorme possibilidade de qualificação dos encontros usuário-profissionais, profissionais-profissionais, profissionais-gestores e gestores-usuários.

Contudo, tem que ser uma prioridade da gestão do SUS municipal, acompanhado de um forte processo de educação permanente das equipes e de um envolvimento consciente da comunidade, podendo contar com a participação dos conselhos locais e municipal de saúde e com os diversos órgãos da secretaria de saúde, articulando toda a rede de atenção para que o princípio da integralidade seja buscado incansavelmente e não seja apenas um horizonte utópico do SUS.

Cabe também outra ressalva acerca do papel das instituições formadoras (universidade, escolas técnicas etc.), que precisam abordar a temática da humanização, da Política Nacional de Humanização e suas diretrizes constitutivas (acolhimento, vínculo, clínica ampliada, co-gestão etc.), bem como da micropolítica do processo de trabalho em saúde, pois essas instituições são responsáveis por inserir os profissionais nos serviços de saúde, sejam como gestores ou na produção

direta das ações de saúde. Não se pode delegar sistematicamente aos serviços a tarefa de complementar a formação acadêmica, pois a esse cabe a educação permanente nos serviços, mas os conceitos básicos que envolvem o trabalho em saúde devem ser acumulados ainda na vida acadêmica.

Esse estudo desperta a necessidade de realizarmos outros trabalhos, sejam de pesquisa, de extensão e também educativos, como oficinas, capacitações, conversas abertas e permanentes, e talvez até a construção de instrumentos formais (documentos, diretrizes, protocolos orientadores, por exemplo) sobre a importância de constituição de serviços e profissionais acolhedores, que contribuam com a melhoria da atenção à saúde dos indivíduos e comunidade.

Para o enfrentamento das dificuldades e desafios levantados nesse estudo, é preciso haver uma abertura para a população se posicionar a respeito do funcionamento e estruturas do serviço, como também uma priorização por parte da gestão e coordenações dos programas de saúde.

Por fim, mas sem a pretensão de esgotar o debate, consideramos que as reflexões, análises, informações e considerações trazidas com a realização desse estudo abrem diversos espaços de possibilidades para continuarmos a nos debruçar sobre as temáticas levantadas. E que o resultado desse estudo sirva de instigação para a realização de muitos outros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (Orgs). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.61-112.
- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. V.9, agosto, 2001.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ARAPIRACA. Secretaria Municipal de Saúde, Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa. **Cartilha do Conselheiro de Saúde de Arapiraca/AL**. Arapiraca, 2010.
- ASSIS, M.M.A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A. et al. (Orgs). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. p.13-38.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284p. (Coleção Clássicos para integralidade em saúde).
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.49-83.
- BACKES, D.S. et al. O Papel Profissional do Enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da Saúde Comunitária à Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17 n.1, p 223-30, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en>. Acesso em: 14 mar. 2012.
- BAPTISTA, T.W.F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.11-42.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRA, D.C.C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 08, n.03, p.422-430, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 17 jul. 2011.

BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O Processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2012.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 561-571, 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2013.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. V.9, n.17, p.389-406, mar/ago, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Documento para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 40 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadernos de Informação de Saúde. **Caderno do Estado de Alagoas**. Arapiraca, 2009b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/al.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 256 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos HumanizaSUS; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 208 p. (Série E. Legislação de saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15 (supl.3) p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en>. Acesso em: 01 mar. 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.220.

_____. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E, ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.229-66.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010. p.126.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.113-26.

COCCO, M.I.M. **A Ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva**. 1991, 159 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1523-31, 2009. Disponível

em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2012.

COLLET, N; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.56, n.2, p.189-192, mar/abr, 2003. Disponível em: Acesso em: 17 mai. 2012.

CORBO, A.D.; MOROSINI, M.A. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. (Série Trabalho e Formação em Saúde). p.157-81.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.62, n. 1, fev, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 212 p. (Saúde em Debate; 162).

DAMASCENO, R.F. *et al.* O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J Health Sci Inst**. V.30, n.1 p.37-40, 2012. Disponível em: Acesso em: 22 jul. 2012.

DELEUZE, G. Os intercessores. In: DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992. p. 155-172.

DESLANDES, S.F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.33-47.

DIAS, L.P.M. et al. Possibilidade de conhecimento e arte na produção de inventos de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. V.5, n.1, p.92-110, 1996. Disponível em: Acesso em 16 jul. 2011.

FALK, M.L.R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v.13, n.1, p. 4-9, 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/350/291>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

FELDMAN, C.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 13. ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.

FERREIRA, V.S.C.; ANDRADE, C.S. FRANCO, T.B. Cartografia do trabalho do enfermeiro na ESF da Itabuna, Bahia. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S. FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografia da estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.79-102.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.38, n.2, 143-51, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2012.

FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografia da estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.164. (Saúde em Debate; 202).

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. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p. (Saúde em Debate; 155).

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.575-625.

GONDIM, A.P.S. et al. Saúde da Família como estratégia de articulação de saberes e práticas. In: SILVA, R.M.; JORGE, M.S.B. (Orgs.). **Cuidado em saúde: desafios e prática**. Fortaleza: EdUECE/UNIFOR, 2011. p. 273-89.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.19, n.3, mai-jun. 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 20 nov. 2012.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 107-140.

MÂNGIA, E.F.; et al. Acolhimento: uma postura. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo. V. 13, n. 1, p. 15-2, 2002. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042002000100004&lng=pt>. Acesso em: 18 abr. 2012.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L; A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Cienc Cuid Saude**. V.6, n.3, 351-356, jul.-set, 2007.

MATUMOTO, S.; et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.17, n.6, nov-dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_12.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2012.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1998.

MEDEIROS, F.A.; et al. Acolhimento unidade básica de saúde: um enfoque na satisfação do usuário. **Rev. Salud Pública**. V.12, n. 3, p. 402-413, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 1 mar. 2012.

MERHY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p. (Saúde em Debate; 145).

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p118-122, jan/abr. 2002. Disponível em: <<http://docvirt.com/DocReader.net/saveasfile.aspx?cache=cache/4829901292187&arq=Arquivo.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.427-32.

MERHY, E.E.; et al. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S. FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado**: cartografia da estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009. p.19-44.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p. (Saúde em Debate; 46).

MISHIMA, S.M.; et al. Trabalhador de Saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação Gestor/Trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Organizador por André Falcão et al. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.137-156.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2071-85, 2012. Disponível em: Acesso em: 16 nov. 2012.

NERY, S.R. **O Acolhimento no cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina-PR**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2006.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.435-72.

OLIVEIRA, L.; TUNIN, A.; SILVA, F. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.11, n. 4, p.362-73, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/394/133>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set.1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacao-Atencao-Primaria-Saude-Americas.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.547-73.

PEREIRA, M.J.B.; et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.62, n.5, p.771-7, set-out, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.180.

_____. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p.320.

_____. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p.228.

PINHEIRO, T.X.A. O trabalho e a Administração. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Administração**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. (Série Trabalho e Formação em Saúde). p.37-77.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.62, n.5, p.739-44, set-out, 2009.

RIBEIRO, L.C.C.; ROCHA, R.L.; RAMOS-JORGE, M.L. Acolhimento de crianças em atenção primária à saúde: um estudo sobre as atitudes dos membros da equipe de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n. 12, p. 2316-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2012.

ROSA, R.B. “**A doença não marca hora, não marca dia**”: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 2006.

SAKATA, K.N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, I.M.V.; SANTOS, A.M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública**. V.13, n. 4, p. 703-716, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400015&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000400015>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

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, v.20, n.6, p.1487-94, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar 2012.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; SILVA, Y.F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. V. 3, n. 31, p. 303-14, out.-dez., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2012.

SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. Como Práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. bras. enferm**. V.62, n.3, p.424-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SILVA, J.P.V.; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.43-73.

SILVA JR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p.242-46.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Supl. 1, p.100-10, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.726.

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, p. 331-40, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2012.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. 237p. (Sala de Aula 3).

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-97, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 abr. 2013.

_____. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p.91-113.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p.3615-24, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2012.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.185-203.

TRESSE, V.P. **Acolhimento e Vínculo na Assistência Prestada ao Portador de Diabetes em uma Unidade Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro.** 2008, 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.531-562.

ZIMMERMANN, L.C.B. **As consequências impremeditadas do acolhimento na Atenção Básica,** 2010, 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Solicitação para realização do estudo á Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**À Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca
Exmª Srª Sandra Márcia – Secretária Municipal de Saúde**

Prezada Secretária,

Eu, **Jarbas Ribeiro de Oliveira**, aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL (Mestrado) venho através deste solicitar a autorização desta Secretaria para execução do trabalho de dissertação do curso de mestrado intitulado **Acolhimento na Atenção Básica á Saúde na perspectiva do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família** que será realizado no ano de 2012, sob orientação da Profª Drª Maria Cícera dos Santos Albuquerque.

O projeto tem como objetivo geral *conhecer como o acolhimento é concebido pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família de Arapiraca – Alagoas no âmbito de suas práticas individuais e das equipes*, e contará com uma metodologia qualitativa na qual coletaremos os dados através de uma entrevista semi-estruturada, conforme projeto de pesquisa que segue em anexo.

Desde já agradeço a sua atenção e autorização.

Arapiraca, 02 de julho de 2012.


Jarbas Ribeiro de Oliveira
CPF 027.292.164-56


Sandra Márcia da Costa Pereira Lima
Secretária Municipal de Saúde
Arapiraca - AL

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista aos Enfermeiros da estratégia Saúde da Família de Arapiraca



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRANDO: Jarbas Ribeiro de Oliveira
 ORIENTADORA: Profª Drª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista: ___/___/2013 Início: ___:___ Término: ___:___ Local: _____
 Código da Entrevista: _____ Número da Entrevista: _____

Nome: _____ Sexo: ___ Idade: ___ anos.
 Estado Civil: _____ Nº de Filhos: _____ Religião: _____

Instituição de Ensino onde se graduou: _____ Ano: ___ Estado: ___
 Possui outra graduação? _____ Se sim, em que área: _____ Ano: _____
 Especialização/outros: _____ Instituição: _____
 Tempo de serviço em Atenção Básica: _____ Tempo de serviço na UBS pesquisada: _____
 Tipo de Vínculo Empregatício: _____ Renda Mensal: _____
 Possui outro(s) vínculo(s) empregatício(s)? _____ Na saúde? _____ Em que área? _____

Endereço de Residência: _____ Nº _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ - _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
 Endereço Eletrônico (E-Mail): _____

Outras Informações:

--

ABERTURA DA ENTREVISTA

Conforme explicitado no TCLE que assinou, você está sendo convidado a responder este roteiro para atender os objetivos desta pesquisa. As perguntas são na sua maioria abertas, ficando ao seu critério responder da sua maneira. Em caso de dúvida posso está lhe esclarecendo, deixe-se levar pela sua naturalidade e espontaneidade para que fluam as respostas.

Entrevista Semi-Estruturada

ROTEIRO

1. O que você entende por ACOLHIMENTO?

1.1 - Conceitue Acolhimento, na sua perspectiva/visão.

1.2 – Você conhece as diretrizes do ACOLHIMENTO para a atenção básica?

1.2.1- Das diretrizes para o Acolhimento na ABS, qual(is) delas você conhece?

1.2.2 - Mais alguma? Descorra/fale mais sobre isso.

NO CASO DE DESCONHECIMENTO: *Qual a razão/motivo para que você não tenha tido acesso a esse conhecimento?*

2. Como o ACOLHIMENTO é realizado em sua Unidade Básica de Saúde.

2.1- Quem da equipe de saúde realiza o ACOLHIMENTO? Como é o envolvimento da equipe?

2.1.1 - Como o serviço se organiza para o acolhimento aos usuários?

2.1.2- Como o ACOLHIMENTO é organizado no serviço/UBS? Como é o processo do Acolhimento?

2.2 – Como você (Enfermeiro) **realiza** o ACOLHIMENTO em sua prática cotidiana na UBS?

*2.2.1 - Qual é a sua contribuição para a **realização** do acolhimento na UBS?*

3. O ACOLHIMENTO realizado na UBS segue as orientações da Política Nacional de Humanização (PNH).

3.1 - No contexto da sua UBS, o que é e como é adotado o Acolhimento (as diretrizes, suas orientações, princípios da PNH).

*3.1.1 - Como o Enfermeiro **participa** do Acolhimento realizado na UBS?*

3.2 - Houve um processo de implantação do ACOLHIMENTO, a luz da PNH? Você e a equipe de saúde passaram por uma capacitação específica sobre essa temática (PNH e Acolhimento na Atenção Básica)?

3.2.1- Como você e sua equipe foi/foram preparados para a operacionalização/aplicação da PNH e do Acolhimento?

3.2.2 – Caso não tenha sido implantado, o que contribuiu para isso?

4.a) Quais os **limites** (dificuldades/limitações) para **implantação** do ACOLHIMENTO na sua UBS?

b) Quais os **limites** (dificuldades/limitações) para **realização** do ACOLHIMENTO na

UBS?

4.1 - E as suas em particular?

4.2 - O que foi feito (ou o que vem sendo feito) para lidar/superar esses limites/dificuldades?

5. Quais os desafios da realização do ACOLHIMENTO na atenção básica para o enfermeiro na sua UBS?

5.1 - E para você quais são os desafios?

6. Descreva os desafios do Enfermeiro para implantação do Acolhimento na unidade.

7. Descreva as **dificuldades** do Enfermeiro na implantação do Acolhimento, em consonância com a PNH.

8. O que você acha que deve ser potencializado (feito) para a adoção/realização do ACOLHIMENTO em sua unidade?

8.1- Por você enfermeira?

8.2- Pela equipe?

9. Qual o papel do enfermeiro para Acolhimento preconizado na PNH e nas diretrizes do Acolhimento?

10. Como o enfermeiro pode contribuir com o Acolhimento conforme preconizado na PNH e nas diretrizes do Acolhimento?

Agradecimentos

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____ tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **Acolhimento na atenção básica à saúde na perspectiva do enfermeiro da estratégia Saúde da Família**, recebi do mestrando Jarbas Ribeiro de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. Que o estudo se destina a investigar o Acolhimento realizado pelo enfermeiro da estratégia Saúde da Família;
2. Que a importância deste estudo é a de contribuir para a melhoria da qualidade do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família;
3. Que os objetivos que se desejam alcançar são:
 - Conhecer como o acolhimento é concebido pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família de Arapiraca – Alagoas no âmbito de suas práticas individuais e das equipes;
 - Conhecer a concepção dos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família sobre o conceito de acolhimento na atenção básica;
 - Identificar como o enfermeiro realiza o Acolhimento em sua prática cotidiana;
 - Analisar qual a participação do enfermeiro no Acolhimento realizado na Unidade Básica de Saúde;
 - Descrever os desafios/dificuldades do enfermeiro na implantação do Acolhimento em consonância com a Política Nacional de Humanização.
4. Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
 - A identificação das práticas e das tecnologias do acolhimento realizada pelo enfermeiro da estratégia Saúde da Família;
 - Maior interação entre os usuários e a equipe de saúde;
 - Aplicação dos princípios do SUS nos modos de operar o Acolhimento na atenção básica;
 - Construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos na atenção básica;
 - Sensibilização maior dos profissionais da equipe para os aspectos subjetivos da relação profissional/usuário;
 - Serviços de saúde mais Humanizados e Acolhedores.
5. Que esse estudo começará em **janeiro de 2013** e terminará em **março de 2013**;

6. Que o estudo será feito da seguinte maneira: A obtenção das informações se dará por meio de entrevista individual, com gravação em áudio por meio de gravador de voz, na UBS onde atuo. Ocorrerá em sala fechada, protegida de interferência externa, com duração máxima de 90 (noventa) minutos. E, caso haja necessidade, poderei ser entrevistado mais de uma vez para complementação de informações;
7. Que eu participarei de todas as etapas da pesquisa caso seja necessária;
8. Que os desconfortos que poderei sentir com a minha participação são o incômodo em compartilhar informações individuais e coletivas e inibição ou arrependimento por ter falado;
9. Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: capacitação para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários da atenção básica/saúde da família do município de Arapiraca. As vantagens também são expressivas tanto para os familiares quanto para os profissionais.
10. Que deverei contar com a assistência da equipe técnica da pesquisa, coordenada pela **Profª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque**, no LACOLHE (Laboratório de Acolhimento) localizado na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (EENFAR/UFAL), Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, Maceió-AL. Telefone: (82) 3214-1154.
11. Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
12. Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a responder qualquer pergunta ou interromper a minha participação no estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
13. Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
14. Que não serei remunerado sob qualquer forma e nem pagarei para participar desta pesquisa. Mas, caso ocorra algum dano (previsto ou não neste Termo) irei procurar os direitos que me cabem e os devidos ressarcimento pelos danos causados em virtude da realização deste estudo.
15. Que estou recebendo duas vias deste Termo para assinatura, ficando uma sob os meus cuidados e a outra sob os cuidados do pesquisador.
16. Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos desconfortos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.**

Endereço do(a) participante voluntário(a)

Endereço: _____	Nº ____
Bairro: _____	Cidade: _____
UF: ____	
CEP: ____ . ____ - ____	Telefone: (____) _____
Endereço Eletrônico (E-Mail): _____	

Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

<p>Orientadora: Profª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque Instituição: Universidade Federal de Alagoas Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, - Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR Bairro: Tabuleiro do Martins / Nº: s/n CEP/Cidade: Maceió - AL, CEP: 57072-970 Telefones p/contato: (82) 3214-1154 Endereço Eletrônico (E-mail): cicera.albuquerque@hotmail.com</p> <p>Orientando: Jarbas Ribeiro de Oliveira Instituição: Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca Endereço: Av. Manoel Severino Barbosa, s/n - Bairro: Bom Sucesso - CEP: 57.309-005 Cidade: Arapiraca – AL. - Telefones p/contato: (82) 3482-1808 / 9600-4030 Endereço Eletrônico (E-mail): jarbasribeiro@hotmail.com</p>

<p>Contato de urgência: Profª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque Rua Japurá Q D Lote 16 – Loteamento Caramurus. Bairro: Feitosa – CEP: 57.043-060 Cidade: Maceió Telefone: (82) 8812-4544</p>
--

<p>ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE) FEJAL : Rua Cônego Machado, 918. Farol, CEP.: 57.021-060 – Maceió – Alagoas Telefone: 3215-5062 Correio Eletrônico: cepcesmac@gmail.com</p>
--

Arapiraca, ____ de _____ de 2013.

<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
--	---

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTUIÇÃO

A Secretária Municipal de Saúde de Arapiraca, no uso de suas atribuições legais, com base nos princípios constitucionais do SUS e tendo assumido o compromisso da construção do Pacto pela Saúde com ênfase nas necessidades de saúde da população, definindo prioridades articuladas e integradas, declara estar ciente dos termos da Resolução 196 de 09/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para a realização do Projeto de Pesquisa: **ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, que será realizado ano de 2012, sob a orientação da professora **Dra. Maria Cícera dos Santos Albuquerque**, pelo aluno do mestrado: **Jarbas Ribeiro de Oliveira**, autorizando assim, a realização do mesmo nas Unidades de Saúde da Família deste município.

Arapiraca, 04 de Julho de 2012.


Sandra Márcia da Costa P. Lima
Secretária Municipal de Saúde.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino



Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 18 de Dezembro de 2012.

PARECER CONSUBSTANCIADO

I) IDENTIFICAÇÃO:

Protocolo nº: 1589/12 **Título:** Acolhimento na atenção básica a saúde na perspectiva do enfermeiro da estratégia Saúde da Família

Grupo III Área de conhecimento: Ciências da Saúde **Código:** 4.04

Pesquisador Responsável: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Instituição Responsável: Universidade Federal de Alagoas

Data de Entrada: 26/07/12 **Analisado na 142ª Reunião Ordinária Data da Reunião:** 05/12/12

II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

Este trabalho trata do Acolhimento na Atenção Básica à Saúde. Uma temática atualmente discutida nos diversos espaços de construção de saberes e práticas voltadas para a produção do cuidado em saúde e para a consolidação e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). A necessidade de ampliação de estudos deve-se ao fato de que ainda é incipiente a produção científica e tecnológica na área. Estudos sobre o acolhimento, enquanto uma postura individual e coletiva é uma necessidade para os serviços de saúde. Essa temática vem ganhando força e espaço de discussão nos últimos anos, sobretudo após o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde. Tendo em vista a importância do enfermeiro na reorganização da atenção básica, a partir da estratégia de Saúde da Família, e seu papel coordenador do cuidado, esse trabalho tem como objetivo conhecer como o acolhimento é concebido pelos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família de um município de Alagoas no âmbito de suas práticas individuais e das equipes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Os sujeitos desse estudo serão 53 enfermeiros da estratégia de Saúde da Família. Os participantes serão recrutados na sua respectiva UBS, após contato telefônico prévio, onde lhe será explicada a natureza da pesquisa para aquisição do TCLE. Os critérios de inclusão são enfermeiro/a com vínculo de trabalho efetivo ou contratado, atuante como enfermeiro na ESF há mais de 3 meses na mesma UBS e que aceite participar da pesquisa e os de exclusão são atuar de 3 meses na ESF e na UBS, e está em afastamento do trabalho na UBS, por férias, licença (maternidade, médica, etc). Para a produção das informações, será utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista individual semi-estruturada, as quais serão gravadas em aparelho (gravador de voz). Para análise dos dados, será empregada a técnica de análise de conteúdo, pela análise categorial (ou análise temática), realizada em três etapas: primeira etapa - Pré-Análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; segunda etapa - Exploração do Material: consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador deve buscar encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado; e a terceira etapa - Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permite colocar em relevo as informações obtidas. Durante o estudo poderá ter desconforto ou incômodo dos sujeitos em compartilhar informações individuais e coletivas, e inibição ou arrependimento de ter falado, portanto será garantida a privacidade. Serão identificados por uma numeração, e apenas os pesquisadores identificarão os sujeitos. Será respeitada a liberdade do participante em se recusar a participar, retirar algum conteúdo/trecho da entrevista, ou seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem imposição ou penalização alguma e sem prejuízo para a organização e funcionamento do serviço ou para a sua prática profissional. Este estudo trará benefícios para a população e para a organização do Sistema Único de Saúde, apresentando relevância social, visto que seus resultados contribuirão para a melhoria da qualidade da assistência prestada, na atenção básica, aos usuários da estratégia Saúde da Família do município e conseqüentemente do estado de Alagoas. Os benefícios também são relevantes para os profissionais, que refletirão sobre a temática da humanização e do acolhimento e poderão potencializar suas práticas e das equipes onde atuam. Será oferecida capacitação sobre a Política Nacional de Humanização, e especificamente sobre o Acolhimento na Atenção Básica à Saúde, se assim a gestão e os profissionais sentirem essa necessidade e desejarem. A capacitação poderá ser em formato de curso, oficina, palestra, treinamento em serviço, ou outra modalidade a ser discutida com a Secretaria Municipal de Saúde. Os enfermeiros participantes do estudo, sob hipótese alguma, sofrerão comprometimento em seu vínculo institucional

por razões desta pesquisa e também lhes será assegurado o acompanhamento pelos pesquisadores, tanto quanto informações e orientações necessárias, como por meio de capacitação sobre Acolhimento na Atenção Básica, se assim, a gestão e os profissionais, sentirem essa necessidade. Os critérios para interrupção são grande número de recusas em participar da pesquisa, dano à saúde física, social, psíquica, moral dos entrevistados que não tenha sido previsto no TCLE.

III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):

Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

IV) CONCLUSÃO DO PARECER

APROVADO

V) CONSIDERAÇÕES

Ilma. Profa. Dra. **Maria Cícera dos Santos Albuquerque**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 13/02/2013 e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

Atenciosamente,


Profa Alice Cristina Oliveira Azevedo
Coord. do COEPE/CESMAC