



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

NÁDIA BARRETO DOS SANTOS

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ, BELÉM, PARÁ: a visão de
usuários idosos.**

BELÉM

2016

NÁDIA BARRETO DOS SANTOS

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ, BELÉM, PARÁ: a visão de usuários idosos

•
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

BELÉM

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde – UFPA

Santos, Nádía Barreto dos.

Acolhimento na Estratégia Saúde da Família do Distrito Administrativo do Guamá, Belém, Pará: a visão de usuários idosos / Nádía Barreto dos Santos ; Marcos Valério Santos da Silva. — 2016

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Belém, 2016.

1. Acolhimento. 2. Idosos. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD: 22 ed.: 362.10981

NÁDIA BARRETO DOS SANTOS

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ, BELÉM, PARÁ: a visão de usuários idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 04 de março de 2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva / UFPA
Orientador

Prof^a Dra. Ana Cristina Vidigal Soeiro / UEPA
Examinador

Prof^a Dra Liliane Silva do Nascimento / UFPA
Examinador

Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira /UEPA
Examinador

Aos meus pais e irmãos, que são a base da minha vida, e a meu orientador pela paciência,
confiança e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está na base de tudo, que é a minha luz e inspiração para construir um trabalho que seja útil àqueles que me rodeiam;

À família, meus pais Nilton Luís e Nércia Barreto, por apresentarem um amor concreto, que respeita e tem paciência. Por contribuírem para o processo de construção desta pesquisa, dando todo o apoio que eu precisei. À minha irmã Cycy, pelas palavras encorajadoras nos momentos que tudo parecia muito difícil, e ao meu irmão Nilton por ser uma inspiração para a concretização deste sonho;

Às irmãs que o movimento dos focolares me deu, que foram incansáveis nas orações e incentivos, e chegaram junto comigo até aqui;

Ao meu orientador, que me conduziu com sabedoria e confiança nessa construção, incentivou, instruiu, soube colher de mim o melhor que eu poderia oferecer, ajudando-me a aprender e crescer com cada dificuldade;

Ao amigo Fernando Dantas pelas palavras motivadoras nos momentos difíceis;

À amiga Gilza Miranda por nunca desistir de me dar forças, pela tranquilidade, pela esperança que imprimia em meu coração;

Aos amigos que convivem comigo, acompanharam o processo e me incentivaram;

Aos colegas da turma de mestrado por fazerem com que os momentos vividos nesses dois anos fossem mais leves, prazerosos, felizes, e de grande aprendizado;

Aos usuários participantes da pesquisa, que foram essenciais;

À Ana, secretária deste programa de mestrado, pela dedicação e boa vontade em fazer com que os caminhos se tornassem menos cansativos.

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

(Goldim, 2006).

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos idosos de uma Estratégia Saúde da Família do Distrito do Guamá, Belém, Pará (ESF) sobre o acolhimento, bem como as dificuldades enfrentadas e suas expectativas, partindo do conhecimento destes usuários sobre o tema e observação da dinâmica de atendimento na ESF. Levando em consideração a realidade do número cada vez maior de idosos nos serviços de saúde e a necessidade de atendimento diferenciado, o Ministério da Saúde tem apontado como prioridade a expansão e qualificação da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família, bem como tem investido na formulação e implementação de políticas nesta direção. Em meio a esse contexto, o acolhimento tem um papel muito importante, pois ao possibilitar aos usuários a escuta de seus problemas e a resolução dos mesmos de forma qualificada, caracteriza-se como uma tecnologia que contribui para a organização do serviço, de forma a se garantir acesso universal e a resolutividade. É importante, portanto, a identificação de experiências sobre acolhimento no Sistema Único de Saúde. O desenho do estudo constituiu-se de abordagens quantitativas e qualitativas, realizado no período de junho a agosto de 2015, na ESF Parque Amazônia I do DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ, Belém, Pará. Os dados quantitativos foram obtidos através de um formulário com informações referentes ao perfil sociodemográfico dos usuários, dos quais foi feita uma análise descritiva. Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação participante. Foram entrevistados 20 idosos. A análise qualitativa foi realizada através da Análise de Conteúdo Temática de Bardin. A maioria dos idosos era do sexo feminino, possuía entre 60 e 70 anos, com renda familiar de apenas um salário mínimo. 50% deles era analfabeto e a maioria possuía cônjuge. Através da análise qualitativa foram encontradas 11 categorias, que foram agrupadas em quatro temas: **Acolhimento: o significado da palavra no olhar do idoso; Acolhimento como tecnologia para reorganização do serviço; Relação profissional de saúde-usuário: atitude empática que favorece o acolhimento; Acolhimento: tecnologia que contribui para a concretização de um modelo assistencial baseado na clínica ampliada.** O conceito de acolhimento que emergiu das falas dos usuários traduziu-se no desejo de ser bem tratado; ser recebido com carinho, paciência, a boa convivência e o respeito. Estas são características que mostraram a face relacional do acolhimento e o quanto é importante a relação entre profissional de saúde e usuário. No campo das atitudes práticas, passando além do conceitual, foi relatada a longa espera para o atendimento e para agendamento de consultas e exames, espaço físico inadequado, falta de alguns remédios, fazendo com que tenham que se deslocar até outras localidades, tendo que superar obstáculos geográficos e financeiros, caracterizando-se como dificuldades à concretização do acolhimento. Além disso, infelizmente, a lógica reducionista – curativista – baseada na fatura de remédios e médicos está instalada não obstante todos os esforços para a transformação desse modelo assistencial no SUS. Logo, o acolhimento, se realizado de maneira efetiva, representa um instrumento que pode contribuir significativamente para essa grande revolução na concepção de cuidado em saúde, tendo em vista que, através dele, o usuário é colocado no centro, trazendo melhores resultados para a sua saúde. Portanto, o estudo possibilitou uma reflexão sobre conceitos e características relacionadas ao acolhimento que se evidenciam na prática, ou que ainda estão por melhorar, trazendo novas perspectivas para a melhoria do sistema de saúde à luz desta diretriz.

Palavras-chave: Acolhimento, Idoso, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to know the perception of elderly in a Family Health Strategy from the District of Guamá, Belém, Pará (FHS) about the embracement, as well as the difficulties they have faced and their expectations, starting from the knowledge of these users on this topic and observation of the service at FHG. Considering the reality of the growing number of elderly in health services and the need for specific service for these people, the Ministry of Health has appointed as a priority the expansion and the qualification of the basic health care through Family Health Strategy, as well as has invested in the formulation and implementation of policies in this direction. In this context, the embracement has a very important role because, by enabling users the listening to their problems and their resolution in a qualified manner, it is characterized as a technology that contributes to the organization of the service, in order to ensure universal access and efficaciousness. Therefore it is important to identify experiences about the embracement in the Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde). The design of this study consisted of quantitative and qualitative approaches, conducted in the period from June to August, 2015 in the FHS Parque Amazônia I of ADMINISTRATIVE DISTRICT of Guamá, Belém, Pará. The quantitative data were obtained through a questionnaire concerning to the sociodemographic profile of users, which were analysed in a descriptive way. The qualitative data were gathered by using semi structured interviews and the participant observation technique. 20 elderly were interviewed. Qualitative analysis was conducted using the Thematic Content Analysis proposed by Bardin. It was observed that most elderly were female. They aged 60 to 70 years old, with a family income of only a minimum wage. 50% of them were illiterate and most of participants had a spouse. By using qualitative analysis it was obtained 11 categories, which were grouped into four themes: **Embracement: the meaning of this word in elderly view; Embracement as technology to the service reorganization; Professional health-user relationship: empathetic attitude that promotes the embracement; Embracement: technology that contributes to the achievement of a health care model based on extended clinic.** The embracement concept that emerged from the speaking of the users was translated in the desire to be treated well, to be received with affection, patience, conviviality and respect. These characteristics showed the relational side of the embracement and how important is the relationship between health care professional and user. In the field of practical attitudes, passing beyond the conceptual view, it was reported the long wait for the service and for scheduling clinical appointments and tests, inadequate physical space, lack of some drugs, which results in the need to go to other locations, overcoming geographical and financial barriers, characterized as difficulties to the implementation of the embracement. In addition, unfortunately, the reductionist logic - “curativist” – based on abundance of medicine and doctors, it is installed, however all the efforts for the transformation of this health care model in SUS. Thus, the embracement, if it is carried out effectively, represents an instrument that can contribute significantly to this great revolution in the design of health care, considering that through it, the user is placed in the center, bringing better results to his health. Therefore, the study allowed a reflection on concepts and characteristics related to embracement that are evident in practice, or are yet to improve, bringing new perspectives to the improvement of the health under this guideline.

Key-words: Embracement, Elderly, Family Health Strategy

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AC- Análise de Conteúdo

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS- Atenção Primária a em Saúde

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

DAPES- Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

DAGUA- DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ

ESF- Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes)

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNH- Política Nacional de Humanização

PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNSPI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF- Programa Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMS- Unidade Municipal de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFPA- Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	Objetivos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	Mudanças na construção da saúde, partindo da Reforma Sanitária.....	17
3.2	Políticas de Saúde ao Idoso	20
3.3	Política Nacional de Humanização (PNH): construindo o SUS que dá certo.....	23
3.4	Diretrizes da PNH que caminham juntas com o acolhimento.....	26
3.4.1	Clínica Ampliada.....	24
3.4.2	Gestão Participativa.....	26
3.4.3	Valorização do trabalho e trabalhador	26
3.4.4	Garantia dos direitos dos usuários.....	27
3.4.5	Construção de redes de atenção à saúde.....	27
3.5	Acolhimento.....	28
3.6	Empatia: habilidade que favorece o acolhimento.....	34
3.7	Um enfoque no olhar do usuário: por que é importante avaliar?.....	36
4	ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA.....	38
4.1	Motivação para a escolha do tema e local de estudo	38
4.2	Tipo de estudo.....	39
4.3	Local e período de realização da pesquisa.....	41
4.4	Participantes.....	43
4.5	Procedimentos metodológicos.....	44
4.5.1	Coleta de dados.....	44
4.5.2	Procedimento.....	45
4.5.4	Análises de dados.....	49
4.6	Aspectos éticos.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICES.....	100
	ANEXOS.....	104

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional caracteriza-se como um dos fenômenos de maior impacto deste século, sendo resultado de um processo gradual de transição demográfica, fato evidenciado devido à queda das taxas de fecundidade e consequente alteração da estrutura etária. Verificando-se dessa forma o aumento mundial expressivo da população idosa, com o estreitamento progressivo da base da pirâmide populacional e alargamento do ápice (LITVOC, 2004; FONSECA, 2008).

Em toda história da humanidade, nunca se viu populações apresentarem expectativas de vida tão altas. Fato que resulta, dentre outros fatores, da implantação de políticas de saúde pública e da medicina preventiva, do desenvolvimento social e econômico (FREITAS et al., 2006).

Este fenômeno ocorreu, no Brasil, em um curto período, com aumento considerável do número indivíduos com mais de 60 anos. O Brasil teve em uma década, por exemplo, um aumento de 6,5 milhões de idosos, correspondendo a 10,8% da população, segundo o censo demográfico. Esta realidade gera importante impacto para o sistema de saúde (IBGE, 2010; CIOSEK et al., 2011).

Uma pesquisa que analisou a evolução do perfil de utilização de serviços de saúde, entre 2003 e 2008, no Brasil e nas suas macrorregiões através de dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) destes anos mostrou que o perfil de procura pelos serviços de saúde aumenta em função da idade (12% em 0 a 14 anos, 14% em 15 a 59 anos e 23% nos acima dos 60 anos (SILVA et al., 2011).

Veras (2009) corrobora com essa informação ao afirmar que um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares ocorrem com mais frequência. Portanto, há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes deste novo perfil (CHAIMOWICZ, 1997).

Tendo em vista essa realidade de grande procura por serviços de saúde, um aspecto fundamental é o investimento em recursos humanos, seja quantitativa ou qualitativamente. Dessa forma é de grande valia a realização de capacitações frequentes a fim de formar profissionais capazes de cuidar desta clientela que apresenta inúmeras alterações tanto de ordem física, social ou emocional (LIMA, 2010).

Considerando este panorama, a saúde tem um papel central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, que se associam ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente ligadas à doença e à dependência, constituídas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010c).

Dessa forma o grande desafio para a saúde no Brasil, no século XXI é fornecer suporte de qualidade de vida para essa grande quantidade de idosos, que apresenta em sua maioria níveis socioeconômico e educacional baixo e alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003).

Levando em consideração esta realidade, com o número cada vez maior de idosos nos serviços de saúde e a necessidade de atendimento diferenciado, o Ministério da Saúde tem apontado como prioridade a expansão e qualificação da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como tem investido na formulação e implementação de políticas neste sentido (CARVALHO, 2008).

Sabe-se que apesar da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persistem problemas que precisam ser superados. Dentre várias estratégias para a melhoria do sistema de saúde surge o Humaniza SUS, que estimula o enfoque à integralidade da atenção, manutenção de direitos do indivíduo e um olhar multidisciplinar. E de acordo com o mesmo humanizar significa: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com tecnologias leves como o acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2010a; CARVALHO, 2008; COHN, 2009).

Neste contexto, uma das populações a quem tem sido dada atenção especial pelo Ministério da Saúde é a idosa devido necessidade de atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar desta população, com ênfase nos diversos níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às diferentes fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Esta atenção deve estar baseada em um atendimento integral, adequado, de qualidade, humanizado e oportuno (BRASIL, 2010c).

Portanto, a saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde; tendo como uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde, a Área Técnica Saúde do

Idoso. Esta deixa claro que são necessárias mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento (BRASIL, 2010c).

Compreende-se que, em qualquer que seja a modalidade de atendimento em saúde, o cuidado humanizado se constitui como aspecto essencial para uma atenção de qualidade as pessoas. Neste sentido, a humanização configura-se como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo, gerando expectativas assistenciais, que se configurem como expressão de suas necessidades sociais de saúde, expressas na dimensão do acolhimento (BRASIL, 2004a).

Neste contexto, o acolhimento, tem um papel muito importante, possibilitar aos usuários a escuta de seus problemas e a resolução dos mesmos de forma qualificada, caracteriza-se como uma tecnologia que contribui para a organização do serviço, de forma a se garantir acesso universal, resolutividade. É importante, portanto a identificação de experiências sobre acolhimento no SUS (CARVALHO, 2008).

O acolhimento, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), enfatiza as questões de organização e prática do trabalho, com destaque para a dimensão ética e política na postura dos profissionais em contato com a clientela, além de contribuir para transformações no modelo assistencial e de gestão, favorecendo o cuidado interdisciplinar e incluindo outras abordagens na compreensão das demandas dos usuários e dos processos de saúde-adoecimento (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Contribuindo assim, na reestruturação da prática cotidiana dos serviços de saúde o acolhimento deve ser entendido como a possibilidade de construir um novo comportamento, sendo compreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir, possibilitando responder de maneira adequada a cada demanda requerida pelo usuário, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta, garantindo assim o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde (SANTOS, 2007).

Quanto ao acesso, ao articular-se com o acolhimento, estes se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do SUS brasileiro, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas (SOUZA et al., 2008).

No que diz respeito à acessibilidade, Franco, Bueno e Merhy (1999) afirmam que as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos podem ser evidenciados pelo acolhimento, como etapa do conjunto do processo de trabalho que é desencadeado na relação do profissional com o usuário.

Isso é possível porque o acolhimento tem como um de seus princípios o atendimento a todas as pessoas que procuram por atendimento, com garantia de acessibilidade universal, fazendo com que se realize uma inversão na lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Neste sentido, Matumoto (1998) afirma que o acolhimento tem se caracterizado como um processo, especificamente de relações humanas; devendo ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Esta atitude não deve se limitar ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde, com a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço.

Fracolli e Zaboli (2004) ao analisarem o processo de acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família afirma que embora os conceitos sobre acolhimento estejam apreendidos, a sua operacionalização ainda é uma tarefa complexa para as ESF, tendo em vista a observação de acolhimento traduzido em ações instituídas como triagem, consulta agendada, encaminhamento, normas de acesso, etc. Apesar disso as autoras defendem que buscar operacionalizar o conceito de acolhimento é uma maneira de produzir ruídos no processo de trabalho da Unidade de Saúde, com o intuito de construir uma nova modalidade de assistência à saúde.

Percebe-se na prática cotidiana que ainda é necessário avançar muito em atitudes acolhedoras que contribuam para a humanização da assistência, especialmente no que diz respeito à população específica de idosos, visto que este deve permear transversalmente todos os processos de atendimento.

Estudos referentes à avaliação do acolhimento na perspectiva da pessoa idosa foram pouco encontrados. Em minha pesquisa foram identificados apenas dois trabalhos que abordavam a visão de usuários idosos. Sendo que um deles investigou o atendimento de um serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Portanto, apenas um trabalho esteve relacionado à atenção básica.

Dessa forma, justifica-se a relevância deste estudo, pois ao identificar como os idosos avaliam o atendimento a eles prestado na perspectiva do acolhimento é possível direcionar de forma mais adequada o atendimento que necessitam.

Além disso, perante esta realidade de carência de trabalhos mostrando a visão de idosos, percebe-se a necessidade de pesquisas acerca do acolhimento aos idosos na atenção básica. É necessário repensar de que forma as políticas e práticas ao idoso tem sido construídas, levando-se em consideração o rápido crescimento dessa população que requer um cuidado especial (LIMA, 2010).

O acolhimento contribui para a construção de um sistema de saúde cada vez mais resolutivo. Constituindo-se mais uma justificativa para a relevância de estudos que abordem este tema.

Portanto, é necessário identificar como tem sido feito esse acolhimento em uma Estratégia Saúde da Família do município de Belém, qual a visão dos usuários idosos quanto a esta temática. Como o acolhimento, enquanto diretriz de melhoria do processo de cuidado tem se relacionado com aspectos inerentes à gestão?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos idosos usuários de Estratégias Saúde da Família do Distrito do Guamá de Belém, Pará sobre o acolhimento em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos idosos entrevistados;
- Descrever as dificuldades enfrentadas pelos usuários no que diz respeito ao acolhimento;
- Conhecer as expectativas dos usuários em relação à atenção e ao serviço prestado

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MUDANÇAS NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE, PARTINDO DA REFORMA SANITÁRIA

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), um dos seus filhos mais diletos, reconhecidamente a partir da sua formalização pela Constituição Cidadã. Essa história, porém, antecede 1988 e foi construída pelos movimentos sociais de mulheres e homens que construíram a Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

Esta Reforma nasce como ideia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Está vinculada de um lado a crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo (PAIM, 2009).

Posteriormente esta ideia torna-se uma ‘proposta’, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas. Surgiu em 1979, durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados a proposição de criação do SUS, retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) (FLEURY, 2009).

A partir dessa conferência de 1986, a Reforma Sanitária configura-se como um ‘projeto’ em seu Relatório Final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas. Enquanto reforma social, o propósito da mesma era a concretização da democratização do Estado e da sociedade em meio a uma crise de hegemonia (PAIM, 2002; PAIM, 2009).

Como resultado desta luta do movimento sanitário por mudanças na saúde o SUS foi criado. Constituído-se em um marco para o acesso às ações e serviços de saúde com o princípio do universalismo para as ações de saúde e a implantação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (GUERREIRO, 2011).

Concomitante a todas essas transformações, a partir da década de 70 a crise do setor saúde com reconhecido colapso do modelo assistencial suscitou a emergência de uma proposta que transformasse a atenção à saúde. O Ministério da Saúde, então, propôs como alternativa a reestruturação da Atenção Primária a em Saúde (APS) através do Programa Saúde da Família como uma estratégia para superar este modelo, este posteriormente transformou-se na Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde sua criação em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) possibilitou maior visibilidade às novas formas de se

produzir saúde, particularmente, na Atenção Básica (PINAFO, 2008; ROCHA et al., 2008, SANTOS et al., 2010).

O Programa de Saúde da Família possui em sua essência as potencialidades para se transformar em uma proposta de intervenção em saúde que busca essa atuação mais emancipadora e transformadora dos sujeitos, e ao optar pela instituição do *acolhimento*, como um processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, incrementa essa potencialidade inicial (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006) caracteriza este nível de atenção como um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que apresenta um amplo alcance, agindo na promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde - ações a serem desenvolvidas através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (IBGE, 2010).

A Estratégia Saúde da Família traz a novidade, em relação à organização da Unidade Básica de Saúde (UBS), de o trabalho não estar centrado na unidade e sim no território, mais especificamente nas famílias. Contém em si a ideia mais forte de equipe de saúde, sendo inovadora a presença do Agente Comunitário de Saúde, tendo em vista sua capacidade de ampliar o diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e responsabilização (SOUZA, 2001).

Garante a integralidade das ações e a continuidade do cuidado ao articular os diversos níveis de atenção. É um modelo que enfatiza o trabalho em equipe, priorizando a família em seu território, além do acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção e reabilitação (GARUZI, 2014).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como um grande desafio a saúde no momento em que prevê a ruptura com o modelo assistencial biomédico, tendo agora um novo enfoque, centrado no usuário. Para que essa prática seja efetiva se faz necessário um novo modo de construir o cuidado, e sujeitos com nova forma de lidar, comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma visão de direitos sociais plenos (MERHY, 2007).

A fim de concretizar este novo modelo muito tem sido discutido sobre a humanização da assistência, devido sua relevância, pois está baseada, dentre outros princípios, na equidade, integralidade da assistência, resgatando assim, a valorização da dignidade do usuário e bem como do trabalhador (LIMA, 2010).

Nessa perspectiva, a ESF deve organizar-se de acordo com a necessidade que o usuário manifesta. Portanto, sua prática está baseada na mudança de paradigma, com o foco da atenção na família e comunidade. A partir desse olhar, o processo de trabalho centrado no interesse do usuário é o fator que norteia as práticas de cuidado em saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

Por se tratar de uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, constitui-se como porta de entrada do Sistema de Saúde, determinando o trabalho dos outros níveis de atenção, fornecendo serviços que possibilitem melhorar a saúde e trazer bem estar (STARFIELD, 2002; CORREA et al., 2011).

Para que se torne efetiva é necessária a criação de equipes multiprofissionais responsáveis por determinado território, atuando num espaço reconhecido por sua população adscrita e integrando a atenção de forma hierarquizada e regionalizada. Suas práticas devem ter caráter multidisciplinar, com a necessidade de desenvolvimento da capacidade de acolher os usuários, responsabilizando-se pelo indivíduo e grupo familiar, visando à resolução de seus problemas saúde e promovendo sua autonomia (STARFIELD, 2002; CORREA et al., 2011).

Através desse novo foco nas pessoas e na família são produzidos diversos resultados positivos como a melhoria na integração das atenções de promoção e prevenção de saúde, melhor compreensão psicológica das pessoas, facilitação da confiança e comunicação entre profissional de saúde e pessoa usuária, aumento da adesão ao tratamento; melhoria da qualidade de vida das pessoas; com consequente melhoria dos resultados sanitários (MENDES, 2012).

Esse novo modelo desenvolve-se através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social, sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2010; 2007b).

Para que tais mudanças se concretizem a relação dessa equipe com a população adstrita deve estar fundamentada na construção de vínculo. A equipe deve almejar constantemente mudanças na atenção à saúde, face às propostas de um modelo assistencial centrado no usuário, levando em consideração o compromisso ético com a vida, com a

promoção e a recuperação da saúde, de modo a garantir acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados (VIEGAS; PENNA, 2013a).

Para que essas demandas do usuário sejam atendidas é necessário empenho da equipe de Saúde da Família na resolução dos problemas de saúde dos usuários. Através do trabalho em equipe é possível a implementação do modelo de atenção que acolhe, que escuta as pessoas, ou seja, voltado a resolver os problemas de saúde das pessoas e da comunidade, de forma coparticipativa (VIEGAS; PENNA, 2013b).

Estas características estão ligadas ao conceito de integralidade, princípio do SUS, que é constituído por um conjunto de ações livre do reducionismo (fragmentação do cidadão), em que a assistência é realizada considerando o sujeito imbuído de sentimentos, desejos, preocupações. É garantida ao usuário e compreende todas as ações necessárias à saúde, com acesso a todos os níveis de complexidade. Esta assistência deve ser focada no indivíduo, na família e na comunidade. Entende-se desse modo que o atendimento integral vai além do tratamento da doença e o cuidado deve ser considerado nas suas dimensões técnica, política, social, econômica, cultural e espiritual (FERREIRA; CAMPOS, 2009).

Logo, essa integralidade deve ser construída em rede, ou seja, os serviços devem ser organizados na lógica do cuidar, com o objetivo de organizar o fluxo do indivíduo no serviço de saúde de acordo com sua necessidade, baseado na “linha do cuidado” de acordo com as distintas tecnologias (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Portanto a atenção básica tem sido vista como uma alternativa para alcançar a integralidade, por caracterizar-se por uma equipe de saúde com profissionais mais próximos da população e por priorizar a prevenção e promoção à saúde (FERREIRA; CAMPOS, 2009).

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE AO IDOSO

O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos de maior impacto deste século. Este é resultado de um processo gradual de transição demográfica, fato evidenciado devido à queda das taxas de fecundidade e conseqüente alteração da estrutura etária. Essas transformações vem provocando um aumento mundial expressivo da população idosa, verificando-se o estreitamento progressivo da base da pirâmide populacional e alargamento do ápice (LITVOC, 2004; FONSECA, 2008).

O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) estima-se que a população mundial de idosos alcançará 2 bilhões de pessoas em 2050, e até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, a maior parte deles com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais, com exigência de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos (VERAS, 2009).

Estas características da população que envelhece têm favorecido a necessidade de criação de políticas específicas direcionadas para esta população. No Brasil, desde 1994 algumas políticas surgiram a fim de garantir seus direitos e atender às suas necessidades tão peculiares. Essas políticas vão ao encontro dos princípios do SUS (GONÇALVES, 2011).

Uma das políticas instituídas foi a Política Nacional do Idoso, com o intuito de responder às demandas impostas pelo envelhecimento. Esta política foi criada a partir da regulamentação do SUS, para assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, possibilitar a promoção da autonomia e reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atenção. Essa lei foi posteriormente regulamentada pelo decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1994).

O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional é a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área. O Estatuto serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de resignificação da velhice, ele surge para favorecer a ampliação da resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2010c).

A garantia de proteção à vida e saúde por parte do Estado é assegurada no Art 9º desse Estatuto, onde se estabelece que sejam efetivadas as políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2010c).

Continuando na perspectiva de melhorar a atenção ao idoso, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual define a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2010c).

A Saúde do Idoso surge, como uma das prioridades do Pacto pela vida (uma das dimensões abordadas no pacto pela Saúde, emitido em 22/02/2006, através da Portaria/GM nº 399) e a oportunidade de se apresentar e discutir a nova realidade social e epidemiológica da

população brasileira. O Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2010c).

Partindo da premissa de que a Saúde do Idoso é uma das prioridades na saúde, cabe à Atenção Básica/Saúde da Família, de acordo com o princípio da territorialização, ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência. Esta atenção deve ser dada com o objetivo de proporcionar ou manter a pessoa idosa exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 2010c; 2007b).

Corroborando com esta ideia, Silvestre e Costa Neto (2003) afirmam que o cuidado deve estar apoiado especialmente na família e na atenção básica, de modo particular através das ESF, que devem representar para o idoso o vínculo com o sistema.

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010c).

Levando-se em consideração todas essas transformações que ocorrem com o processo de envelhecimento e suas consequências na procura do idoso pelos serviços de saúde, no que diz respeito a deslocar-se nos diferentes níveis de atenção, o idoso necessita de maior agilidade no sistema de saúde. Para esse indivíduo, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade pode bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde (COSTA; CIOSEK, 2010).

Percebe-se que, mesmo que as garantias previstas na lei 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, ainda não encontrem condições ideais para sua efetivação, devido à heterogeneidade das realidades regionais e dos idosos de nosso país e pelas dificuldades de integração das diversas políticas que tratam das pessoas idosas nas três esferas de gestão, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz em suas diretrizes condições necessárias para melhorar tal situação (BRASIL, 2010c).

Lima (2010) defende que a organização da rede do SUS é de fundamental importância para que as diretrizes essenciais da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso sejam cumpridas, tendo como propósito final a adequada atenção à saúde para os idosos.

De acordo com Gonçalves (2011), essas políticas voltadas aos idosos vão ao encontro das propostas da PNH, na medida em que traduzem a valorização da vida e uma aposta em estratégias que potencializem a qualidade da resposta assistencial do sistema de saúde, caracterizando-se por um projeto de construção coletiva.

O propósito final destas políticas voltadas ao idoso é fornecer uma saúde adequada e digna a eles, principalmente aos que tiveram seu processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que geram limitações ao seu bem estar (COSTA, 2009).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): CONSTRUINDO O SUS QUE DÁ CERTO

No processo de construção do SUS, identificando-se a necessidade de mudança na cultura de atendimento à saúde no País foi criado, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando estreitar relações tendo como objetivo a melhoria do atendimento a usuários e profissionais (BRASIL, 2008; CARVALHO; HIRATA, 2013).

Portanto, este programa tinha como meta a melhoria da qualidade de prestação de serviço, baseado no respeito à vida humana com ênfase no aprimoramento das relações entre todos os sujeitos envolvidos no processo (gestores, trabalhadores e usuários) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010a).

A partir de 2003 este programa se estendeu do âmbito hospitalar para o sistema de saúde como um todo, passando agora a se constituir como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), cuja meta principal era efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas de atenção e de gestão, de forma que estas fossem mais humanizadas e comprometidas com a defesa da vida (BRASIL, 2004a).

Logo, o Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política, ultrapassando o status de “programa”, tendo em vista que ele atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão (BRASIL, 2009a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) configura-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas de saúde. Na PNH é atribuído ao termo humanização os seguintes aspectos: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; solidariedade nos

vínculos estabelecidos; fomento da autonomia, do protagonismo, de co-responsabilidade, com a participação coletiva no processo de gestão, na produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, 2008; SOUZA; MOREIRA, 2008).

Estes princípios estão vinculados à tecnologia das relações, pois falar em protagonismo, corresponsabilidade e autonomia é falar em sujeitos que assumam a centralidade dos acontecimentos em saúde (NORA; JUNGES, 2013).

A PNH aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos entre os diversos sujeitos (BRASIL, 2009a).

Tem como objetivo provocar mudanças inovadoras nas práticas gerenciais e na produção de saúde, de forma a serem superados os limites, experimentando novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2010e).

De acordo com Merhy (2002), a lógica de produção de procedimentos tem sido predominante nos processos de produção de ações de saúde, dando forma aos modelos assistenciais. Esses modelos, portanto, tem se constituído mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), sem tanto compromisso com os usuários e suas necessidades. Voltando-se assim mais para os objetos do que para o que seria sua finalidade, aquela da produção de cuidados para que as pessoas vivam melhor.

Essa lógica da ação de saúde focada na da produção de procedimentos contribui para construir um modelo de saúde contraditório a missão do próprio SUS, que é o cuidado, tendo em vista que, os procedimentos passam a ser a finalidade do trabalho (MATUMOTO et al., 2005).

Por outro lado, a ação de saúde que tem como centro a produção do cuidado caracteriza-se por um trabalho orientado aos problemas, necessidades e à qualidade de vida do usuário. Essas ações não só produzem procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, mas têm seu foco nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário no cuidado de si (MATUMOTO, 2003).

Para que o trabalhador de saúde seja um operador do cuidado é necessário assumir o seu papel de cuidador, ampliando a utilização de diversas tecnologias como as leves, nos processos relacionais da clínica e da gestão. Capacitando-se, assim, a atuar com estas

tecnologias, que se caracterizam pelo vínculo, acolhimento, responsabilização, além de lidar com os processos gerenciais para operar a produção do cuidado, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo compromissos com a defesa da vida individual e coletiva (MATUMOTO, 2005).

A PNH surge para concretizar a produção de cuidado baseado nas relações, com foco no usuário. Através de sua consolidação, esta política visa trabalhar prioritariamente quatro pontos. São eles: redução de filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, as unidades de saúde esclarecerão informações e seus direitos contidos no código dos usuários, e gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, bem como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004a).

Apesar de vivenciarmos importantes avanços teórico-filosóficos, legais e nas práticas de atenção à saúde no cenário brasileiro, a humanização intrínseca a integralidade da assistência como princípio constitucional do SUS ainda é um grande desafio aos modelos de atenção e de gestão vigentes. Conhecimento acerca desses e de outros tópicos contribuem para o planejamento de estratégias de assistência humanizada e para o aprimoramento de modelos de avaliação qualitativa nos serviços públicos de saúde (ARRUDA; SILVA, 2012).

Neste sentido, se faz necessário entender que humanizar é propiciar um serviço de qualidade que depende da articulação de avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria de ambientes e condições de trabalho para usuários e profissionais. Portanto, buscam-se condições menos desgastantes para os trabalhadores com a compreensão mais ampliada do termo saúde e de sua relação com as situações de trabalho (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010e).

O problema de muitos locais está na falta de estrutura, por falta de capacitação dos profissionais ou de materiais favorecendo um serviço de má qualidade, com baixa resolubilidade. A precariedade nas condições técnicas pode provocar também atitudes não humanizadas na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva (LIMA, 2010).

Para que a humanização seja efetiva a PNH aponta algumas diretrizes que estão sempre por serem alcançadas, nunca prontas, sempre mais à frente. São elas: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, Ambiência, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde (BRASIL, 2009a).

A proposta do acolhimento, articulada com estas outras diretrizes que conduzem a mudança no processo de trabalho e gestão é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

3.4 DIRETRIZES DA PNH QUE CAMINHAM JUNTAS COM O ACOLHIMENTO

3.4.1 Clínica Ampliada

Convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas, o conceito se estende para além da doença. Significa construir processos de saúde de forma conjunta e participativa com a comunidade nas relações com o serviço (BRASIL, 2009a).

Esta diretriz prevê, de acordo com a necessidade que o usuário demanda a articulação entre os serviços de saúde e outros setores e políticas públicas a fim de promover saúde, pois entende que os diversos aspectos sociais, políticos, culturais e econômicos influenciam na composição da mesma (SUNDFELD, 2010).

Para que a clínica ampliada se concretize é necessário o uso de técnicas relacionais, através da escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc. A criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde é imprescindível (BRASIL, 2009a).

3.4.2 Gestão Participativa

Outra importante diretriz que contribui para a concretização da humanização é a co-gestão ou gestão participativa. É um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, e se configura como um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde (BRASIL, 2010f).

O modelo de gestão proposto pela PNH tem no seu centro o trabalho em equipe, a construção coletiva e deve ser realizada em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2010f).

3.4.3 Valorização do trabalho e trabalhador

Visa a valorização e garantia de inclusão na gestão, na construção das organizações de saúde, assegurando condições de trabalho que possibilitem o exercício da profissão de maneira digna, com ambientes e remuneração adequados. Essa valorização decorre da ampliação da capacidade de produzir processos democráticos mais amplos regidos pelo interesse público (BRASIL, 2010a).

3.4.4 Garantia dos direitos dos usuários

Esta diretriz caminha na direção da produção de co-responsabilização. A fim de se reafirmar os direitos, mas também fazê-los conhecerem seus deveres. Produzir saúde nessa nova perspectiva exige produção corresponsabilizada do cuidado, de forma que todos os sujeitos (usuários e trabalhadores) envolvidos no processo participem ativamente dessa construção. Os usuários têm direito a informação, inclusão nas práticas de saúde de pessoas de sua confiança, direitos de serem respeitados quanto à sua opção sexual, religiosa e política; direito a uma equipe de saúde de referência que cuide dos processos de relação com os outros trabalhadores e serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

3.4.5 Construção de redes de atenção à saúde

Tendo em vista um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas, tornou-se imperativa e indispensável a construção de redes, a fim de criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2009c).

A rede de atenção compõe-se por um conjunto de serviços e equipamentos de saúde presentes em um determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Deve organizar-se a partir da Atenção Básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde (BRASIL, 2009c).

Para que essa rede se concretize de forma efetiva é necessária a construção de vínculos afetivos e de tecnologias das relações possibilitando formas de comunicação fundamentais.

Não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas (BRASIL, 2009c).

A PNH aposta na efetivação de seus princípios e diretrizes, com destaque aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, potencializando a capacidade de criação do ser humano e valorizando sua autonomia na construção coletiva da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

3.5 ACOLHIMENTO

A noção de acolhimento no campo da saúde tem-se caracterizado algumas vezes como uma dimensão espacial, traduzindo-se em recepção administrativa e ambiente confortável. Em outros momentos tem sido considerada como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2010b).

Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde convivem com filas “madrugadoras” na porta; oferecem, muitas vezes, serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, não dando importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento; atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravamento do problema. O objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades (BRASIL, 2010b).

No entanto, o acolhimento, enquanto diretriz da PNH, enfatiza as questões de organização e prática do trabalho, com destaque para a dimensão ética e política na postura dos profissionais em contato com a clientela, além de contribuir para a reformulação do modelo assistencial e de gestão, favorecendo o cuidado interdisciplinar e incluindo outras abordagens na compreensão das demandas dos usuários e dos processos de saúde-adoecimento (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas acima de tudo, uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Dessa forma, ele se diferencia de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004a).

Seu conceito se concretiza cotidianamente nos serviços de saúde através da escuta qualificada e resolução das demandas do usuário de acordo com as possibilidades do serviço.

Sua efetividade deve se expressar na qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que pode ser direcionado (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Humanização (PNH) exemplifica que acolhimento e inclusão do usuário devem promover a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. É uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, existente desde meados de 2003. Tem como propósito contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, através do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008).

É uma maneira de trabalhar os processos de trabalho em saúde, de modo a receber todos que buscam atendimento nos serviços de saúde, escutando suas solicitações e adotando no serviço uma atitude adequada de escutar, acolher e oferecer informações apropriadas aos usuários. Requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, garantindo a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2010b).

A identificação da resolutividade dos serviços de saúde permite avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Esta avaliação pode ser realizada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado; o segundo, dentro do sistema de saúde, que se vai desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Segundo Degani (2002) para que um serviço seja resolutivo é preciso que ele tenha a capacidade de modificar de maneira positiva a condição de saúde de um indivíduo, família ou de um grupo (DEGANI, 2002).

Portanto, considera-se resolutividade a resposta satisfatória que o serviço de saúde favorece ao usuário quando este busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não está ligada essencialmente a cura de doenças, mas também ao alívio ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Complementando essa ideia, a resolutividade não deve estar associada somente ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo estabelecido com o usuário e ao significado dado à relação

profissional/usuário, além da à responsabilização das equipes, atitudes criativas e flexíveis das mesmas, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção e (SILVA, 2007; ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Torres et al. (2012) ao fazerem uma análise sobre o significado atribuído pelos profissionais da rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte - MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas de saúde, identificou que existe a preocupação da resolutividade como a resolução de problemas dos pacientes, utilizando-se a consulta como um momento de escuta, de direcionamento, diálogo e de apoio.

Lima et al. (2007) identificaram em seu estudo que na avaliação do acolhimento, os principais fatores valorizados pelos usuários foram o vínculo com o serviço de saúde e o desempenho profissional de quem presta o atendimento. Esses elementos apresentam grande importância quando se trata de atenção à saúde, na medida em que contribuem para a resolutividade e a satisfação das necessidades da clientela. O vínculo possibilita aos usuários segurança, fazendo com eles sejam conhecidos pelos trabalhadores do serviço, tornando-se mais fácil estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde (LIMA et al., 2007).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento surge no contexto da integralidade, constituindo-se como uma diretriz operacional que caracteriza-se por atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, reorganização do processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe de acolhimento, e qualificação da relação trabalhador-usuário, que deve ocorrer através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Merhy et al. (1997) consideram acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade como eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida. Para os autores, acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde, onde os usuários e profissionais produzem uma relação de escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles. Somente assim é possível consolidar-se uma relação entre acesso e acolhimento.

De acordo com Tesser, Poli Neto e Campos (2010), o conceito de acolhimento nasce com o intuito colaborar para a concretização da universalidade e equidade na interação dos serviços com os usuários. Estes serviços devem estar estruturados para trabalhar a partir de problemas reais dos usuários, sem deixar de fazer ações programadas e vigilância, não estando apenas centrados em agendas e procedimentos (consultas) ou em ações programadas para agravos e doenças epidemiologicamente relevantes.

Para Arruda e Silva (2012) o acolhimento constitui-se de forma especial pela escuta sensível, que leva em consideração as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação, quer seja na chegada ao serviço de saúde, quer seja ao longo do seu acompanhamento na unidade de saúde.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher manifesta-se através de uma atitude de inclusão, de um “estar com” e um “estar perto de”, aproximando os sujeitos envolvidos no processo. E é neste sentido de “estar com” ou “estar perto de”, que a PNH constitui o acolhimento como uma das suas diretrizes de maior relevância no SUS (BRASIL, 2010b).

É um processo inerente às práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo o paciente, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que permita analisar a demanda e, determinar os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação das redes internas dos serviços e redes externas com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2008).

De acordo com Fracolli e Zoboli (2003), o termo “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas diz respeito à atenção dispensada na relação, que envolve a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas.

A humanização do atendimento através de atitudes acolhedoras torna-se fundamental nos princípios existentes dentro das Equipes de Saúde da Família (ESF) para que se mantenha um vínculo sólido entre o profissional de saúde e o usuário. A medicina mecanicista e objetiva deve ser evitada, pois cria uma barreira entre o profissional de saúde e o usuário, tornando inviável que o acolhimento aconteça (CAMPOS, 1997).

Assim, o acolhimento tem se mostrado, na Saúde da Família uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da unidade (FRACOLLI; ZOBOLI, 2003).

Dessa forma, contribui para a construção de um novo modelo assistencial ampliando o acesso dos usuários ao SUS, potencializando os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos, com conseqüente estímulo e fortalecimento da autonomia e cidadania, além de corresponsabilização na produção do cuidado a saúde, individual e coletiva (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O acolhimento constitui-se então como importante ferramenta de valorização dos sujeitos e do processo contínuo de construção e fortalecimento de vínculos, visto que é permeado pela escuta qualificada e interessada sobre as demandas apresentadas pelos usuários. Neste sentido, há grande contribuição na redução de relações automatizadas e pontuais, e estímulo de encontros promotores de maiores graus de autonomia e cuidado ampliado, com vistas a atender ao princípio da integralidade (LOPES et al., 2014).

Como diretriz da PNH, podemos classificar o acolhimento como uma tecnologia do encontro, uma relação afetiva que é construída a cada encontro, possibilitando a construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010b).

Partindo dessa premissa entende-se que o acolhimento amplia os vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários, apesar de este conceito ainda estar sendo construído (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

O cuidado humanizado é fomentado tanto pelo acolhimento quanto pelo vínculo, esses processos se retroalimentam nas práticas de atenção à saúde. O vínculo expressa-se na atenção humanizada, com compartilhamento de saberes, na convivência, na ajuda e no respeito recíproco entre profissional e usuário (ARRUDA; SILVA, 2012).

O estabelecimento do vínculo será realizado, por parte do usuário, quando o mesmo acreditar que a equipe poderá colaborar para a sua saúde e sentir a responsabilidade por parte dessa equipe por esses cuidados. Por parte da equipe e dos usuários este vínculo se constitui no compromisso com a saúde daqueles que procuram por atendimento. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram (BRASIL, 2009a).

Ao democratizar e horizontalizar as práticas em saúde construindo laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde, o vínculo favorece o cuidado integral (JORGE et al., 2011).

De acordo com Merhy et al. (2002) o acolhimento possibilita direcionar as estratégias de atendimento, englobando trabalhadores, gestores e usuários. Assim, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) a fim de trazer resolubilidade para as reais exigências de saúde.

Portanto, o acolhimento caracteriza-se como uma ferramenta tecnológica de intervenção, que tem sua base em uma busca pela universalidade do acesso e na avaliação de risco, com definição de prioridades, representando um importante avanço no sentido da humanização da atenção (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A inserção do acolhimento nas práticas de saúde tem possibilitado o aprofundamento da questão referente à relação trabalhador/usuário. Questão esta, extremamente importante e delicada, que é vivenciada no interior das unidades de saúde. Isto porque, atitudes acolhedoras favorecem uma maior intimidade entre esses dois sujeitos (LOPES et al., 2014).

Trata-se, assim, de uma proposta destinada a melhorar as relações estabelecidas, no momento em que o usuário procura pelo serviço, no encontro com os profissionais de saúde, onde ocorre o processamento e busca de resolução de sua demanda, quando possível (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Logo, esta proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não tratem apenas de mais acesso à consulta médica, mas propõe-se a caracterizar-se como elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades de cuidado. Compreende a ampliação da clínica realizada pelos outros profissionais e a inclusão de outras abordagens e explicações possíveis (não somente as biomédicas) para os adoecimentos e demandas dos usuários, conseqüentemente retirando o médico do papel de único protagonista do cuidado (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

É possível identificar melhores resultados nas intervenções em saúde ao considerar o acesso e o acolhimento como princípios do SUS, visto que possibilitam a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção por serem elementos essenciais à assistência, na medida em que almejam à qualificação do cuidado prestado (CORREA et al., 2011).

O “ficar em frente um do outro”, do usuário e profissional é um encontro entre sujeitos constituídos de intenções e expectativas diferentes, em situação de desequilíbrio, visto que, o usuário busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, e o profissional deve estar capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo, cria-se um vínculo (BRASIL, 2008).

Arruda e Silva (2012) afirmam que cada encontro possibilita ao usuário expor suas necessidades, expectativas ou situações. Considerando que cada sujeito é único, suas necessidades e expectativas também serão singulares. Isto exige que os profissionais de saúde levem em consideração a diversidade cultural e socioeconômica e a subjetividade de cada um.

A prática cotidiana da escuta e do diálogo suscita o relacionamento afetivo entre profissional e usuário, na medida em que, ao perceberem que são ouvidos com atenção e que suas preocupações são consideradas pelos profissionais, ocorre maior abertura para a conversa, podendo expor suas dúvidas e angústias. Esta escuta permite que os encontros

ultrapassem os aspectos clínicos da condição crônica de saúde, trazendo à tona a subjetividade, expressa em palavras e sentimentos (ARRUDA; SILVA, 2012).

Urbano (2009) defende que, para o exercício de um bom diálogo, é necessária uma escuta atenta, com procura de detalhes presentes nas falas, além do acolhimento e o vínculo, que são atributos da assistência integral.

Como consequência do bom relacionamento, cria-se um elo entre profissional e usuário, que gera estímulo à assiduidade nas consultas, de forma que o acompanhamento da saúde dos indivíduos se faz mais efetivo. Porém, este bom relacionamento pode ainda gerar dificuldades no estabelecimento de limites entre a atenção do profissional e as relações sociais pessoais (ARRUDA; SILVA, 2012).

O acolhimento implica em inúmeras ações, não sendo somente uma ação pontual no processo de produção de saúde. Ações essas que partem do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante e possibilitam a análise do ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica, das formas de organização dos serviços de saúde, do uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, da humanização das relações em serviço a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde, da governabilidade das equipes locais, e dos modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, o acolhimento vai além de uma visão simplista de receber bem, e a universalização do acesso vai além de uma triagem realizada para aqueles que estão na fila de espera. O acolhimento deve ser visto como atitude que é intrínseca à prática de saúde em todo seu processo por parte dos profissionais, a fim de que os serviços sejam resolutivos. No momento em que as equipes se responsabilizarem coletivamente em acolher em todo o atendimento, buscando a resolutividade e incentivando a autonomia dos usuários a remodelação do sistema de saúde poderá estar mais próxima de acontecer com efetividade (ROSA, 2006).

3.6 EMPATIA: HABILIDADE QUE FAVORECE O ACOLHIMENTO

Ramos (2001) considera que para que se realize o acolhimento é necessário que o trabalhador se coloque no lugar dos usuários, entendendo suas necessidades e atendendo-as na medida do possível. Para este autor a responsabilidade de acolher deve ser atitude de todos os profissionais, desde o vigilante, que é quem recebe na porta, até os profissionais de nível

superior. Porém, de modo geral, os profissionais poucas vezes se baseiam na empatia, e não se consideram responsáveis pela efetividade no acolhimento dos usuários.

Nessa perspectiva a empatia é citada como parte do processo de acolhimento, e constitui-se como a capacidade de identificar-se com os afetos dos outros, através de algumas pistas sociais. É uma habilidade que se baseia na autoconsciência emocional fundamental para a afetividade interpessoal (DEMENECK, 2008).

É colocar-se no lugar do outro, percebendo o mundo da mesma maneira que ele percebe, compreendendo o que ele sente compartilhando suas alegrias e sofrimentos. Esta disposição favorece o estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família (DEMENECK, 2008).

De acordo com Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), o estabelecimento de vínculo, que parte de uma postura empática, entre a ESF e o usuário possibilita a criação de laços de confiança e corresponsabilidade, na medida em que a escuta de suas queixas faz com que o usuário se sinta importante e confie no trabalho do profissional. Portanto o vínculo é um elemento muito relevante no trabalho que é desenvolvido pelos profissionais na atenção básica.

Este vínculo é possível através do estabelecimento de uma boa comunicação entre profissionais e usuários. A comunicação deve ser trabalhada entre todos os atores envolvidos nas práticas de saúde, de forma franca e objetiva, por meio de uma escuta empática, tendo como objeto final um atendimento resolutivo para o usuário (OLIVEIRA et al., 2008).

A comunicação está ligada, sobretudo a capacidade de escuta do outro de forma acolhedora. Para que o indivíduo seja sensibilizado e mobilizado é necessário atingir sua subjetividade, e não apenas lhe fornecer um entendimento conceitual através da transferência de informações (OLIVEIRA et al., 2008).

Vê-se que a empatia é uma importante habilidade a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde a fim de compreender profundamente o que se passa com cada usuário, de forma que se estabeleça o vínculo destes atores envolvidos no processo de saúde, e o atendimento ocorra de maneira mais efetiva, com resolutividade e adesão por parte dos usuários.

3.7 UM ENFOQUE NO OLHAR DO USUÁRIO: POR QUE É IMPORTANTE AVALIAR?

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997) avaliar significa fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre algum de seus componentes, de forma a ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se constituir a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens, afirma Deslandes (1997). O uso de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde, tais como acesso, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros, é hoje reconhecida e amplamente divulgada (DESLANDES, 1997).

Segundo Pires (2005) avaliação, como instrumento do conhecimento, é um processo provisório e incompleto, tendo em vista que exige delineamento de cotidianos. No entanto, é exatamente por essa perspectiva de gerar mudanças que a avaliação se apresenta como uma atividade essencial nos programas e políticas de saúde (PAIM, 2005).

As propostas presentes nos novos modelos de avaliação correspondem a realidade da Saúde da família que tem o olhar da atenção baseada em princípios como integralidade, acolhimento, humanização, colocando o usuário, família e comunidade no centro de sua atuação. Dessa forma, métodos de avaliação que tenham enfoque na satisfação e inserção dos usuários conseguirão gerar respostas, melhorias, construções e desenvolvimento na área da saúde (COSTA et al., 2008).

As características “relacionais” dão à avaliação em saúde uma nova perspectiva. Trata-se de valorizar o acolhimento, a garantia dos direitos individuais à privacidade e as características das relações no trabalho, assim como a satisfação dos usuários como componente da qualidade da atenção (SILVA, 2005; MERHY, 2002).

A qualidade da atenção em saúde é vista por alguns autores, como Donabedian (1984), como o aspecto central a ser considerado na avaliação em saúde. Ele desenvolveu a avaliação pautada na tríade “estrutura, processo, resultado”. Para esse autor, a estrutura corresponderia às características relativamente estáveis de seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o processo envolve o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários; e os resultados constituiriam

mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1984).

A inclusão do usuário no processo avaliativo, diante de tantas propostas diferentes de avaliação desenvolvidas por diversos autores, tem sido extremamente valorizada, visto que este usuário possibilita maior adequação e promoção de mudanças reais nos serviços, por ser mais sensível a qualidade do serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Neste contexto, a política de humanização abre o espaço para métodos avaliativos de participação e interação do sujeito, pois reveste o poder centralizado em um poder compartilhado, onde diferentes atores sociais profissionais, usuário e gestores, contribuem para a transformação no processo de prevenção e promoção da saúde (COSTA, 2008).

Essas avaliações não podem estar restritas a pesquisas que visam unicamente obter respostas numéricas. É necessário considerar a importância da subjetividade inerente ao processo de avaliação (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Portanto, a avaliação em saúde, como indutora de mudanças, deve estar focada em um método que vise à participação e a inserção do usuário nas atividades relacionadas ao próprio processo, estando claro que este não é um evento isolado, mas sim interativo, promocional e emancipador/libertador (COSTA, 2008).

Para Gonçalves (2011), a avaliação sob o olhar dos usuários de práticas relacionais como o acolhimento nos serviços de saúde caracteriza-se como uma ação relevante que pode colaborar no planejamento de ações junto à gestão dos diversos serviços.

Nesse momento as abordagens qualitativas apresentam um importante papel, tendo em vista que aspectos como acolhimento, cuidado e humanização não podem ser quantificados numericamente e retratados unicamente a partir de dados, mas compreendem uma subjetividade interligada ao contexto histórico, à realidade e às experiências vividas pelos usuários, profissionais e gestores (PIRES, 2005).

Por outro lado, as avaliações quantitativas podem contribuir para a estruturação da realidade estudada e auxiliar o processo avaliativo. Entende-se, portanto que os dois modelos poderão ser utilizados concomitantemente, apoiando-se na busca de respostas e mudanças geradas pela avaliação (COSTA et al., 2008).

4 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

4.1 MOTIVAÇÃO PARA A ESCOLHA DO TEMA E LOCAL DE ESTUDO

Minha grande motivação para a construção desse trabalho foi o desejo de mudar algo, por menor que seja, àqueles que me são mais próximos, desejando que minhas experiências, se bem sucedidas sejam repetidas por outros profissionais.

Cresci como profissional acreditando em um SUS que dá certo. Por mais que tantas experiências ao meu redor me mostrem o quanto é difícil construir uma saúde de qualidade nesse país, a leitura sobre o dever ser do SUS e dos profissionais me instigava a fazer diferente.

Durante a construção do meu saber em saúde sempre aspirei realizar aquilo que dizia a constituição e gostaria de contribuir para que esse sistema fosse universal, integral e equânime. Tenho plena consciência que muitas vezes consegui concretizar tais princípios, crescendo em mim a certeza de que o SUS somos nós que fazemos, cada um fazendo a sua parte. É necessário investimento, boa gestão, honestidade nas condutas. É necessário que cada um se sinta responsável. Eu não sou menos responsável, a mim cabe a minha parte, que se não for feita da maneira correta, vai fazer falta.

Caminhei profissionalmente por experiências diferentes e enriquecedoras, passando pelos diversos níveis de saúde, e me apaixonei pela atenção básica, entendendo que ali está o princípio de uma boa saúde, a solução para evitar vários problemas que chegam ao nível terciário.

A partir de então veio um grande desejo da colaborar para que a saúde melhorasse nesse nível de atenção, tendo em vista tantas falhas que prejudicam o sistema.

E então, me deparei com a possibilidade de fazer um pouco mais através de um mestrado em saúde coletiva.

Acredito que a postura que se adota perante uma situação de saúde move toda a conduta. Se essa postura é de acolhimento, de fazer o outro se sentir bem, de querer resolver os problemas trazidos, quantas mudanças podemos realizar no fazer saúde. Ao contrário, se a postura é de alguém que não está disposto a ajudar, agindo de forma agressiva, preguiçosa, de má vontade, o resultado só pode ser de insatisfação, de piora da saúde.

É claro que são necessárias condições físicas, de qualidade para que também o trabalhador seja estimulado a trabalhar bem, porém, acredito que a intenção de bom

atendimento não deve depender apenas de espaço físico. É necessário que a disposição para atender alguém, como se eu estivesse fazendo aquilo para mim, esteja presente na atitude profissional. Não obstante, todos os problemas que cada um enfrenta em sua vida, o colocar-se no lugar do outro deveria mover nossos atos. Acredito que dessa forma poderíamos contribuir para mudanças na construção da saúde.

Partindo dessa premissa, eu era instigada a refletir sobre essas posturas no sistema de saúde. E através desta inquietação, seguida de extensa pesquisa bibliográfica entendi que deveria aprofundar questões relacionadas à humanização da saúde, e mais especificamente ao acolhimento que é (ou não) dispensado aos usuários na atenção básica de saúde.

Portanto, a certo ponto defini que deveria estudar a visão de usuários sobre o acolhimento, e as implicações de atitudes acolhedoras em todo o funcionamento de uma unidade de saúde.

O aprofundamento desse tema me possibilitou grande satisfação e reforçou em mim a certeza do quão são importantes atitudes de acolhimento, na medida em que podem ser revolucionárias na concretização a cada dia de um SUS que dá certo.

4.2 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa se propôs a realizar um estudo de abordagem quanti-qualitativa, descritivo exploratório.

A escolha das duas abordagens se deu pelo fato de que, ao analisarmos os tipos e complexidade dos fenômenos avaliados em serviços de saúde, percebe-se que a abordagem quantitativa não é normalmente suficiente para a compreensão do fenômeno em questão, possibilitando respostas parciais às perguntas realizadas na avaliação. Por outro lado, a abordagem qualitativa torna-se quase indispensável nesta análise, ao considerarmos que o produto dos serviços de saúde é o resultado da interação entre o usuário e os profissionais da saúde (TAKANA; MELO, 2004).

A *qualidade* em sua dimensão objetiva é mensurável e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, dos sentimentos, aos quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades (UCHIMURA; BOSI, 2002).

No final dos anos 80, a supremacia dos dados quantitativos como suporte único para a visão qualitativa vem contribuir ao foro de debates, numa visão de complementaridade e de

enriquecimento do arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde. A avaliação passou a ser revista (DESLANDES, 1997).

Desse modo, a pesquisa qualitativa apresenta grande importância, pois permite a compreensão dos valores culturais e das representações de determinado grupo sobre temas específicos e contribui para o entendimento das relações que se dão entre atores sociais em diversos âmbitos, tais como instituições e movimentos sociais. Além disso, colabora na avaliação das políticas públicas e sociais, seja do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, seja do usuário a quem se destina (MINAYO, 2004).

Ao abordar os diferentes significados atribuídos ao adoecer, ao ato de cuidar e ao “estar saudável”, a avaliação qualitativa pode construir pontes para uma ação dos serviços e de seus agentes que esteja mais baseada no diálogo e no reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam as ações de saúde. Possibilitando a ampliação dos horizontes da ação de saúde (DESLANDES; GOMES, 2004).

Deslandes (1997) afirma que a avaliação dos serviços de saúde deixou de ser, ao longo dos últimos anos, um processo essencialmente técnico, ou seja, a subjetividade inerente a qualquer avaliação é admitida, seja ela de um fato cotidiano, seja de um serviço ou programa em especial.

Uchimura e Bosi (2002) corroboram com as palavras do autor supracitado ao defenderem que as percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão. Esse entendimento permite compreender não apenas o significado da *qualidade* para os diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se apresentaria ou não nesses programas.

Dessa forma, o uso concomitante das abordagens qualitativa e quantitativa possibilita compreender mais profundamente a dinâmica interna do fenômeno e, conseqüentemente, entender o significado dos diversos aspectos dos serviços avaliados (TAKANA; MELO, 2004).

O presente estudo buscou informações sobre o acolhimento na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia I, a partir da visão dos usuários idosos desta ESF. Esta forma de estudo permitiu compreender o processo de acolhimento sob o ponto de vista do usuário idoso, possibilitando contribuir para o aprimoramento desse processo de trabalho e melhoria de condições de atendimento em saúde.

4.3 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2015, na ESF Parque Amazônia I do DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ (DAGUA), Belém, Pará.

A cidade de Belém possui uma área territorial com 1.065 Km², sendo 65% de área insular e 35% continental. Através da Lei 7.682/94, o município foi subdividido em oito (8) Distritos Administrativos, do seguinte modo: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramenta (DASAC). A população de cada um desses Distritos está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - População do Município de Belém - PA por Distrito em 2011

DISTRITO	POPULAÇÃO
DABEL	157.807
DABEN	266.394
DAENT	130.850
DAGUA	392.384
DAICO	149.473
DAMOS	31.316
DAOUT	29.440
DASAC	279.940
TOTAL	1.437.604

Fonte: IBGE, e Estimativas da PMB/SESMA (2011).

A Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia I pertence ao Distrito DAGUA, e fica localizada no bairro da Terra Firme no município de Belém-Pará, e atende a população deste bairro das proximidades da Universidade Federal do Pará (UFPA) até os limites próximos da Rua da Paz. Sua missão iniciou-se há aproximadamente quinze anos atrás (2001) e atualmente é composta por duas equipes (Figuras 1 e 2): equipe 1, constituída pelos profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e a equipe 2 composta também por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro ACS. Por estar localizada nas proximidades da Universidade, esta ESF conta com atividades desenvolvidas por acadêmicos desta instituição.

Está instalada em uma casa, alugada para a prefeitura do Município de Belém. Construída em alvenaria, de dois pavimentos. No térreo, possui um pátio que funciona como

recepção, com bancos encostados na parede e um ventilador de teto no centro, um balcão para recepcionar os que chegam e direcioná-los a consulta desejada. Adentrando a casa há uma pequena sala onde é realizada a triagem para as consultas (verifica-se a pressão arterial, peso, etc.), e ao redor desta sala se encontram três consultórios (pequenos), que possibilitam pouco conforto e privacidade tanto para os usuários quanto para os profissionais. Nestes consultórios são realizadas as consultas médicas.

No andar de cima encontram-se os consultórios da enfermagem (duas enfermeiras dividem o espaço, o que não garante a privacidade no atendimento à população), a farmácia, o banheiro (em condições precárias), uma copa, e uma sala de espera (com uma televisão).

É importante ressaltar que o fato de ser uma casa de altos e baixos dificulta o acesso de muitos usuários ao atendimento de saúde.

Além disso, trata-se de uma unidade localizada na periferia de Belém, onde se verificam várias situações de risco à saúde, como carência em saneamento básico, alto índice de violência, dificuldade de acesso dos meios de transporte. Dentre outras, essas foram características que motivaram a escolha do local, a fim de entender como o acolhimento é visto em meio a tantas situações que dificultam o manejo da saúde.

O funcionamento desta estratégia acontece tanto pelo turno da manhã como pelo turno da tarde, e o cronograma de atividades de ambas as equipes organiza-se basicamente da seguinte forma: às segundas-feiras ocorre o atendimento ao público adulto em geral (ou seja todos aqueles a partir de 13 anos de idade); as terças-feiras são destinadas à demanda das grávidas e entrega de resultados de exames; nas quartas-feiras acontece o atendimento do programa de hipertensão e diabetes (HIPERDIA); durante as quintas-feiras são atendidas crianças de 0 a 12 anos de idade; e às sextas-feiras ficam reservadas para atendimento interno (reunião de equipe, discussão de casos, ações de saúde) além das visitas domiciliares.

Figura 1: ESF Parque Amazônia 1



Fonte: a autora da pesquisa

Figura 2: Equipe ESF Parque Amazônia 1



Fonte: a autora da pesquisa

4.4 PARTICIPANTES

A seleção dos entrevistados foi realizada por inclusão progressiva de idosos (sem demarcação, a priori, do número de participantes), sendo interrompida por saturação, ou seja,

quando a inclusão de novos participantes é suspensa devido à apresentação repetitiva ou redundante dos dados. Foram entrevistados 20 idosos.

Segundo Fontanella et al. (2008), nos estudos qualitativos, a questão “quantos?” parece de importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Para os autores o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não está na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na representatividade desses elementos e na qualidade das informações que são fornecidas por eles.

Foram incluídos na pesquisa usuários com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, adstritos na ESF Parque Amazônia I do distrito DAGUA e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foram excluídos da pesquisa usuários com dificuldade de audição e/ou fala, o que não lhes dava condições de responder às perguntas.

4.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.5.1 Coleta de dados

A pesquisa iniciou-se com a aplicação de um piloto do roteiro de entrevista (APÊNDICE C) a fim de verificar a sua aplicabilidade quanto à linguagem, número e ordem de apresentação das perguntas. Verificou-se a grande relevância da aplicação deste para que a pesquisa alcançasse seu objetivo.

Foram entrevistados, no piloto, 10 idosos que frequentavam a Unidade Municipal de Saúde da Terra Firme. Os mesmos eram abordados pela pesquisadora durante a espera pelos atendimentos, ou após as atividades realizadas com a equipe do NASF. Atividades essas referentes à prática de exercícios físicos para a manutenção de boa qualidade de vida. Antes da aplicação do roteiro os idosos leram o TCLE e assinaram o mesmo assegurando o desejo de participar da pesquisa.

Através do piloto identificou-se a necessidade de inclusão da pergunta “Para você, o que é ser acolhido?”, a fim de atender ao objetivo proposto de identificar a visão dos usuários sobre o acolhimento.

Além disso, algumas perguntas apresentavam semelhanças sendo unificadas em um mesmo questionamento, a fim de aperfeiçoar a aplicação.

Percebeu-se que algumas perguntas tinham a tendência de induzir as respostas, sendo modificada a forma de escrita das mesmas.

Após as referidas modificações iniciaram-se as entrevistas. Portanto os dados da pesquisa foram coletados a partir de um roteiro semiestruturado, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise. O roteiro continha questões inerentes aos objetivos propostos, com o intuito de conhecer a ótica do usuário no que diz respeito à forma de ser acolhido no serviço investigado. Foi dividido em duas partes, sendo a primeira correspondente à identificação com os aspectos sócio demográficos dos entrevistados, e a segunda à visão sobre acolhimento por parte dos idosos que frequentavam a ESF.

As perguntas presentes no roteiro foram baseadas em ampla pesquisa bibliográfica referentes à PNH, e mais especificamente ao acolhimento, compreendendo-se o que é importante para a concretização deste de acordo com a literatura. Estas perguntas estão relacionadas aos objetivos propostos no trabalho.

As entrevistas ocorreram nos meses de julho e agosto de 2015 e foram realizadas na própria ESF, três vezes por semana, no turno da manhã. Os usuários foram abordados enquanto aguardavam por atendimento, com entrevista antes ou após o mesmo. Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora, garantindo a padronização metodológica. Esta iniciava após a assinatura do TCLE.

Este termo foi impresso em duas vias, lido e assinado pelo participante e pela pesquisadora antes da coleta das informações. Para aqueles que não sabiam ler, o termo foi lido pela pesquisadora ou pelo acompanhante do usuário.

De acordo com Minayo (2004) a entrevista permite obter informações através da fala individual, revelando a estrutura, valores, normas, símbolos e representações de grupos.

Além da entrevista, foi realizada a observação, como documentação em um diário de campo, como técnica complementar (Minayo, 2004), a fim de coletar informações sobre o contexto do serviço, sua forma de organização e funcionamento, auxiliando na compreensão do fenômeno estudado, através da descrição de eventos, pessoas envolvidas, diálogos, comportamentos não verbais, gestos, bem como as impressões do pesquisador sobre os dados observados. Este será apresentado a seguir:

Diário de campo

Embora existam muitas formas e técnicas de realizar um trabalho de campo, dois instrumentos são principais: a entrevista e a observação. Sendo a observação realizada sobre aquilo que não é dito, mas pode ser visto (DESLANDES, 2005).

A observação participante apresenta grande importância na pesquisa qualitativa, considerada como um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade. Por esse motivo pode ser considerada parte essencial da pesquisa (DESLANDES, 2005).

Partindo desse pressuposto, a fim de se estabelecer um vínculo com a equipe de saúde, a pesquisa iniciou-se muito antes das entrevistas realizadas, por meio de visitas a ESF com observação e anotação em um diário de campo.

No primeiro contato fui apresentada pelo orientador à equipe de saúde. Expliquei aos trabalhadores ali presentes nos diversos espaços sobre o que se tratava a pesquisa, seus objetivos e a forma de abordagem que iria utilizar para alcançar tais objetivos. Pedi a eles, também, que nos passassem um pouco da sua rotina e o cronograma de trabalho a fim de entendermos de que forma poderíamos nos inserir na dinâmica e realizar a observação necessária para a construção da pesquisa.

A partir dessa visita estabelecemos outras para semanas seguintes com o intuito de estabelecer vínculos com a equipe, realizar o piloto, observar a rotina e somente depois realizar a pesquisa propriamente dita.

A visita, a princípio, foi realizada 2 dias na semana, com o acompanhamento da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Especificamente, se acompanhou o trabalho do fisioterapeuta e educador físico, que realizavam atividades físicas (exercícios de alongamento, fortalecimento, equilíbrio) e recreativas com os usuários da Unidade Municipal de Saúde (UMS) da Terra Firme e ESF Parque Amazônia I.

Na primeira visita realizada observou-se uma atividade proposta pela equipe do NASF com o grupo de HIPERDIA. Essa atividade é realizada todas as terças e quintas pela manhã, em um espaço da Universidade Federal do Pará, que fica próxima a ESF, é um espaço aberto, próximo à natureza, agradável para uma atividade física. Foi conduzida pelo educador físico e pela fisioterapeuta e participaram cinco usuários (quatro mulheres e um homem) que são atendidos na ESF.

Foram realizados exercícios gerais de alongamento, fortalecimento, coordenação e equilíbrio e exercícios aeróbicos. Os profissionais apresentam uma forma dinâmica e gentil de

conduzir as atividades com comandos e demonstrações dos exercícios para, em seguida, os participantes executarem os movimentos. Ao término das atividades os usuários relataram os benefícios da adesão a essa atividade para suas vidas, mostrando-se muito satisfeitos. Os profissionais relataram que o grupo apesar de ser pequeno atualmente, antes tinha maior participação, no entanto, eles reforçam a importância e a necessidade de se manter este tipo de atividade para a população, mesmo que para poucos, tendo em vista os benefícios da mesma, o que demonstra a preocupação da equipe com a nova abordagem da saúde que busca a prevenção. Percebe-se neste grupo que esta mentalidade ainda está em processo de construção, pelo pequeno número de usuários que aderem essa atividade que está à disposição de todos cadastrados nesta Estratégia.

Os primeiros dias de observação foram realizados, portanto, com acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde do NASF na ESF Parque Amazônia I e UMS Terra Firme. Foi possível identificar a participação significativa dos usuários às atividades propostas em uma das unidades de saúde, demonstrando a adesão a um estilo de vida mais saudável e a consciência de que não apenas médicos e os medicamentos constroem uma boa saúde.

Com relação ao piloto foi realizado durante essas visitas com os idosos presentes nos grupos. Foi um momento muito importante para que fossem realizados ajustes no protocolo de entrevistas, a fim de se conseguir passar as informações necessárias de maneira clara e para o desenvolvimento da pesquisa.

Após os ajustes realizados, seguiu-se com a pesquisa através das entrevistas com os idosos.

Na observação realizada durante a pesquisa verifiquei que o ambiente não foi construído de forma direcionada ao atendimento de saúde. É uma casa de dois pavimentos, onde a sala da enfermeira e a farmácia ficam localizadas no andar superior, o que pode dificultar o acesso caso o usuário que busca atendimento apresentar alguma dificuldade de locomoção. O que é muito frequente em pessoas idosas.

Além disso os pacientes aguardavam em bancos que não possuíam nenhum conforto, e em dias de calor, o único ventilador não conseguia suprir a necessidade de um ambiente mais agradável.

Ainda quanto ao espaço físico não havia bebedouro. Muitos usuários passavam a manhã toda aguardando por atendimento. O banheiro também ficava na parte de cima da casa, dificultando o acesso.

Uma característica interessante era presente na fala de alguns idosos que referiam bom atendimento e alegavam que era assim mesmo, era o que tinham, “*a saúde é assim*”. Isto mostrava certo conformismo quanto às condições de saúde que lhes eram fornecidas.

De maneira geral, através das observações feitas, identifiquei que ainda há muito que fazer para possibilitar um ambiente acolhedor. Identifiquei também que as relações interpessoais eram boas entres os profissionais e os usuários que ali se encontravam, garantindo um ambiente agradável para o atendimento apesar de algumas deficiências.

4.5.2 Procedimento

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP) (ANEXO B) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém (ANEXO A) na ESF selecionada para o estudo.

Foi estabelecido um contato inicial com a enfermeira responsável, com a autorização em mãos da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (ANEXO A). A partir de então, os participantes foram contatados pela pesquisadora na ESF, nos dias pré-determinados, durante a espera do atendimento ao qual foram em busca, e em seguida foram convidados a participar da pesquisa.

O registro da fala dos usuários foi realizado através de um aparelho gravador de voz (Mp3 Player Sony 4GB). Estas entrevistas foram gravadas mediante o consentimento dos informantes.

4.5.4 Análises de dados

A primeira etapa foi caracterizada pela análise descritiva dos dados relacionados ao perfil dos usuários entrevistados. Para organização dos dados os mesmos foram incluídos em uma planilha do Excel, e posteriormente foram descritos.

Os dados coletados na entrevista e observações foram transcritos. Após as transcrições, os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011), através de leituras sistematizadas, interpretação para a constituição das categorias e discutidos com a literatura.

Em termos gerais, a Análise de Conteúdo (AC) pode ser caracterizada como um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência (BARDIN, 2009).

De acordo com Caregnato e Mutti (2006), na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Esse conjunto de técnicas de análise visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos, indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção de mensagens. Os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) refere-se a seis técnicas de AC, sendo elas: análise categorial (temática), análise de avaliação, análise de enunciação, análise da expressão, análise das relações e análise do discurso. Nesse universo, sua aplicação, embora variável, orienta-se por duas premissas: 1) organização das análises pelas características do material e 2) condução da análise conforme os objetivos traçados na pesquisa.

Segundo Bardin (2011) a técnica de AC, se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A mencionada autora descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação, constituindo o corpus, material que contempla todas as partes do roteiro.

Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Busca-se nesse momento alcançar o núcleo de compreensão do texto, encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, classificando os elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Por último se faz tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011; CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Nesta pesquisa utilizou-se a Análise Categorial (temática), tendo em vista que a mesma, segundo Bardin (2011), ao desvendar os núcleos do sentido contidos na comunicação é eficaz quando é aplicada a discursos diretos e simples. Esta é, cronologicamente a técnica mais antiga.

Portanto, reforçando a ideia, a Análise de Conteúdo se constituiu de três etapas: pré-análise (sistematização das ideias iniciais, recorrendo-se à leitura repetida e exaustiva, a fim de obter maior aproximação do material); exploração do material (codificação do material, por regras previamente definidas) e interpretação dos dados.

A pré-análise caracterizou-se pela transcrição e leitura integral de cada entrevista feita pela própria pesquisadora, complementou-se à análise do material coletado as observações feitas no local da pesquisa, a fim de incrementar os aspectos presentes nas falas dos entrevistados.

A partir das entrevistas transcritas, de acordo com as questões formuladas no roteiro, seguiu-se para a exploração do material. Esta foi uma longa fase, onde se distribuiu os trechos referentes às falas, identificaram-se os núcleos de sentido nesses trechos, confrontando esses núcleos com os pressupostos teóricos iniciais.

As entrevistas transcritas foram impressas, e na leitura das mesmas, as expressões ou palavras que sobressaíam, eram identificadas como categorias que e eram destacadas sobre os discursos. Foram estabelecidas diversas categorias, que expressaram as ideias principais contidas nas falas dos usuários. Para facilitar a análise foi construída uma tabela que reunia em uma coluna as falas que possuíam em seu conteúdo unidades de registro semelhantes, dessa forma, eram reagrupadas de acordo com os temas encontrados, articulando os sentidos do texto com os conceitos que orientavam sua análise.

Sendo estas categorias agrupadas, foram gerados quatro temas, mediante os quais se procurou apreender o objeto da pesquisa. Na sequência, baseados nestes temas foram escolhidos títulos que melhor os expressavam na discussão: **Acolhimento: o significado da palavra no olhar do idoso; Acolhimento como tecnologia para reorganização do serviço; Relação trabalhador-usuário: atitude empática que favorece o acolhimento; Acolhimento: tecnologia que contribui para a concretização de um modelo assistencial baseado na clínica ampliada.**

A partir dos temas definidos, seguiu-se a análise e interpretação dos dados, realizando-se inferências e buscando fundamentação teórica em diversos trabalhos científicos a fim de dar consistência à discussão, desenvolvendo os links necessários entre temas, objetivos do trabalho e pressupostos da pesquisa.

O quadro 1 abaixo mostra as categorias que deram origem a estes temas e títulos:

Quadro 1: Categorias que geraram os títulos

CATEGORIAS	TEMA	TÍTULO
Significado (conceito) de acolhimento Idoso e acolhimento	SER ACOLHIDO É...	Acolhimento: o significado da palavra no olhar do idoso
Demora no atendimento Demora na marcação de consulta Falta de organização (espaço físico) Falta de privacidade Ambiente inadequado Acesso Resolutividade	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO- ACESSO/ ACESSIBILIDADE RESOLUTIVIDADE	Acolhimento como tecnologia para reorganização do serviço
Escuta/empatia Relação profissional/usuário	ACOLHIMENTO-DIÁLOGO	Relação trabalhador -usuário: atitude empática que favorece o acolhimento
Processo de trabalho da ESF Visão medicalizada dos usuários (necessidade de mais médicos e remédios)	MODELO ASSISTENCIAL	Acolhimento: tecnologia que contribui para a concretização de um modelo assistencial baseado na clínica ampliada

Fonte: a autora da pesquisa

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará, sob n. 1.123.922 (ANEXO B). De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados após autorização formal do gestor municipal de saúde e da enfermeira responsável pela ESF.

Todos os sujeitos que foram convidados a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) que citava os objetivos do estudo e deixava-os livres para recusar participar da pesquisa.

O anonimato dos informantes foi garantido, sendo os mesmos identificados a partir da letra E, que significa entrevistado, seguido do número correspondente à ordem de entrevista.

As transcrições serão guardadas por um período de cinco anos, em local sigiloso, sob responsabilidade da pesquisadora, em seguida serão incineradas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste trabalho visam demonstrar a visão de usuários idosos a respeito do acolhimento recebido por eles na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia I, pertencente ao Distrito DAGUA. No entanto, fomos além dessa visão. Pois a partir dos dados coletados foi possível identificar diversas características envolvidas na construção do acolhimento, sem as quais, este não pode se realizar efetivamente. Início apresentando os dados demográficos dos usuários entrevistados, em seguida abordo as categorias que emergiram das falas dos mesmos aos serem questionados.

Foram entrevistados 20 usuários, dentre os quais 12 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino, havendo, portanto, o predomínio de mulheres. A média de idade foi 65 anos, com predomínio de faixa etária entre 60 a 70 anos e a renda familiar entre 1 a 4 salários mínimos, sendo que a maioria possuía apenas um. Em relação ao estado civil, a maioria (60%) referiu possuir cônjuge (estavam casados ou possuíam união estável). Na maioria dos casos, o grau de instrução não ultrapassou o ensino fundamental (95% dos entrevistados), sendo que 50% do total eram analfabetos, 5 deles sabiam apenas escrever o nome.

Santos e Penna (2013) apresentam dados semelhantes a estes em seu estudo ao encontraram que a maioria dos usuários, considerados “SUS dependentes” possuíam baixa escolaridade. A renda familiar da maioria dos seus entrevistados não ultrapassava dois salários mínimos e as famílias eram compostas por no mínimo três pessoas dependentes desta renda.

A baixa escolaridade é uma característica importante que influencia profundamente na compreensão das pessoas, principalmente quando se trata de idosos. Percebi durante a entrevista que alguns usuários que se diziam analfabetos tinham muita dificuldade em relatar o que significava para eles a palavra acolhimento.

Por essa lógica, a dificuldade quanto à alfabetização pode influenciar também na percepção que as pessoas têm dos serviços. Essa característica foi relatada no trabalho de Rosa (2006), a qual encontrou associação entre o grau de satisfação dos usuários de uma Equipe de Saúde da Família de Porto Alegre e o nível de escolaridade. Quanto mais anos de estudo, menos satisfeitos com o serviço eles se apresentaram.

Além da compreensão sobre seu estado de saúde e tudo que se relaciona ao mesmo, o fator escolaridade pode influenciar a manutenção da saúde de idosos, apresentando papel importantíssimo no cuidado a essa população.

Nesse sentido, Lourenço et al. (2012) realizaram uma revisão na literatura da produção científica brasileira referente à capacidade funcional do idoso longo vivo, identificaram a relação entre a escolaridade e a capacidade funcional. Os autores identificaram que a escolaridade destes idosos, é, dentre outros fatores, fortemente associada à preservação da capacidade funcional. Havia maiores perdas na capacidade funcional em idosos analfabetos ou com baixa escolaridade quando comparado àqueles com escolaridade de nível médio e alto.

Com relação à baixa renda Parahyba et al. (2009) afirmam que esta apresenta um papel primordial na aquisição de bens e serviços necessários para a reprodução social quando há falta/insuficiência de suportes, tais como educação de qualidade, oferta adequada de atendimento de saúde, de moradia e de transporte. Sendo a renda, portando, um fator importante a influenciar na saúde da população.

Quanto à religião, 50% eram católicos, dentre os outros 50% dos entrevistados, um era budista, os outros relataram ser evangélicos. A grande maioria (70%) era natural do interior do Estado do Pará, entre os outros, 30% eram oriundas de outro Estado e da própria capital (Belém). Quanto à ocupação, 55% eram aposentados.

A análise dos dados que serão relatados a seguir levaram em consideração os princípios que regem o acolhimento, sendo eles: 1. Atender a todas as pessoas que buscam o serviço, possibilitando acessibilidade universal, onde o serviço assume sua função de acolher escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo do médico para uma equipe multiprofissional. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

As características encontradas neste trabalho perpassaram pela reflexão destes aspectos interessantes ao acolhimento. Tais pontos norteiam a discussão da forma como tem sido construído o acolhimento na ESF deste estudo a partir da visão dos usuários entrevistados.

a) ACOLHIMENTO: O SIGNIFICADO DA PALAVRA NO OLHAR DO IDOSO

Após a coleta dos dados para caracterização sócio-demográfica, seguiu-se com a entrevista sobre o tema proposto, sendo a primeira pergunta referente ao conceito de acolhimento, o significado desta palavra para aquele usuário, idoso entrevistado. Como resposta, ser acolhido significava ser atendido, ser bem tratado, ser recebido com carinho, ser

atendido com paciência, a boa convivência, o respeito, sem desavença, como nas respostas a seguir:

“... acho que é a convivência, ser bem atendido pelas pessoas, ninguém tem desavença, não tem briga.” E11

“... as pessoas me acolherem me respeitarem. Pra mim eu acho que é isso, em qualquer canto que eu for ser respeitado pelas outras pessoas.” E12

“... a pessoa receber a pessoa naquilo que for necessário, ser atendida né? Uma boa conversa, atenção, tudo isso.” E15

Identifica-se através das falas dos usuários que o conceito de acolhimento para eles está relacionado ao relacionamento interpessoal que se dá da equipe para com eles, à maneira como são abordados ao chegar em um lugar, não havendo necessariamente uma relação com o espaço físico.

Ser acolhido, para os usuários, está relacionado à forma de tratamento. O que está de acordo com aquilo que descreve a Política Nacional de Humanização (PNH), afirmando que o acolhimento antes de tudo é uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, não é um espaço ou um local, implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias (BRASIL, 2004a).

Neste sentido, ganha destaque nessa discussão a forma de produção de cuidado como o centro da ação de saúde, que deve caracterizar-se por um trabalho orientado aos problemas, necessidades e à qualidade de vida do usuário. Essas ações não só produzem procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, mas têm seu foco nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário no cuidado de si (MATUMOTO, 2003).

A visão dos usuários sobre o “ser acolhido” se contrapõe à lógica do cuidado que vemos na prática, em que, segundo Merhy (2002), os modelos tem se constituído mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, e outros), sem tanto compromisso com os usuários e suas necessidades. Voltando-se assim mais para os objetos do que para o que seria sua finalidade, aquela da produção de cuidados para que as pessoas vivam melhor. Se esses procedimentos apresentam sua finalidade apenas no trabalho configura-se um modelo contraditório com a missão do próprio SUS: o cuidado (MATUMOTO, 2005).

A missão do SUS é, portanto almejada pelos usuários desta pesquisa ao expressarem o desejo de um atendimento que vai além da técnica. Neste sentido, Falk et al. (2010) em sua entrevista com profissionais e usuários em uma unidade básica de saúde do hospital de Clínicas de Porto Alegre, encontraram conceitos semelhantes aos relatados neste trabalho, ao procurar compreender o significado de acolhimento para entrevistados. Para os usuários o acolhimento significava atenção, rapidez ou agilidade no atendimento, encaminhamento e orientações, individualidade e escuta, atenção e resolutividade. Percebiam o acolhimento como um espaço de atenção, que constituía a necessidade de “zelo”, “respeito”, “cortesia” e “diálogo”. Logo, as características de acolhimento para estes estavam especialmente ligadas ao relacionamento estabelecido.

O caráter subjetivo da palavra acolhimento foi abordado por Brehmer e Verdi (2010) ao refletirem sobre o que significava para os usuários se sentir acolhido pelos serviços de saúde. Os autores identificaram este caráter uma vez que a atenção dispensada ao usuário deve ser de respeito, além de um caráter pontual que possibilita soluções para suas necessidades. Portanto, o acolhimento significava a postura de quem acolhe, que possui o olhar voltado para a qualidade da atenção que se reflete pelo respeito ao ser humano, às suas demandas e sua fragilidade.

Nota-se quão extensa é a lista de significados referentes à palavra acolhimento. Quanta densidade e características estão relacionadas a ela, não se tratando apenas de um “ser cordial”. O acolhimento está inserido em uma política que não quer apenas a caridade, atitudes humanísticas, e nem pode se reduzir a isso. Falar de acolhimento para uma saúde humanizada significa que é necessário mais escuta, mudar a lógica vertical do atendimento, incluir o usuário, para que suas demandas sejam, na medida do possível, atendidas.

A palavra acolhimento, portanto, contém em si as tecnologias de relacionamento, a reorganização do serviço, permeando transversalmente por todo o processo de cuidado. E quando colocada em prática reconstrói a forma de fazer saúde, com efeitos positivos para os usuários, profissionais e o serviço como um todo.

Isso se torna possível porque, sendo o acolhimento uma tecnologia leve a ser utilizada pelo trabalhador de saúde, que é um operador do cuidado, ele contribui nos processos relacionais da clínica e gestão, de forma a operar a produção do cuidado, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo compromissos com a defesa da vida individual e coletiva (MATUMOTO, 2005).

Esta necessidade de utilização de tecnologias leves esteve bem expressa nas falas, onde se evidenciou o desejo de ser bem tratado, não dependendo apenas de um espaço físico, agradável, bonito e confortável. Trata-se de postura profissional, de sentir-se bem no lugar em que se chega apenas pelo fato de ser recebido com dignidade e respeito.

Portanto, acolher vai muito além de um grande aparato tecnológico, ele depende da tecnologia do relacionamento, da comunicação, do “colocar-se” no lugar do outro e fazer àquele ser humano que está a sua frente tudo que gostaria que fosse feito a si mesmo, ou ao menos, não fazer a ele o que não gostaria que fosse feito a si.

Este colocar-se no lugar do outro, na visão de Lubich (2003) é chamado “fazer-se um”. Ela afirma que esta não é uma tática ou um modo de fazer exterior; não é somente uma atitude de benevolência, de abertura e de respeito, ou ausência de preconceitos. Comporta todas essas características sim, mas é algo mais. A prática de “fazer-se um” exige o vazio completo de si: eliminar da cabeça ideias; do coração os afetos; da vontade, todas as coisas, para nos identificarmos com o outro. Para partilhar a dor ou alegria é necessário estar livre de qualquer julgamento, pensamento.

Este “esvaziar-se”, a fim de construir um silêncio interior possibilita a construção de um espaço que estimula o paciente a comunicar a sua experiência de doença, de adoecimento.

Em se tratando de comunicação, Coelho e Jorge (2009) encontraram nos resultados de sua pesquisa o relato de falta de comunicação dentro da unidade, que fazia com que o acolhimento ocorresse de forma deficiente. O objetivo de seu trabalho era identificar como usuários e trabalhadores percebiam o acesso, o acolhimento e o vínculo como uma tecnologia leve na atenção a saúde.

Neste contexto, a compreensão do que é o acolhimento amplia-se para além do espaço físico disponível para o cuidado, transformando-se em um lugar de encontro de trabalhadores e usuários, onde surgem as demandas, os anseios, as soluções, diferentes percepções e demandas do cuidado.

Essas características são reforçadas por Matumoto (1999) em sua pesquisa sobre acolhimento. Para a autora, a tradução desta palavra não deve estar ligada apenas ao ato de receber, ou a um setor, ou a recepção da unidade de saúde, mas a uma sequência de atos e formas que caracterizam o processo de trabalho em saúde. As palavras ‘atenção’ e ‘consideração’, intrínsecas ao acolhimento, mostram que este deve estar presente quando se deseja um atendimento mais humanizado, lembrando que no trabalho em saúde se tem “gente cuidando de gente”.

Dessa forma, entende-se que acolher bem um usuário é uma tarefa um pouco mais complexa do que se acredita ser, tendo em vista que não basta um lugar, ou um determinado número de profissionais, necessita-se sim, dessa infraestrutura, no entanto é preciso muito mais, é necessário ir além do material, entrar nas relações, mudar posturas.

Esse é um grande desafio, visto que a grande demanda, o número reduzido de profissionais, a falta de estrutura e de ambientes adequados não favorecem um atendimento de qualidade, e acabam caracterizando-se como boas justificativas dos profissionais para a falta de um atendimento acolhedor, como geralmente ouvimos nos relatos de profissionais.

Apesar disso, quero destacar aqui o que a meu ver seria a característica essencial do acolhimento, que motiva todo o agir em saúde, que é atender bem, sentir-se “na pele” do usuário, tentando entendê-lo nas suas demandas. Como identificado nas falas, o conceito de acolhimento não esteve relacionado à questão material, mas à forma como são tratados aqueles que procuram por atendimento. Esta é, portanto uma característica que deve ser levada em consideração quando se fala de acolhimento.

As palavras de Matumoto (1999) reforçam esse entendimento de acolhimento, em que a autora afirma não ser necessariamente a resolução de todos os problemas que o usuário traz, mas a atenção que é dada na relação, que envolve escuta, aquilo que se comunica sem usar as palavras, o respeito ao outro, a valorização de suas queixas.

Esta concepção do sentido de acolhimento foi muito bem retratada pelos usuários nesta pesquisa, que deixavam claro que ser bem acolhido tem relação com a forma como foram recebidos. Quando pensaram na palavra acolhimento pensaram na maneira como são tratados.

Vale ressaltar que o acolhimento se faz em todo o processo de saúde, não apenas quando o usuário adentra a unidade de saúde. Pelo contrário, ele é construído cotidianamente, na visita domiciliar, na realização dos exames, nas atividades de educação em saúde. Isso porque ele é um dispositivo que atravessa toda a construção de saúde. Portanto, tudo que se relaciona a essa construção deve estar imbuído de atitudes acolhedoras, que significa simplesmente atender bem desejando revolver os problemas que surgem.

As características de um bom atendimento são ainda mais necessárias quando ele é dispensado a uma população idosa, visto que a mesma depende de cuidados extras quando comparada as outras faixas etárias. Portanto, essa equipe de saúde deve ter uma atenção redobrada e estar preparada para acolher os usuários.

Esta necessidade de atenção especial se justifica pelo fato de o envelhecimento ser um fenômeno progressivo que além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais. Trata-se de um fenômeno natural que implica mudanças graduais e inevitáveis que se relacionam a idade (CIOSAK, 2011).

Dessa forma, a assistência à pessoa idosa deve priorizar a manutenção da qualidade de vida, levando-se em consideração os processos de perdas inerentes ao envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde. A avaliação e promoção da saúde desse indivíduo significa considerar diversas variáveis, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (CIOSAK, 2011).

A atuação realizada dessa maneira visa manter um atendimento integral. Porém, para que isso seja possível alguns desafios precisam ser superados, tais como: a construção de vínculo entre trabalhador e usuário com conseqüente atendimento acolhedor; o acesso aos serviços de saúde; a oferta de opções tecnológicas para lidar com os problemas de saúde, a compreensão das necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento (COSTA; FRACOLLI, 2007).

Cuidar integralmente de idosos significa oferecer serviços com estrutura que possibilite o acesso, acessibilidade e acolhimento adequados, que levem em consideração as limitações que muitos idosos apresentam (SANTOS, 1999).

Na visão dos usuários entrevistados, que eram idosos, o atendimento que é dispensado a eles deve ser diferenciado. Ao serem questionados sobre o que é ser bem atendido, acolhido, eles deixaram claro que o fato de ser idoso deveria estimular outra forma de abordagem, como demonstram as falas a seguir:

“... pra mim que já sou idosa é muito bom ser bem atendida, porque a senhora sabe que quando a gente é novo tudo a gente não leva em conta, mas quando a gente já tá com idade, muita coisa aborrece, e não quer ser mal atendido onde a gente chega.” E13

“... a pessoa quase não liga pra idosos né? Ai chegar num lugar e ser bem atendido é bom.” E16

Esses discursos nos mostram a necessidade de um bom atendimento simplesmente pelo fato de ser um usuário idoso, que apresenta tantas peculiaridades, características que o fazem diferentes de qualquer outro usuário. O idoso é alguém que carrega não somente a doença, ao adentrar uma unidade de saúde, mas uma grande história de vida, que precisa ser

valorizada, a fim de se amenizar o sofrimento, ainda que todos os seus problemas não sejam imediatamente resolvidos. Ser bem atendido onde se chega é o mínimo que se pode fazer.

Sob esta ótica, Parahyba e Simões (2006) afirmam que os idosos brasileiros vivem diversas angústias como a desvalorização das aposentadorias e pensões, medos e depressão, falta de assistência e de atividades de lazer, abandono em hospitais ou asilos. Além de preconceitos, e desrespeito a estes cidadãos, existe a precariedade de investimentos públicos para as necessidades inerentes a eles, falta de instalações adequadas e carência de programas específicos para as suas necessidades.

A fim de suprir as necessidades de saúde, garantindo melhora na qualidade de vida dessa população, o Estatuto do Idoso, criado em 1º de outubro de 2003, através da lei nº 10.741, determina diretrizes para o cuidado desta população, estabelecendo objetivos de prevenção e manutenção da saúde. Portanto, no Art. 15 do capítulo IV é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, através do Sistema Único de Saúde - SUS, de forma que seja garantido o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com atenção especial às doenças que afetam preferencialmente esses idosos (BRASIL, 2003).

Apesar das diversas carências que apresentam, esses usuários têm consciência do valor que possuem perante a sociedade, desejando, dessa forma um atendimento, digno, de qualidade, com atenção e carinho. É o que mostra a fala a seguir:

“... acho que todos os seres humanos, principalmente os idosos, porque eu acho que eu já dei muita coisa para a nação, porque eu sempre trabalhei, pago imposto, até da caixa de fósforo que eu compro eu pago imposto. Então eu deveria ser bem tratada, eu como os outros também.” E12

O discurso acima demonstra o desejo de ter um atendimento de qualidade, tendo em vista tudo o que o idoso deveria representar para a sociedade em decorrência do que já vivenciou e contribuiu, o que muitas vezes não se realiza.

As falas destes entrevistados expressam a importância de um atendimento diferencial a esta população, que tem características diferenciadas dos outros usuários. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde defende a importância da humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica destacando atitudes a serem tomadas pelos profissionais ao lidar com essa população (BRASIL, 2007a).

O caderno de atenção básica, que trata do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, enfatiza que os profissionais devem estar atentos a estabelecer uma relação respeitosa, levando em consideração que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso (BRASIL, 2007a).

É um grande desafio contribuir para a qualidade de vida da pessoa idosa considerando as grandes limitações que ocorrem com o passar dos anos. Isso se torna mais palpável quando a sociedade considera o contexto familiar e reconhece as potencialidades e valor que os idosos representam. Portanto, muitas dificuldades que essas pessoas enfrentam estão estreitamente ligadas à cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2007a).

Neste sentido, todos os esforços são válidos para propiciar a esta população uma saúde de qualidade, a fim de cobrir de alguma forma, as lacunas deixadas pela cultura da não valorização de tudo que eles representam para a sociedade. Logo, avaliar serviços através do olhar desses usuários nos traz novas possibilidades de construir a saúde. Aqui destaco novamente a importância desta pesquisa.

Considerando o conceito de atendimento acolhedor, diversas características o constituem. Na pesquisa realizada vieram em relevo a relação trabalhador de saúde e usuário, organização do serviço quanto a estrutura física, acesso e acessibilidade, e a construção do modelo assistencial.

Os dados apresentados neste trabalho vieram ao encontro das visões sobre o acolhimento referenciadas na literatura nacional. Garuzi et al. (2014) em uma revisão sistemática acerca de aplicação do conceito de acolhimento e as contribuições desse para as práticas na atenção primária à saúde identificou duas visões principais. A primeira considerou o acolhimento como um dispositivo útil para reorganizar a atenção à saúde com atendimento da demanda espontânea, o incremento do acesso e a humanização das práticas em saúde. A segunda visão demonstrou o acolhimento em uma dimensão relacional, uma postura tomada perante o usuário.

Portanto, os dados mostrados a seguir representam um olhar sobre o acolhimento nas falas dos usuários entrevistados que coincidem com a realidade presente em diferentes unidades de saúde brasileiras, sendo de grande valia para reflexões e mudanças para a melhoria do sistema de saúde.

b) RELAÇÃO TRABALHADOR-USUÁRIO: ATITUDE EMPÁTICA QUE FAVORECE O ACOLHIMENTO

O acolhimento, que significa ato de acolher, aproxima os sujeitos, visto que se dá em uma atitude de inclusão, de um “estar com” e um “estar perto de”, constituindo-se assim como uma das diretrizes da PNH de maior relevância ética/estética/política no SUS (BRASIL, 2010b).

A fim de ir mais a fundo na relação que promove o acolhimento ressalto o conceito de empatia, característica importante para o estabelecimento de uma boa relação. Segundo Araújo et al. (2011) acolher requer aceitação, demonstração de atitude empática, cordialidade e paciência, Significa buscar compreender o usuário na sua realidade e necessidades, aceitando seus anseios, dúvidas e problemas.

A definição do estado de empatia não apresenta consenso, porém há um a compreensão geral de que atender com empatia seja experimentar o que a outra pessoa tem em seu interior, perceber o marco de referência interno do outro com os significados e características emocionais que apresenta em si, como se fosse a outra pessoa, ou seja, colocar-se no lugar do outro sem perder nunca essa condição de “como se” (SILVA, 2015).

Para Borrell (2012) a empatia na relação médico-paciente constitui-se pela qualidade que ajuda a pessoa a transmitir o que compreendeu das emoções de outra pessoa. Compreender de fato o que uma pessoa sente.

Atitudes empáticas são imprescindíveis na construção de uma saúde melhor, tendo em vista que olhar o outro com o olhar dele mesmo possibilita desenvolver atos em saúde que contribuem mais efetivamente para sua melhoria. O olhar empático aproxima os atores em saúde, ajudando a estabelecer objetivos em comum, tanto daquele que cura quanto daquele que é curado.

É possível identificar a presença de atitudes empáticas nos profissionais que atenderam os usuários entrevistados, desencadeando um grau elevado de satisfação e gratidão pelo atendimento recebido, onde pode-se depreender uma comunicação estabelecida de forma efetiva, como demonstrado nas falas que se seguem:

“...olha, tem uma médica aqui que é muito boa, muito boa mesmo, ela é acolhedora, uma maravilha. Eu fico contente, e peço a Deus que ela possa nos ajudar sempre. Ela vai a fundo, ela passa quase uma hora lhe entrevistando. É muito boa. Eu sinto muito amor por

ela. Acho que todas as pessoas que se consultam com ela acham ela uma maravilha. Ela é muito acolhedora.” E9

“... me sinto a vontade com esse doutor, ele é uma pessoa muito paciente. Ele pergunta pedacinho por pedacinho.” E15

No próprio SUS a empatia é encontrada como um dos princípios norteadores da humanização da Atenção à Saúde. Na avaliação da Rede Humaniza SUS, os autores concluíram que “a humanização gera empatia entre os personagens, com o que se propicia uma maior probabilidade de bons resultados no atendimento” (FREYRE, 2009, p. 246).

Eu diria que uma atitude empática, onde o operador de saúde está todo voltado para solucionar, na medida do possível, os problemas do paciente, gera um atendimento acolhedor. Portanto o estabelecimento de atitudes empáticas contribui para a instituição do acolhimento.

A este respeito, Buckmann (2003) defende que, na prática clínica o problema mais frequente na comunicação com o paciente emerge no momento em que ele não é escutado; o outro obstáculo é o uso de uma linguagem técnica que contradiz o próprio conceito de comunicação. Afirma-se que a insatisfação do paciente para a falta de comunicação pesa muito mais do que qualquer outra insatisfação sobre as habilidades técnicas.

Esta afirmativa é claramente encontrada neste estudo, onde se observa que o fato de serem bem tratados, acolhidos pelos profissionais na consulta faz com que a maioria dos usuários não se sintam tão incomodada com a falta de estrutura, organização do serviço. É possível compreender que o tratamento interpessoal é capaz de mudar a percepção que os mesmos têm a respeito do serviço que é prestado. De fato, alguns usuários relataram a necessidade de mudança em alguns aspectos da Unidade, mas acredito que essa necessidade ganharia mais ênfase se eles não se sentissem a vontade, não fossem bem tratados nas consultas.

Dados encontrados por Jorge et al. (2007) em sua pesquisa corroboram com os encontrados no presente estudo, onde o autor afirma que do ponto de vista de avaliação dos serviços de saúde, a dimensão relacional é identificada como determinante principal da satisfação dos usuários sendo deixados em segundo plano os aspectos técnicos dos profissionais e dos serviços, inclusive àqueles referentes à organização e estrutura.

Dessa forma confirma-se a importância de um atendimento atencioso, que promove vínculo, fazendo com que o usuário tenha satisfação pelo atendimento recebido mesmo que todas as condições não sejam favoráveis.

Apesar de ser encontrada essa característica na pesquisa, segundo o relato dos entrevistados, principalmente quando se referiram à consulta médica, o que se vê nas unidades de saúde Brasil afora é muito diferente. Identifica-se certa “anestesia” da escuta e produção de indiferença do outro, com relação às suas necessidades, o que produz uma sensação enganosa de proteção do sofrimento (BRASIL, 2010a).

As falas apresentadas na presente pesquisa mostram uma atitude que vai à contramão do que temos visto. Atitudes essas que deveriam ser adotadas por todos os funcionários envolvidos no cuidado em saúde, onde se estabelece boa escuta e efetiva comunicação. O acolhimento como forma de diálogo tem caracterizado-se como um diferencial na atenção básica à saúde, visto que transforma a abordagem instrumental em uma abordagem mais relacional.

Não obstante essa realidade de dificuldades nos relacionamentos interpessoais, outros trabalhos, como o de Araújo et al. (2011) também encontram atitudes empáticas permeando o atendimento aos usuários. As autoras investigaram como se dava o processo de acolhimento à gestante com HIV/AIDS em uma maternidade pública no município de Fortaleza, Ceará. Percebendo, nos depoimentos, a importância da relação profissional-usuário, tendo em vista que os profissionais procuravam atender cordialmente as pacientes, identificavam as suas necessidades e davam direcionamento aos problemas da demanda.

Como se vê, a maior integração entre trabalhador e usuário possibilita uma transformação no modelo de comunicação que se tem, funcionando como um elemento de mediação entre sujeitos e a rede de atenção em saúde. A ênfase na abordagem mais relacional prioriza o encontro e o exercício da alteridade (GUERRERO et al, 2013).

Guerrero et al. (2013) corroboram com esta face da pesquisa, ao identificar em seu estudo o acolhimento desdobrando-se em três dimensões, dentre elas a dimensão acolhimento-diálogo. Seus dados apresentam o vínculo entre profissionais e usuários como tecnologia que favorece o diálogo, reforçando as relações de confiança, agilizando o atendimento, com melhora da adesão e fechamento do desfecho clínico dos usuários.

Para que o vínculo se estabeleça e o diálogo seja efetivo é necessário que se disponibilize tempo para a escuta do usuário, estreitando dessa forma a relação profissional-paciente. Essa relação pode resultar na satisfação por parte do usuário, e também do trabalhador na medida em que soluciona uma determinada demanda. Essa simples ação de ouvir pode resultar em estreitamento de laços para novas ações e intervenções e ainda possibilita a construção do cuidado integral com coparticipação (PENNA et al., 2014).

Quando abordamos uma população idosa, a escuta e comunicação deve ser ainda mais valorizada e abordada com alguns cuidados, visto que, o processo de envelhecimento propicia a diminuição das capacidades sensório-perceptivas o que pode afetar a comunicação destas pessoas. Verificam-se essas alterações através da diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo. Muitas vezes os idosos apresentam dificuldades em aceitar e tratar essas dificuldades, o que pode conduzi-los ao afastamento do convívio social e familiar. Com consequências para a sua saúde (BRASIL, 2007a).

Portanto, é indispensável desenvolver a habilidade de comunicação na atenção básica, no acolhimento ao idoso, tendo em vista que a neste nível de atenção à saúde constitui-se o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, no qual o profissional deve buscar acolher, compreendê-los, ajudando-os a lidar com seus problemas. Dessa forma é possível construir uma relação de confiança entre o profissional e paciente (STARFIELD, 2004).

Este aspecto da comunicação na relação médico paciente foi um dado importante, muito valorizado por idosos entrevistados na pesquisa de Lima et al. (2014). Avaliou-se o desempenho quanto à oportunidade dada aos pacientes para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e receber explicações pelos profissionais, de forma clara e fácil linguagem, sendo considerado bom o desempenho. Dados que coincidem com os da presente pesquisa, como se verifica na sequência.

“... inclusive, agora nessa consulta com o doutor eu gostei muito dele porque ele fez umas quantas perguntas pra eu poder responder pra ele onde eu tava sentindo a dor. Ele me recebeu muito bem, fez perguntas pra mim, eu respondi pra ele, contei tudo, dos exames.” E2

“... o médico é muito atencioso atende muito bem... e eu toda vez que venho ele nunca me atendeu mal, ele presta bem atenção, uma pessoa muito boa mesmo, assim como outra doutora que tinha aqui, era muito boa, dava muita atenção pra gente.” E5

Percebe-se através dos relatos dos usuários a presença de comportamentos permeados de empatia que constitui característica imprescindível para o acolhimento e efetivação de uma prestação de serviço humanizada. A humanização do relacionamento profissional de saúde-paciente e a centralidade da pessoa devem tornar-se um ponto essencial na organização da

saúde pública tendo em vista os benefícios que podem trazer para a saúde dos usuários e para o sistema como um todo.

Tais benefícios, de acordo com alguns estudos podem ser: melhora da compreensão das informações passadas pelo médico, retornos em consulta, adesão ao tratamento, resolução dos sintomas, redução do estresse psicológico, melhor percepção da competência médica e satisfação do paciente (SHAPIRO et al., 2009; STEPIEN; BAERNSTEIN, 2006).

Neste sentido, os dados encontrados por Arruda e Silva (2012) ao avaliarem o acolhimento e o vínculo na prática da humanização de enfermeiros com pacientes portadores de Diabetes Mellitus em um serviço ambulatorial público, levaram os autores a concluir que a escuta possibilita aos encontros uma evolução da condição crônica de saúde para além dos aspectos clínicos, chegando à subjetividade. Os usuários perceberam que eram ouvidos com atenção e que as suas preocupações eram consideradas pelas enfermeiras, levando a maior abertura para a conversa. Esse diálogo possibilita, através do compartilhamento de ideias e parceria entre profissional e usuário, encontrar soluções para os problemas de saúde.

Como se vê, através de um bom acolhimento, que parte de uma atitude empática pode-se melhorar consideravelmente a qualidade de serviço prestado, contribuindo para melhora da saúde da população que recebe tal atendimento. Essa dinâmica pode ser prejudicada pela não adesão do usuário ao tratamento, que pode ser consequência, dentro outros motivos, de um mau atendimento. Os relatos a seguir ilustram como a falta de acolhimento pode influenciar na adesão do usuário:

“eu gosto de ser bem atendida, se eu for num lugar e me atenderem mal eu num volto mais.” E5

“... você sabe que onde a gente vai a gente é bem acolhido, é bom né? Porque se você vai num lugar e já está doente, e é mal atendido você piora.” E13

Apesar de a maioria dos entrevistados referir um bom atendimento, ao questionar se são escutados quando vão na unidade, 4 usuários relataram que às vezes não vivenciam um atendimento de qualidade, como nas falas a seguir:

“Talvez né? Às vezes sim, às vezes não, porque eles estão sempre com ignorância.” E1

“Tem umas que sim, mas tem outras que não.” E12

“Poucos, alguns. O atendimento aqui, como em qualquer posto é péssimo.” E18

“Às vezes escutam se eu falar.” E6

Estes relatos devem ser levados em consideração mesmo se foram poucos. Eles mostram o quanto a humanização da assistência ainda não é uma realidade global na atenção a saúde, é difícil construir um sistema totalmente acolhedor, tendo em vista que estas atitudes dependem também de características pessoais dos profissionais, além de uma boa formação quanto a forma de atender. Não obstante esses relatos vê-se que no geral os pacientes consideram que há bom atendimento e acolhimento na unidade.

Lima (2010) também encontrou em seu trabalho relato de mau atendimento de uma pequena parte dos idosos. Ela considerou inadmissível que alguns desses idosos não tenham recebido um atendimento digno, humano, respeitoso, em que se prezasse um bom relacionamento entre profissional e paciente, num ambiente com condições básicas de limpeza, acomodações, ventilação, etc. na sua visão, principalmente por serem idosos, que muitas vezes depende de outras pessoas para sobreviver, devem ter o mínimo de boas condições de atendimento.

A autora afirma ainda que é necessário insistir na cobrança aos gestores do SUS para a melhoria da atenção à saúde da população idosa, para que esta possa desfrutar de seus direitos que estão tão bem estabelecidos nos estatutos, políticas e programas dedicados a essa clientela. Ressalta-se ainda que, a melhor atenção aos idosos que buscam atendimento está ligada à capacitação profissional e o investimento nas estruturas físicas das unidades de saúde, de modo a contribuir para um viver mais saudável a esses indivíduos, sendo também nossa responsabilidade, reivindicar o direito a um atendimento humano e de qualidade.

c) ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA PARA REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O acolhimento pode propiciar uma nova forma de processo de trabalho, que seja centrado no interesse do usuário, pois evidencia as dinâmicas e critérios de acessibilidade a que os mesmos estão submetidos. Torna-se, assim, tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade, qualificando a relação entre trabalhador de saúde e usuários, a qual deve estar baseada em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Enquanto diretriz da PNH, ele contribui para reformular o modelo assistencial e de gestão, estimulando o cuidado de forma interdisciplinar e abordando de forma diferenciada a compreensão das demandas dos usuários e de seus processos de saúde-doença. A ênfase na dimensão ética e política da postura dos profissionais é um grande contributo para a organização e prática do trabalho (TESSER; POLLI NETO; CAMPOS, 2010).

Portanto, verifica-se como o acolhimento pode favorecer a mudança no processo de trabalho existente, na medida em que tem como centro de sua ação o usuário. Identificar como os usuários avaliam o atendimento ajuda a repensar as práticas profissionais e intervir sobre organização dos serviços.

Diversos aspectos influenciam na acolhida, no momento em que o usuário chega à unidade de saúde, desde os meios que se utilizam para chegar ao serviço até o percurso desenvolvido dentro da instituição para conseguir um atendimento. Alguns fatores são importantes nesse trajeto, tais como: transportes utilizados, prioridade para as consultas, bem como o acesso ao atendimento sem que esteja agendado, o tempo e a forma de espera. Tais fatores podem facilitar ou dificultar a entrada do usuário ao serviço de saúde (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009).

A fala a seguir exemplifica a dificuldade de muitos usuários na acessibilidade à unidade, tanto no que diz respeito às questões geográficas, quanto à dificuldade de encontrar os remédios que necessitam:

“...o remédio pra mim receber. Eu recebo mas tem que ir para outro posto porque não tem aqui... ai tem que ir lá para o outro. Ai eu acho ruim porque eu não posso andar, tem que ir de carro, eu não tenho carro, eu venho aqui num carrinho que meu genro que tem, mas ele trabalha né? Tem sempre o dia de eu ir que ele diz que tá ocupado.” E4

“... ai eles mandam a gente ir lá no posto grande, aí fica mais longe. Quando não tem aqui eles dão a receita pra gente pegar no outro posto, aí eu vou.” E16

O olhar atento às necessidades do outro contribui para derrubar algumas barreiras e potencializar o cuidado à saúde das pessoas que necessitam. Essas falas nos mostram uma realidade muito presente nas periferias do nosso país, pessoas com baixa renda, sem condições física e financeira adequadas de locomoção para o atendimento de suas necessidades, fazendo com que a busca pela medicação, não sendo possível devido às questões já descritas, impossibilite a continuidade de um tratamento de forma correta, como preconizado pelo sistema de saúde.

Neste sentido, as falas trazem a dificuldade enfrentada pelos usuários, no que diz respeito ao acesso, acessibilidade e organização do serviço, o que nos mostra que ainda há muito para se avançar a fim de proporcionar um atendimento acolhedor e de qualidade.

Dificuldades relacionadas ao acesso foram encontradas também na pesquisa de Macedo et al. (2011) ao verificar os saberes dos usuários sobre acolhimento. Os autores encontraram relatos positivos sobre o vínculo estabelecido com o profissional, porém a satisfação no acesso não foi relatada por todos os sujeitos. A maneira de organizar, por exemplo, com a oferta de senhas distribuídas muito cedo e de acordo com a ordem de chegada, dificultava o atendimento. Esta situação limitava a concretização do acolhimento, e nem sempre eram atendidos os casos prioritários.

Na pesquisa de Brehmer e Verdi (2010) os usuários atribuíram ao acolhimento o significado de acesso aos serviços de saúde. Para eles o acolhimento estava restrito a uma situação focada em um problema, fazendo com que o acesso fosse limitado à atenção centrada na queixa-conduta.

Nota-se que o acolhimento se expressa concretamente na facilitação do acesso, na medida em que possibilita a abertura de um olhar voltado para as necessidades do usuário, e não apenas para a realização de procedimentos de forma automática.

Quando questionados sobre o atendimento dispensado a eles, foram presentes nos discursos da maioria dos entrevistados queixas sobre a demora no atendimento, apesar de eles considerarem que suas necessidades eram atendidas, pois referiram ser bem tratados. Percebe-se que eles consideraram essa pergunta apenas no sentido da forma como foram recebidos, que não foi realizada de maneira grosseira por parte dos profissionais. Porém, a observação feita por mim e o relato deles em outro questionamento ressaltou a demora no atendimento, o que demonstra que os mesmos não foram atendidos da maneira que deveriam. Ao serem questionados sobre as mudanças afirmaram o desejo de que esta demora fosse resolvida, demonstrando a insatisfação quanto a esta situação.

Esta diferença entre o discurso proferido pelos entrevistados de que tiveram suas necessidades atendidas e a grande insatisfação quanto à demora no atendimento também foi encontrada no trabalho de Lima et al. (2014), nos fazendo refletir a efetividade do acolhimento.

“... Porque a gente precisa de um atendimento melhor. Agora como aqui, eu cheguei cedo aqui, até uma hora dessa ainda não atenderam a gente, às vezes também precisa ser melhor.” E1

Percebi em minhas observações que a consulta realizada pelo médico era bastante minuciosa e demorada, característica muito relevante, pois demonstrava um atendimento mais cuidadoso, que vai além de um inquérito sobre a doença. Esse fato prolongava o tempo de espera dos usuários. Porém, somava-se a isso a chegada de alguns profissionais fora do seu horário de trabalho. Verifiquei em alguns dias a chegada uma hora ou uma hora e meia após o horário previsto. Isto conseqüentemente desencadeava uma espera maior por aqueles que aguardavam atendimento, e queixas a esse respeito.

“... porque a gente tá aqui porque precisa. A gente chega na casa da gente uma hora, meio dia, a gente fica cansado de ficar aqui esperando.” E1

“... olha, eu já estou aqui desde umas 7 horas, já são 9h. Ainda to achando que não vou ser atendido.” E8

A esse respeito, a carta do direito e deveres dos usuários editada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 em seu Parágrafo único afirma que:

“...É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:
I – atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e em condições adequadas de atendimento (BRASIL, 2011).”

Inúmeras são as estratégias para possibilitar um atendimento mais efetivo, como a criação desta carta que contém os direitos e deveres dos usuários. Porém, a exemplo do relato apresentado, a agilidade no atendimento ainda é uma conquista a ser alcançada.

Esta demora no atendimento estimula ainda uma prática muito frequente entre os usuários, a chegada à unidade de saúde em horários madrugadores, antes mesmo de estar aberta, expondo-se ao perigo por se tratar de um local na periferia da cidade. Ao chegar à unidade de saúde os profissionais já se deparavam com diversas pessoas aguardando o atendimento. Alguns usuários justificavam essa atitude pela demora da chegada dos profissionais, então se antecipavam para serem os primeiros a ser atendidos. Como na fala a seguir:

“... o doutor custa muito a chegar né? Olha tá marcado pra 8 horas, e ele chegou 9:30h. o pessoal só chega 8 horas pra abrir, mas a minha esposa chegou ainda não era 6:30.”

Um determinado dia, cheguei à unidade às 8h da manhã, 7 pessoas aguardavam atendimento. Ao entrevistar uma idosa, a mesma reclamou da demora no atendimento. E comprovei esta demora, pois no momento de minha chegada havia no local apenas a profissional dos serviços gerais. Todos os outros profissionais de saúde não haviam chegado e os usuários encontravam-se impacientes com a demora do médico.

Uma senhora (às 8;45) vai embora dizendo: *“... é como eu tava dizendo... uma avacalhação danada”*.

Neste dia os pacientes são avisados por um ACS, sem grandes justificativas que o horário da consulta foi modificado. Percebo uma atitude pouco acolhedora por parte desse profissional. Mas logo em seguida identifico uma forma de atendimento diferente de outra ACS, que teve o cuidado de explicar a situação.

O relato dessas duas posturas me mostra o quanto a atitude de acolhimento passa por formação, mas também por atitudes inerentes às características pessoais de cada um. Porém, vê-se que o acolhimento deve ser sempre reforçado como prática que deve ser utilizada por todos os profissionais.

A presença de reclamações quanto aos horários de início do atendimento foi frequente. Muitos pacientes chegavam à unidade antes das 7h da manhã a fim de serem os primeiros a ser atendidos. O atendimento estava programado para iniciar às 8h, porém, alguns profissionais chegavam após esse horário prolongando o tempo de espera.

Um agravante à realidade da presença dessas filas é o acesso aos serviços, que, de maneira geral é organizado de forma burocrática partir da ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Esta forma de operar constitui uma lógica perversa presente nos serviços de saúde cotidianamente (BRASIL, 2004b).

A espera prolongada pelo atendimento e a inadequada área física do serviço foram identificados como fatores que dificultavam o acesso ao serviço de saúde de Porto Alegre no estudo de Lima et al. (2007). O autor investigou a opinião dos usuários, quanto ao acesso ao atendimento e a prestação do serviço oferecido, na relação com o acolhimento destes.

Outros estudos trazem conclusão de quão é importante o acolhimento para a concretização de um sistema de saúde com mais qualidade. Percebe-se que este acolhimento

está estreitamente ligado ao acesso aos serviços, e ressaltam-se conceitos como criação de vínculos, cuidado integral, escuta e resolutividade como características que constituem este acolhimento (SOUZA et al., 2008; COELHO; JORGE, 2009; PENNA et al., 2014).

O trabalho de Corrêa et al. (2011) também encontrou a demora no atendimento como uma característica do acesso. Os autores tiveram como objetivo analisar a concepção de usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Cuiabá, Mato Grosso, sobre acesso, acolhimento e vínculo. Seus resultados apresentam o acesso entendido pelos usuários de forma nem sempre positiva devido à demora no atendimento e baixa resolutividade, fazendo com que o usuário retornasse a unidade, buscando a atenção secundária como porta de entrada para solucionar seus problemas.

Considerando o aspecto ressaltado pelos autores supracitados, confirma-se a importância do acesso para a constituição de uma atitude acolhedora, visto que a demora no atendimento e marcação de consultas desencoraja os usuários na busca por melhores condições de saúde.

Sob esta ótica, se faz necessário restabelecer, o princípio da universalidade do acesso, cotidianamente, onde todos os cidadãos possam ter essa possibilidade, além da responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser efetivado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, comprometidos com a construção coletiva de estratégias que sejam capazes de mudar as práticas dos serviços (BRASIL, 2010b).

Relatos referentes à demora na marcação de consultas também foram encontrados, o que contribui para a insatisfação de alguns usuários quanto ao atendimento.

“... agora essa semana eu vim, me disseram: “Ah, não tem consulta, só vai ter consulta dia 03 de agosto”. A gente fica até comovida com as coisas né? Agora eu to aqui esperando... se eu conseguir uma desistência para meu esposo fazer exame amanhã”. E1

“... por exemplo, eu venho hoje, a consulta é marcada pra daqui a um mês... é difícil...” E2

Esta realidade é muito presente na maioria das unidades de saúde, que pode se justificar pela quantidade reduzida de profissionais para atender uma grande demanda de usuários. Isso constitui uma das barreiras para um atendimento acolhedor, e deve ser solucionada.

Com essa perspectiva, a Política Nacional de Humanização reconhece essa necessidade e em suas diretrizes específicas para a atenção básica determina que se deva estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que possibilitem a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004a).

Neste ponto, é de grande relevância abordar o acolhimento como contribuinte para o processo de produção de saúde, que diz respeito a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se concretiza numa rede de relações que exigem interação e diálogo constantes (BRASIL, 2010b).

A abordagem dessas relações de trabalho que são permeadas por assimetrias no saber e poder exige um cuidado especial, tendo em vista que, é por meio dessas relações e seus questionamentos que se constroem as práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas envolvidas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (BRASIL, 2010b).

Mais uma vez ressalta-se uma das características importantes do acolhimento, a reorganização dos serviços. Tendo em vista que ao identificar as falhas que dificultam o acesso do usuário a boas condições de saúde é possível trabalhar para solucioná-las. Através da escuta qualificada das necessidades do usuário é possível estabelecer estratégias para melhorias do acesso ao serviço de saúde.

Para ratificar essa afirmativa, na cartilha sobre acolhimento com classificação de risco encontra-se que o acolhimento se traduz em um modo de operar os processos de trabalho atendendo a todos que procuram por atendimento, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004b).

Através dessa postura de escuta nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde se chega a uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, trazendo contribuições significativas para a promoção de cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010b).

De acordo com Penna et al. (2014), quando o acolhimento se dá de forma qualificada, o vínculo e acesso são efetivados e geram resultados positivos no atendimento. Os profissionais precisam trabalhar em equipe de maneira concisa, com objetivos comuns a fim de identificar os entraves que interferem na estratégia da integralidade da atenção à saúde.

Na visão de acadêmicos de enfermagem que desenvolviam atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de municípios da Região Metropolitana de Vitória-ES, que participaram da pesquisa de Oliveira (2010) o acolhimento é um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho, na medida em que revê necessidades e prioridades, realiza a classificação de riscos, evitando, as filas por ordem de chegada, e, principalmente, a espera desnecessária dos usuários.

Outro ponto que esteve presente nas entrevistas e que deve ser levado em consideração para um atendimento de forma acolhedora foi a organização dos serviços quanto a estrutura que recebe estes usuários. Sob este aspecto, Coelho, Jorge e Araújo (2009) reforçam que um ambiente agradável pode ter grande influência na saúde do usuário, que muitas vezes procura a unidade de saúde em busca de reduzir o estresse presente em seu ambiente familiar ou meio social.

Dessa forma, além de atitudes acolhedoras por parte dos profissionais, um ambiente com infraestrutura adequada também apresenta grande importância na abordagem do usuário que adentra a unidade.

Guerrero et al. (2013) corroboram com essa afirmação ao defender em seu estudo que o acolhimento gera transformações no processo de trabalho, nas relações que se estabelecem nos espaços de cuidado e na realidade organizacional. Ele entrevistou gestores, profissionais de saúde e usuários a fim de entender o acolhimento como uma boa prática de saúde na atenção básica considerando três dimensões, sendo elas, diálogo, postura e reorganização de serviços.

Neste sentido, dentre os usuários entrevistados, considerando a dimensão reorganização do serviço, deve-se levar em consideração as queixas de 50% dos entrevistados quanto ao ambiente físico, como nas falas a seguir:

“... olha, não é adequado, precisa de mais higiene, mais limpeza.” E14

“... Falta muita coisa. A gente olha a situação, que às vezes a pessoa chega aqui, a menina ainda não está fazendo a limpeza, a pessoa fica ai fora esperando ela limpar, banheiros não são bem confortáveis, não que sejam sujos todo tempo né? Mas eles tem que ver que uma coisa pra nossa saúde deve ser melhor” E15

“... se quiser tomar uma água não tem bebedouro. Olha, o médico marcou pra 8 horas, já são 9 horas. Ai se tu quiser tomar uma água não tem como.” E18

Através de minha observação, sob a perspectiva do acolhimento, acredito que este ambiente não favorece atitudes acolhedoras, por se tratar de um ambiente que não foi construído de forma direcionada ao atendimento de saúde.

Reclamações quanto à falta de um bebedouro e dificuldade quanto ao acesso ao banheiro foram frequentes. Portanto, necessidades básicas do ser humano não eram atendidas. Percebi logo, que esse ambiente não poderia fornecer sensação de acolhimento, tendo em vista tudo o que é preconizado pela PNH.

Em se tratando de população idosa essa situação se agrava, pois sabe-se que a grande maioria deles apresenta dificuldades devido ao próprio processo de envelhecimento. Portanto, se faz necessárias mudanças na estrutura física do lugar para melhor atender.

Queixas semelhantes, relacionadas a precariedade do espaço físico foram relatadas por Medeiros et al. (2010) em sua pesquisa sobre a avaliação do usuário com relação ao acolhimento na Unidade Básica de Saúde. Os autores afirmam que condições de trabalho e instalações adequadas são necessárias para a efetivação de uma acolher digno e de qualidade. Os serviços públicos de saúde na grande maioria das vezes possuem estruturas precárias que colocam em risco todo o processo de trabalho e pode desestimular tanto os profissionais que ali trabalham, como os usuários que procuram pelos serviços.

Ainda sob este aspecto, uma revisão sistemática realizada por Santos e Santos (2011) sobre o tema "Acolhimento no Programa de Saúde da Família-PSF" objetivando analisar as diferentes abordagens em periódicos brasileiros, encontrou que a infraestrutura inadequada e ausência de projetos de ambiência ganham ênfase nos estudos e constituem obstáculos à escuta qualificada, à acomodação dos usuários e profissionais, à privacidade, ou seja, apresentam forte influência nos processos de acolhimento, pois prejudicam a comunicação.

Tendo em vista essa realidade, a PNH quando instituída, trouxe como uma de suas diretrizes gerais a necessidade de adequação os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável (BRASIL, 2004a).

Além disso, a carta de direitos e deveres dos usuários levando em consideração diversas políticas, dentre as quais a PNH, afirma no Art. 4º que a toda pessoa é dado o direito ao atendimento humanizado e acolhedor, que seja realizado em ambiente limpo, confortável e acessível a todos, por profissionais qualificados (BRASIL, 2011).

Com esta preocupação nasce o conceito de ambiência, abordado em uma das cartilhas da PNH. Este termo refere-se ao tratamento fornecido ao espaço físico, que é entendido como

espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010b).

A ambiência, que se caracteriza por um espaço de encontro entre os diferentes sujeitos, potencializa as ações e a reflexão das pessoas que fazem parte do processo de trabalho, contribuindo para o surgimento de novas subjetividades (BRASIL, 2010d).

As falas a seguir dão exemplo da não efetivação deste conceito na prática:

“... às vezes a gente tá no consultório, entra um, entra outro, aí a gente nunca fica a vontade.” E12

“... a gente fica constrangido na frente das pessoas e não consegue falar.” E1

Os discursos apresentados demonstram como um ambiente preparado fisicamente para acolher pode fazer diferença no tratamento dos usuários, pois em muitos momentos, por falta de privacidade, informações importantes deixam de ser transmitidas aos profissionais, impedindo que este atendimento se realize de maneira integral e resolutiva ao usuário.

Realidade esta que vai de encontro ao conceito de ambiência tem como um de seus eixos a construção de ambiente confortável com foco na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, tanto trabalhadores quanto usuários. Para que isso se efetive devem-se valorizar elementos como cor, cheiro, som, iluminação, morfologia (BRASIL, 2010d).

Além de espaços voltados ao atendimento individual, é importante visualizar o ambiente como um todo, se este ambiente propicia sensação de acolhimento. Como é a recepção deste usuário? Como está constituída a unidade? Ela favorece o relacionamento em grupo, ou outras atividades?

Em minha observação a respeito do local, senti que aquele não era por si só um espaço que acolhia. Tendo em vista ser uma casa alugada que foi adaptada para atender às necessidades de saúde daquele lugar. Portanto, não foi projetada para este fim. É o que vemos na maioria dos lugares, espaços improvisados para atender demandas de saúde.

O conceito de ambiência ressalta, porém, contradizendo a lógica instalada, que esses espaços devem ser pensados para integrar as equipes de saúde, com áreas que possibilitem o compartilhamento das equipes, como espaços de acolhimento na entrada, áreas de encontro entre trabalhadores e usuários, espaços coletivos para realização de reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros (BRASIL, 2010b).

Apesar de notavelmente se identificar a precariedade na estrutura do ambiente, metade dos entrevistados considerou que o espaço físico estava bom, não consideraram que

necessitava de mudanças. Mostraram-se satisfeitos com a realidade que encontravam. Em alguns discursos era presente certo conformismo com aquilo que era oferecido. Esse comportamento pode se dar pela grande carência que ainda hoje existe na saúde, que faz com que o pouco, mesmo de maneira precária já seja considerado suficiente para a população. Acrescenta-se a essa questão a falta de consciência quanto ao que é direito de cada cidadão assegurado pela constituição brasileira.

As falas a seguir sobre a adequação da estrutura para receber as pessoas retrata um pouco dessa realidade:

“É, porque é tudo limpinho, elas são muito boas atendentes. O Espaço tá bom. Tem farmácia, às vezes eles dão remédio.” E9

“... porque somos pessoas humildes né? Não tem como pagar um médico particular. E aqui tudo é de graça... É exame de graça, e elas tratam muito bem a gente.” E9

“Tá bom né? Sabe que a gente mora em um bairro carente, e a casa é limpa. A gente não tem o que reclamar.” E13

“É, tem ventiladores, tem os bancos pra gente sentar, tem banheiro lá em cima, tudo bom aqui.” E16

Essas falas demonstram uma parcela da população que aceita a saúde como lhe é transmitida, tem consciência de pertencer a uma parcela da população menos favorecida e se contenta em ter o mínimo. Então muitas vezes, sabe que as condições não são das melhores, mas tem suas consultas agendadas, a visita domiciliar dos profissionais, um acompanhamento pela equipe de saúde, e isso lhe basta, não importando tanto se o ambiente não é o mais adequado para atendê-los. Para esses usuários ser bem acolhido significa simplesmente ser atendido, independente das condições em que se faz esse atendimento.

Mas será que isso basta? Será que estamos possibilitando aos usuários o mínimo de dignidade em um atendimento? Será que para quem avalia é suficiente o discurso conformado de uma população que por não ter acesso a quase nada se contenta com uma consulta e alguns remédios que lhe são oferecidos “de graça”?

A este respeito, dados semelhantes a estes foram encontrados na pesquisa de Lima et al. (2014) ao investigar a percepção do idoso quanto ao cuidado humanizado na atenção básica de saúde. De forma geral os autores identificaram como resposta dos idosos uma boa responsividade na atenção básica de saúde, apesar da detecção de algumas falhas no sistema.

É presente certo conformismo no relato dos entrevistados, que se demonstra na aceitação implícita da baixa qualidade do serviço público por ser direcionado à população carente, justificando o descaso pela sua qualidade. Os autores acabam por denominar como “naturalização” da situação pelos usuários, que reconhecem o serviço como favor ou doação, e não como direito (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Porém, tendo em vista a dignidade do homem, é necessário ir além dessa mentalidade. É preciso mirar sempre aquilo que é preconizado como necessidades básicas e verificar se tais necessidades estão sendo atendidas para então afirmar que estamos construindo um SUS universal, equitativo e integral.

Logo, se a Política Nacional de Humanização afirma que o acolhimento deve promover otimização dos serviços, fim das filas, melhorar a qualidade da atenção e gestão em saúde e um atendimento resolutivo, temos a obrigação de almejar que essa realidade se concretize, colocando em prática o que está escrito na lei (BRASIL, 2004a).

Portanto, mesmo que uma parte da população acredite que ter alguns bancos e um ventilador a disposição é suficiente para ser bem atendidos devemos nos perguntar sempre se isso é suficiente. Se, de fato, o profissional consegue prestar uma boa consulta e atendimento de qualidade com a estrutura que tem disponível. Esta reflexão é necessária para que as mudanças aconteçam, para que se exija mais, em vista de atender com qualidade aquele que busca.

No entanto, sabendo da realidade precária da saúde, da falta de investimentos, das barreiras que são impostas, como a infraestrutura e organização do espaço físico que dependem de fatores como a gestão financeira e vontade política, se faz necessário que ao menos esses usuários se sintam acolhidos, como relatado por muitos dos usuários entrevistados. A postura de tratamento do profissional ao receber uma pessoa pode mudar o olhar desse usuário para o sistema de saúde.

Sob este aspecto, de acordo com Rosa, Pelegrini e Lima (2011) a resposta satisfatória que o serviço de saúde favorece ao usuário não está ligada essencialmente a cura de doenças, mas também ao alívio ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde, associada à ação acolhedora, ao vínculo estabelecido com o usuário. Isto caracteriza um atendimento resolutivo.

Atendimentos resolutivos possibilitam maior proximidade do usuário com a unidade de saúde, os fazem mais satisfeitos, e com a ideia de que foram bem atendidos. Isso foi

identificado em algumas falas, demonstrando a satisfação quanto à resolução das suas demandas, apesar de carências na infraestrutura.

“Sim, quando não é dia de atendimento ele marca pra outro dia e eu venho. Do tempo que eu tenho me tratando aqui eu não tenho do que me queixar.” E13

“Teve uma consulta que eu vim aqui, não tinha agendado, mas na hora eles arrumaram. E eu fui atendida.” E15

“... eu vim aqui passando mal sem ter marcado e fui atendida” E17

“... sempre quando não tá agendado eles explicam pra gente vim outro dia. Eles marcam a data. Ai a gente vem na data certa que eles dizem.” E20

Os discursos apresentados demonstram que os usuários foram atendidos em suas demandas, mesmo quando chegaram e não tinham uma consulta agendada. Esse aspecto está intimamente ligado a uma postura acolhedora, que se interessa em resolver as necessidades daquele que procura.

Essa característica do atendimento coincide com o que é preconizado pela PNH onde se afirma que se deve acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas por atendimento. Acolhimento esse que pressupõe que todos aqueles que procuram o atendimento em saúde, por demanda espontânea deverão ser acolhidas pelo profissional, que deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade (BRASIL, 2004b).

Dados do estudo de Rosa, Pelegrini e Lima (2011) realizado em uma Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre corroboram com esta afirmativa. Os autores avaliaram a visão dos usuários sobre resolutividade, e encontraram que a mesma está relacionada com a percepção destes usuários sobre solução de seus problemas de saúde. Chegaram à conclusão de que a satisfação dos usuários e sua visão sobre resolutividade da assistência colaboram para organização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

Esta conclusão está de acordo com o conceito expresso na lei 8.080/90 sobre o princípio da resolutividade, que se caracteriza como a exigência de que ao surgimento de um problema de impacto coletivo sobre a saúde, ou quando o indivíduo busca por atendimento o serviço esteja capacitado para resolvê-lo até o nível de sua complexidade (BRASIL, 1990).

Segundo Turrini, Lebrão, e Cesar (2008) a resolutividade pode ser avaliada de duas formas. A primeira delas é dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender a demanda e de encaminhar para um nível mais especializado os casos que necessitam. A segunda forma se dá dentro do sistema de saúde, que compreende todo o processo, desde a consulta inicial na atenção primária até a solução dos seus problemas em outros níveis de atenção.

Neste estudo foi possível identificar aspectos relacionados à resolutividade dentro da unidade de saúde, onde a maioria dos usuários relatou que tinha suas demandas atendidas ao procurar por atendimento. Referiram que saíram com respostas mesmo que não tenham resolvido totalmente as questões pelas quais procuraram o serviço. Apenas quatro usuários referiram dificuldades quanto à resolução de seus problemas. Como mostram as falas:

“... porque quando eu venho aqui, às vezes eu venho trazendo uma receita, eles dizem que não, que não dá pra atender, a gente vai embora.” E1

“... às vezes quando eu não tenho consulta marcada é muito difícil.” E2

“... olha, como eu estou aqui, não sei se vão me atender ou não. É difícil.” E18

“... pra ser atendido é uma dificuldade. Como eu vim aqui trazer uns papeis aqui, passou mais de um ano, e deram sumiço no papel. Aí se comprometeram a arrumar outro, aí ele arrumou.” E8

Como demonstrado, a maioria dos usuários mostrou-se satisfeito com o atendimento recebido. Obter respostas, sentir que alguém se interessa pelos seus problemas possibilita maior satisfação quanto ao atendimento. Isso é exemplificado pela fala de Rosa, Pelegrini e Lima (2011), ao afirmarem que a resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, feito por equipes responsáveis, atitudes criativas e flexíveis. A resolutividade é considerada a resposta satisfatória que o serviço de saúde possibilita ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde, trazendo não somente a cura de doenças, mas o alívio ou minimização do sofrimento.

d) ACOLHIMENTO: TECNOLOGIA QUE CONTRIBUI PARA A CONCRETIZAÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL BASEADO NA CLÍNICA AMPLIADA

Características importantes do modelo assistencial instalado contribuem para a noção de um atendimento acolhedor à população que o procura. Estas características estavam presentes nas falas dos usuários, como mostrado a seguir:

“...as minha enfermeiras vão na minha casa... elas me atendem bem. Fim de ano eu sempre tenho um presentinho pra dar pra elas.” E4

“..ela quer saber até o que a família toda tem.” E9

“... sempre eles vão avisar: “olha, amanhã tem uma consulta de hiperdia”, ai a gente vem...” E3

“..aliás, a minha família todinha é bem atendida.” E4

As falas apresentadas contem em si a novidade que a saúde da família traz quando se trata de reorganização da atenção básica, onde o trabalho deve estar centrado mais especificamente no usuário e sua família, e não na unidade de saúde. Este novo olhar para a atenção à saúde apresenta o agente comunitário como peça fundamental para a ampliação do diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local, contribuindo para o fortalecimento de vínculo e responsabilização desses usuários (SOUZA, 2001).

A prática de atenção à saúde com o olhar na família propõe uma quebra de paradigmas. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como um grande desafio à saúde tendo em vista a ruptura com o modelo assistencial biomédico. Para que se torne efetiva é necessária a adoção de novas formas de lidar, um novo modo de construção do cuidado, onde os sujeitos estejam comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva inseridos em uma visão de direitos sociais plenos (MERHY, 2007).

Essa mudança profunda e radical se fez necessária tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro esteve historicamente marcado por um modelo de assistência curativa e hospitalocêntrica, centrado na consulta médica. Essas transformações tem se constituído paulatinamente com o desenvolvimento da atenção primária através de equipes multiprofissionais, estratégica e prioritariamente implantadas nas áreas de maior vulnerabilidade das cidades (BRASIL, 2006a).

Logo, as falas proferidas pelos usuários expressam um pouco dessa realidade de mudanças, onde a saúde se volta para a pessoa como centro, e para que isso seja concretizado usa-se de ferramentas como a visita domiciliar, o contato mais próximo com o usuário e sua família, na medida em que emergiu de seus discursos a importância desse atendimento mais

pessoal que é direcionado a eles. Percebe-se que há esforços para a construção de uma saúde que se direciona para a família e seu contexto.

Conceitualmente, a saúde no nível da atenção básica deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e participação social. A portaria que descreve o dever ser da atenção básica destaca ainda que o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, na integralidade e inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, possibilitando qualidade de vida e redução de agravos (BRASIL, 2006a).

Esse tipo de assistência só é possível quando se tem o olhar sobre a pessoa que adocece, não somente sobre a doença. E olhar a pessoa é olhar tudo que pode influenciar seu estilo de vida, seu contexto familiar e cultural. De fato, esta é uma grande revolução no cuidado à saúde. É ir contra um sistema instalado para curar doenças tão somente.

Para que esse atendimento leve em consideração todos os aspectos da vida do usuário são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. Estas técnicas carregam em si a capacidade de escutar o outro e a si mesmos, lidar criticamente com as formas de trabalho automatizadas, com os problemas sociais e subjetivos com família e comunidade (BRASIL, 2009b).

A fala que se segue é um exemplo da atenção voltada ao usuário, expressão de mudanças instituídas na forma de gerir a saúde, tendo em vista um novo modelo de assistência:

“... quando a pessoa não vem aqui, eles vão nas casas, tem uma atenção. Olha, por exemplo eu fiz esse exame, a menina foi lá na minha casa levar o resultado e trazer o dia marcado pra mim.” E11

A esse respeito, França, Pessoto e Gomes (2006) afirmam que com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a visita domiciliar, é considerada como um eixo transversal que tem em si a universalidade, integralidade e equidade. Estabelece relação entre os diferentes sujeitos do processo contribuindo para o acesso às políticas públicas. Portanto a prática domiciliar é um instrumento fundamental para a compreensão de todos os determinantes da saúde e da vida do cidadão.

Configura-se como uma modalidade de assistência domiciliar, a qual é uma prática do trabalho na área da saúde que foca o indivíduo e a família no ambiente domiciliar, favorecendo o reconhecimento dos reais problemas, fraquezas, fragilidades e, sobretudo, das necessidades de saúde do indivíduo. Este modelo oferece um cuidado integral (LACERDA et al., 2006; ABRAHÃO, 2011).

Logo, esta é mais uma forma de estabelecer vínculo com o usuário, estando diretamente ligada a atitudes de acolhimento na medida em que, tem em seu cerne o olhar integral ao indivíduo. A atenção voltada para a solução real dos problemas por parte dos profissionais possibilita identificar as necessidades e resolvê-las da forma mais abrangente possível.

Corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa, Lopes et al. (2014) encontraram na fala de seus entrevistados o acolhimento relacionado tanto à ação clínica quanto à visita domiciliar, o que o caracterizava como uma ação que ocorre de forma ampliada ao contexto social e relacional, sendo percebida a partir de relações de confiança no interesse, envolvimento e responsabilidade dos profissionais com o bem estar dos sujeitos.

Para Viegas e Penna (2013a) a relação entre a Equipe de Saúde da Família e a população adstrita deve se fundamentar na construção de vínculo. Porém, sabe-se que o modelo necessário convive com uma prática ainda fragmentada, que está centrada na atenção médico-curativista, onde predomina a desarticulação e diversas queixas dos usuários.

Essas características intrínsecas do modelo biomédico, curativista que convivem lado a lado com as tentativas de mudanças desse modelo podem ser encontradas nas falas dos entrevistados. Prevaleceu em seus discursos a necessidade por mais médicos e medicamentos, demonstrando como está impregnada na cultura dos usuários a ideia de que ter saúde é ter muitos médicos e remédio à disposição.

“...precisava mudar assim, se botasse mais médico, mais remédio né?” E3

“... mudar alguma coisa? Dos médicos né? Porque tem poucos, deveria ter mais médico. Porque tem dia que ele não vem, só a enfermeira. Ai precisa dele, e ele não vem.” E10

“ eu espero que o serviço melhore mais, que tenha mais remédio, nunca fique sem médico... porque você sabe que pra nós idosos, sempre a gente precisa de remédio, que sempre tenha um médico.” E13

Essas respostas surgiram principalmente quando foram questionados se precisaria mudar algo na unidade. A maioria deles afirmou serem necessários mais médicos e mais remédios.

Infelizmente, apesar da luta para mudança da atenção a saúde centrada no médico, com todos os esforços, a população foi educada para uma saúde focada na doença, constituindo-se no grande desafio do momento.

É interessante observar como ainda se relaciona muito a presença do médico no serviço de saúde à qualidade deste serviço. Esta é uma realidade que precisa ser mudada. Estratégias como a política de humanização que visa à compreensão mais ampla da saúde, têm sido utilizadas. Olhar amplamente para a saúde é criar formas para que diversos atores contribuam para sua melhoria.

Pesquisas como a de Santos e Penna (2013) demonstram a presença dessa visão médico-centrada. Os autores investigaram as demandas na utilização dos serviços de saúde de um município do Estado de Minas Gerais. As respostas que os usuários buscam ainda são as consultas médicas e medicamentos como alternativa às demandas pautadas geralmente nas doenças que se manifestam, dado que o modelo de assistência ainda reafirma as questões de causa e efeito.

Os dados da pesquisa de Rosa (2006) também ratificam a ideia de atenção centrada no saber médico, tendo em vista que as expectativas dos usuários ficaram restritas a ter mais médico para atendê-los. A autora acredita que a falta de resolutividade do serviço faz com que os usuários pensem que ter mais médicos é a solução para todos os problemas. Característica também frequente nos discursos dos idosos desta pesquisa.

A assistência centrada apenas no saber médico, favorece a valorização e solicitação do encaminhamento a especialistas. Chega-se a ideia de que não estão sensibilizados aos princípios doutrinários da atenção primária, conseqüentemente não buscam por outros atendimentos ofertados pela ESF, e apresentam a necessidade de intervenção voltada para a doença (SANTOS; PENNA, 2013).

Essa dificuldade é presente porque, dentre outros motivos, não se depende somente da mudança estrutural do sistema. É necessário, também, que a população sinta-se responsável por sua saúde, esse é um trabalho árduo. É mais simples depositar no médico e nos medicamentos a esperança de melhorar a saúde. Portanto, é um trabalho que exige mudança de mentalidade, em uma população com alto grau de analfabetismo, com péssimas condições sociais, por se tratar de uma unidade de saúde localizada na periferia. Considerando que a

população entrevistada era idosa, essa dificuldade ganha proporções maiores, visto que essa população tem seus esquemas cognitivos formados, altamente resistentes à mudança.

Assim, ressalta-se que, a mudança deve partir de ambos os lados. Tanto do serviço que deve enfatizar a importância de outros profissionais no cuidado e tornar efetivo o trabalho destes nas unidades de saúde, quanto da população que deve ser educada para entender que a sua saúde depende também de atitudes positivas em prol desta causa, mudanças de hábitos, busca por um estilo de vida saudável, autonomia, além do entendimento de que a sua saúde é influenciada por diversos fatores que podem ter a assistência de diversos profissionais que lhe possibilitem se enxergar de uma maneira mais ampla.

Considerando esta realidade de uma visão biomédica reducionista tão presente, a prática do acolhimento como diretriz operacional, dentre outras implicações visa atingir mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, com consequente ampliação dos espaços democráticos de trocas e decisões coletivas, de escuta, discussão e decisão. Além de um olhar voltado para a equipe, garantindo acolhimento para seus profissionais e considerando as dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população (BRASIL, 2010b).

Nora e Junges (2013) ratificam essa afirmativa ao concluir em sua pesquisa através de uma revisão sistemática de artigos que abordavam as práticas de humanização na atenção básica de saúde do Brasil. Os autores concluíram que a humanização tem o propósito de superar o modelo biomédico-hegemônico com enfoque à centralidade do usuário. E para que isso se efetive as tecnologias das relações são importantes ferramentas para a construção de vínculos e de práticas de saúde que extrapolam a visão fragmentada do cuidado.

Portanto, a necessidade da abordagem multiprofissional com o devido valor ao trabalho de outros profissionais, e não apenas do médico, surge para que se concretize o atendimento do paciente como um todo, e no centro do processo. Essa visão global do usuário está inserida no conceito de integralidade, um princípio instituído pelo SUS que representa um conjunto de ações livre do reducionismo, em que a assistência é realizada considerando o sujeito imbuído de sentimentos, desejos, preocupações.

Analisando a importância dos diversos profissionais no fazer saúde, questionamos sobre a formação dos mesmos para o acolhimento. A maioria dos usuários considerou que os profissionais estavam preparados para esse atendimento.

“... eu não tenho do que me queixar de nenhum deles. Tem um rapaz que mora lá perto de casa, ele passa, eu pergunto quando vão marcar minha consulta, ele me diz.” E3

“... uns que têm agora acho que sim, antes tinha uns que eram tão grosseiros... agora tem uns bons pra atender”. E5

“... esse rapaz é novato aqui, ele nem me conhece, mas ele me tratou muito bem. Mandou eu esperar um pouco pra poder ela (enfermeira) chegar e eu conversar com ela.” E9

O atendimento de forma integral só é possível se há uma equipe preparada para realizá-lo, não apenas com o conhecimento técnico, mas com tecnologias leves, com a tecnologia das relações, através de atitudes acolhedoras por exemplo. Na visão dos usuários a maioria dos profissionais estava preparada para esse atendimento.

Neste sentido, Garuzi et al. (2014) defendem que a assistência deve ter como base o cuidado por uma equipe multiprofissional, tendo em vista que a interdisciplinaridade atuada pela equipe possibilita a prestação de um serviço de saúde integral, fazendo com que práticas como o acolhimento se tornem significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários).

A ênfase no atendimento integral carrega em si a possibilidade da quebra dos paradigmas de um modelo centrado no médico, que tem o enfoque tão somente na doença, estabelecendo uma visão fragmentada. A integralidade vai além do tratamento da doença e o cuidado deve ser considerado nas suas dimensões técnica, política, social, econômica, cultural e espiritual. Logo, para que a prática da integralidade seja efetiva, é necessário que cada profissional atue de forma integrada com a equipe, esforçando-se em realizar atendimento coordenado para a produção e a promoção de seu cuidado em prol do usuário (FERREIRA; CAMPOS, 2009; VIEGAS; PENNA, 2013a).

Aponta-se, portanto, para a importância dos sujeitos e a construção e fortalecimento de vínculos, através da escuta qualificada que se interessa pelas demandas trazidas pelos usuários. E dessa forma, se possibilita reduzir as relações automatizadas e pontuais, para então estimular encontros que estimulem maiores graus de autonomia e cuidado ampliado, atendendo o princípio da integralidade (LOPES, 2014).

É nessa perspectiva que a PNH traz como uma de suas diretrizes pra a efetivação da humanização o conceito da clínica ampliada, expandindo a noção de saúde para além da figura do médico, levando em consideração a conversa entre os diversos profissionais, sendo constituída pelo compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas

terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004a).

Santos e Penna (2013) chegaram à conclusão, através dos dados de sua pesquisa, de que as demandas pelos serviços de saúde são consequência da junção de diversos fatores, como sociais, individuais e culturais que a população traz, fazendo com que se exija dos profissionais um olhar que ultrapasse o sentido biológico, entendendo que, as demandas trazidas inicialmente são, na verdade, um pedido de socorro para outras dimensões psicológicas e sociais da família.

A “medicalização da vida” diminui a autonomia e aumenta a dependência ou resistência ao tratamento. Tendo como foco essa realidade, o conceito de clínica ampliada favorece a autonomia dos usuários e equilibra o combate a doença com a produção de vida, na medida em que, propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar o usuário a lutar contra a doença, mas a transformar suas atitudes, de modo que, mesmo doença seja algo limitante, não as impeça de viver os outros aspectos de sua vida (CARVALHO, 2012).

Através do olhar ampliado para a saúde do usuário pretende-se chegar à integralidade. Esta visão integral perpassa por uma disposição de despojamento do profissional, e de acordo com Ferreira e Campos (2009), o diálogo é parte essencial para o alcance da integralidade, tendo em vista que através da escuta, da conversa e da troca de informações, pode-se conhecer o indivíduo como um todo, com seus medos, expectativas em relação à doença, aquilo que ele sabe sobre a patologia, de forma a poder contribuir para sua melhora.

E aqui novamente encontramos o acolhimento como peça fundamental para a concretização de princípios importantes do SUS, tendo em vista que este cuidado integral deve estar orientado para a escuta e compreensão ampliada do indivíduo a fim de atender às demandas e necessidades, de acordo com a dinâmica do processo saúde-doença (FERREIRA; CAMPOS, 2009).

É necessário que o profissional de saúde se interesse em dar soluções às demandas dos usuários, tenha um bom relacionamento com eles e leve em consideração as particularidades dos sujeitos e o tipo de demanda que ele apresenta, para estabelecerem uma ordem justa de atendimento no sentido de fornecer uma assistência integral a este usuário (PENNA et al. 2014).

Percebe-se que a escuta qualificada do usuário precede um atendimento de qualidade, que identificará as reais necessidades deste como ser humano que é constituído biológica, espiritual, social e culturalmente. Possibilitando o atendimento necessário e desejado.

Sendo assim, a estratégia de acolher emana da necessidade de transformação de um modelo de atenção que ainda nos dias atuais distancia o profissional do usuário. Logo, o modelo de saúde desejado deve dar enfoque ao sujeito, coletividade e território envolvidos nos processos relacionais e técnicos e científicos no atendimento em saúde (MACEDO et al., 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento caracteriza-se como uma tecnologia de grande importância para a construção de uma saúde cada vez melhor. Discutir sobre esta diretriz significa incorporar a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão das unidades de saúde do SUS, valorizando os diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde.

Procurar o olhar de uma população específica de idosos nos traz informações importantes acerca do atendimento diferenciado que deve ser dado a esta população, dados que confirmaram a relevância desta pesquisa.

Na visão dos usuários acolhimento traduziu-se em: ser bem tratado, ser recebido com carinho, com paciência, a boa convivência, o respeito. Estas são características que mostraram a face relacional do acolhimento, o quanto é importante a relação entre trabalhador e usuário.

A maioria dos entrevistados referiu ser acolhido. Porém, do ponto de vista de tudo que se preconiza para um atendimento de qualidade baseado nas diretrizes da PNH, observei que este acolhimento não tem se realizado de forma efetiva, seja pelas filas que se formam desde antes da abertura da unidade, seja pelo espaço que não é adequado fisicamente para este acolhimento.

Essas características constituem algumas das dificuldades enfrentadas pelos usuários na dinâmica cotidiana do atendimento. Foi relatado pelos mesmos a longa espera para o atendimento, segundo eles devido a carência de médicos, longa espera para agendamento de consultas e exames, espaço físico inadequado, falta de alguns remédios, que faz com que tenham que deslocar-se até outros locais, tendo que superar obstáculos geográficos e financeiros.

Todas essas dificuldades refletem, portanto, um acolhimento deficiente. Porém, como na visão destes idosos ser acolhido está ligado ao relacionamento interpessoal que se estabelece no momento da consulta, ou da visita domiciliar, para eles o acolhimento é realizado, eles sentiram-se acolhidos. Apesar disso tinham desejo de que a realidade melhorasse, e no cerne dessa mudança estava a visão médico centrada tão presente na cultura da população, expressada através da carência por mais médicos e medicamentos

Infelizmente a lógica reducionista, curativista, baseada na fatura de remédios e médicos está instalada não obstante todos os esforços para a transformação desse modelo assistencial no SUS. Ficou claro por tudo que foi exprimido nas falas destes usuários que ainda temos muito a fazer para construir uma nova visão do cuidado.

E neste sentido o acolhimento representa um instrumento que pode contribuir significativamente para essa grande revolução na concepção de cuidado em saúde, tendo em vista que através de um acolhimento efetivo, o usuário é colocado no centro, e suas angústias, necessidades e desejos são levados em consideração, trazendo melhores resultados para a sua saúde.

Partindo desse pressuposto, através do acolhimento busca-se melhorar cada dia mais a relação entre profissionais e usuários, valorizar os diversos profissionais envolvidos no cuidado, não somente o médico, de modo a fornecer um atendimento integral, melhorar o ambiente e resolver ao máximo os problemas trazidos até a unidade.

Portanto a proposta de acolhimento, aliada às outras diretrizes da PNH como a co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários, é um dos recursos importantes para concretizar mudanças na forma de cuidar.

Dessa maneira, verifica-se a contribuição desta pesquisa para a prática da unidade de saúde que acolheu a mesma, tendo em vista que o conhecimento sobre o acolhimento na visão dos usuários idosos possibilita enxergar o que ainda é necessário para viabilizar melhor saúde para esta população. Além de dar a ideia de como se encontra essa diretriz a nível municipal, servindo de reflexão para se voltar o olhar para as diversas unidades de saúde presentes no município.

Seria interessante ainda, identificar a visão dos profissionais de saúde a esse respeito, a fim de estabelecer conceitos e propostas que abarquem os olhares de todos os envolvidos no processo. Esta é uma proposta para estudos futuros, tendo em vista que a construção do conhecimento nunca se esgota.

O presente trabalho se mostrou de grande valia na medida em que enriquece a discussão sobre o referido tema contribuindo para que as mudanças tão necessárias sejam mais palpáveis de ser concretizadas, tendo em vista que é a partir do conhecimento da realidade de construirmos novos horizontes.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 472-480, out. 2011.

ARAÚJO, M. A. L.; ANDRADE, R. F. V.; MELO, S. P. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/Aids em Fortaleza, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.3, p.710-721, jul./set. 2011.

ARRUDA, C.; SILVA, D.M.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 758-766, Brasília, set./out. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70; LDA, 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BORRELL F. C. **Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para Profissionais de Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.240-43.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 set 1990.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em: <[http://www.pge.sp.gov.br/centrode estudos bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm](http://www.pge.sp.gov.br/centrode%20estudosbibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm)>. Acesso em: 20 de jan. 2016.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: MS, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília,DF: MS, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília, DF: MS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF : MS, 2009b. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília, DF : MS, 2009c. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Brasília, DF: MS, 2010a. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2010b. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Área Técnica saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília,DF: 2010c. (Série B: Textos Básicos em Saúde e Pactos pela Saúde, v.12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2010d. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e Redes de Saúde**. 1. ed. Brasília, DF: MS, 2010e. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. 1. ed. Brasília, DF:MS, 2010f. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3.ed. Brasília, DF: MS, 2011. (Série E. Legislação de Saúde).

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 3, p.3569-3578, 2010.

BUCKMANN, R. **La comunicazione della diagnosi**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003, p. 37-39.

CAMPOS, G.W.S. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS- alguns tópicos sobre a reforma da prática profissional em saúde. In: **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 180- 193.

CARVALHO, A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 2, p. 93-95, abr./jun. 2008.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rev. Aum. São Paulo: Hucitec, 2012. 968 p. (Saúde em debate; v. 170).

CARVALHO, F. E. O. HIRATA, V. M. F. M. A necessidade de um melhor atendimento para a humanização da saúde, São Paulo, jul. 2013. **Rede HumanizaSUS**. Disponível em: < <http://www.redehumanizasus.net>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CAREGNATO, R.C.A, MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, Abr. 1997.

CIOSAK S.I.; BRAZ, E.; COSTA, M.F.B.N.; NAKANO, N.G.R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R.A., et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, Esp. 2,p.1763-8, 2011.

COELHO, M O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* jul./set. 2009.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132 p.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, C. R.; FRACOLLI, L. A. O Processo de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. 147-165.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 705-726, 2008.

COSTA, M. F. B. N. A. **Atenção integral à Saúde do Idoso na atenção primária: os sistemas brasileiro e espanhol.** São Paulo, 2009, 346f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 437-44, 2010.

CORRÊA, A.C.P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G.S.P.; PEDROSA, I.C.F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011.

DEGANI, V.C.A. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde.** Porto Alegre, 2002. 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-406, mar. 2005.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1.267-76, 2006.

FALK, M. L. R.; FALK J.W.; OLIVEIRA F. A.; MOTTA M.S. 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, jan./mar. 2010.

FERREIRA, T. S. A.; CAMPOS, L. F. O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 368-373, abr./jun. 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Cienc. Saúde Col.**, v. 12, n. 4, p. 965-71, 2007.

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.**, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANÇA S. P.; PESSOTO U. C.; GOMES, J. O. Capacitação no Programa Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde**, v.4, n.1, p. 93-108, 2006.

FREYRE, K.; CAMPELO, P. R. **No Terreno das Histórias...** Sementes de uma Medicina Humanizada: histórias para acordar os homens e celebrar a vida. Recife: Edupe, 2009, p. 246.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan./abr. 2009.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 24, p.17-27, jan. 2008.

GARUZI M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2. p. 144-149, 2014.

GONÇALVES, A. V. F. **Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa**. Porto Alegre: 2011. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n.16, p. 1689-1698, 2011.

GUERRERO, P. et al. Acolhimento como boa prática na atenção básica à Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnadpanoramasaudebrasil.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

JORGE M. S.B. et al. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev Baiana Saude Publica**, v. 31, n. 2, p. 256-266, 2007.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.**, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio, 2006.

LIMA, M.A.D.S; RAMOS, D.D; ROSA, R.B; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17. 2007.

LIMA, T. J. V L. **A humanização na atenção básica de saúde:** visão de um grupo de idosos de Araçatuba-SP. 2010. 139f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2010.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento:** prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, G. V. D. O.; MENEZES, T. M. O.; MIRANDA, A. C.; ARAUJO, K. L.; GUIMARÃES, E. L. P. Acolhimento: quando o usuário bate a porta. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 1, p.104-110, jan./fev. 2014.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **R. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 2, p. 176-185, jun. 2012.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, jul./set. 2011.

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

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.** 2003. 186f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, set. 2004/fev.2005.

MEDEIROS, F. A.; SOUZA, G. C. de A.; BARBOSA, A. A. A.; COSTA, I. C. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. M. **Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde**. Ver SUS/Brasil – Vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil, 2002. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>> Acesso em: 20 set. 2014.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: _____. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p 15-35.

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**, v.17, n.8, p. 2071-2085, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. 8. ed. São Paulo: Hubitec, 2004.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 358-64, 2009.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1186-200, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/rsp>. Acesso em: 15 jan. 2016.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.749-62, out./dez. 2008.

OLIVEIRA ERA, FIORIN BH, SANTOS MVF, GOMES MJ. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010.

OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Trad. Suzana Contijo. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

PARAHYBA, M. I. et al. Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. **Am. J. Public Health**, v. 99, n. 1, p. 81-86, jan. 2009.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, p. 967-974, 2006.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R.S.R.; REZENDE, G.P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **REME**, v. 18, n.4, p. 815-822, out./dez. 2014.

PINAFO, E.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, jun.2008.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v. 36, n. 15, p. 185-198, 2011.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev. Bras. de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 5, n. 1, p. 571-581, 2005.

RAMOS, D.D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde. Porto Alegre, 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAMOS, D.D; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n.1, p. 27-34. 2003.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S69-S78, 2008.

ROSA, R. B. **A doença não marca hora, não marca dia**: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. Porto Alegre, 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M. A .D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 345-351, jun. 2011.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, p. 75-85, 2007. Disponível em: <<http://biblioteca.universia.net/>>. Acesso em: 20 out. 2014.

SANTOS, H.B. **O perfil de saúde dos idosos da região urbana de Pelotas e alguns de seus determinantes**. Pelotas, 1999. 135f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

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, ago. 2011.

SANTOS, S. M. S. et al. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **RemE - Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 499-508, out./dez., 2010.

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C.M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.1, p.149-56, 2013.

SHAPIRO, S.M.; LANCEE, W.J.; RICHARDS-BENTLY, C.M. Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. **BMC Med. Educ.** v. 11, n 9, p. 1-11, 2009.

SILVA, A. L. DA. **No coração da escola médica: um estudo preliminar da empatia na formação médica.** Porto Alegre, 2015, 66 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, T.R. **Saúde Coletiva e Atividade Física: conceitos e aplicações dirigidos a graduação em Educação Física.** Campinas: IPES Editorial; 2007.

SILVA, Z.P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 839-47, 2003.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

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, Sup. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, v. 25, n. 12, p. 327-338, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO/MS, 2002.

STIEPIEN, K.; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. **J. General Int. Med.**, v. 21, p.524-530. 2006.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1079-1097, dez. 2010 . Disponível em:<www.scielo.br>. Acesso em: 01 dez. 2015.

TAKANA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M. et al. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

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**, v. 15, supl.3, p. 3615-3624, 2010.

TORRES, L. M. et al. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 822-828, set./out. 2012.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 80-88, 2004.

TURRINI, R.N.T.; LEBRAO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquerito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-675, 2008.

URBANO, G. B. **Integralidade na pratica assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí – PR**. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Avaliação qualitativa de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 20 out. 2014.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da Equipe Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013a.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ACEITE DO ORIENTADOR
UNIVERSIDADE DO FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO:

Eu, Marcos Valério Santos da Silva, aceito orientar o trabalho intitulado "A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ, BELÉM, PARÁ.", de autoria da Mestranda Nádia Barreto dos Santos, declarando ter total conhecimento das normas de realização de Trabalhos Científicos vigentes. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do projeto ora entregue para o qual dou meu aceite pela rétrica das páginas.

Belém - Pará, 04 de Fevereiro de 2015

Assinatura e carimbo

Telefone: (91) 980823016


Marcos Valério Santos da Silva

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO: A percepção de idosos sobre acolhimento na Estratégia Saúde da Família do Distrito administrativo do Guamá, Belém, Pará.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “**A percepção de idosos sobre acolhimento na Estratégia Saúde da Família do Distrito administrativo do Guamá, Belém, Pará.**”, que será realizado nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do Distrito DAGUA no período de julho a setembro de 2015, a partir de uma entrevista, que colherá dados referentes ao perfil da população e sua percepção sobre o acolhimento realizado nestas ESF, aplicada pela fisioterapeuta mestranda Nádia Barreto dos Santos. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo.

A presente pesquisa apresenta riscos para os participantes, os quais podem ter danos morais e éticos, em virtude de algumas informações presentes no protocolo de pesquisa. Para impedir tal ocorrência é assegurado o sigilo das informações, com uso de nomes fictícios, pois as informações relatadas no protocolo serão de uso exclusivamente científico. Os resultados desta pesquisa trarão benefícios para os participantes, pois poderão melhorar a qualidade do serviço prestado aos usuários. Você tem garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na instituição. Terá o direito de ser atualizados sobre os resultados parciais da pesquisa, que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o voluntário em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Será permitido pelo participante o registro fotográfico das atividades desenvolvidas, e sua divulgação no decorrer da pesquisa. Serão entregues duas vias deste termo a serem assinadas, onde uma delas será entregue ao voluntário. Este estudo foi submetido à aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA).

Eu, discuti com a Mestranda Nádia Barreto dos Santos, sobre minha decisão em participar nesse estudo. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e/ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa intitulada: “**A percepção de idosos sobre acolhimento na Estratégia Saúde da Família do Distrito administrativo do Guamá, Belém, Pará.**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente.

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Belém, -----/-----/-----

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Nádia Barreto dos Santos

End: Tv. Pirajá, 716, Bl B AP 801

Telefone: (91) 88210590/ (91) 81474459 Reg. Conselho: 123566
 Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus
 Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax:
 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Perfil:

Sexo: () M () F	Idade: _____	Data nasc.: _____
Naturalidade: _____	Estado: _____	Estado Civil: () Solt. () Casado/ Estável () Viúvo () Separado
Religião: _____	Ocupação: () Aposentado () Outras	
Escolaridade: () Não sabe ler/escrever () Fund. Incom. () Fund. Comp. () Méd. Incomp. () Méd. Compl. () Ens. Superior		
Renda Mensal Familiar: _____		Quantas pessoas em casa: _____

2. Acolhimento: conceito e efetividade

1. Para você o que é ser acolhido?
2. Como o Sr (a) é atendido nesta unidade?
3. Você acha importante ser bem atendido?
4. Você se sente acolhido em todos os lugares desta unidade?
5. Você se sente escutado quando vem aqui?
6. Você sempre é atendido, sempre sai deste lugar com alguma resposta para o que você precisa com relação à saúde, mesmo quando vem sem consulta marcada?
7. Você acha este ambiente adequado para receber as pessoas? É um ambiente confortável, bem sinalizado?
8. Sente-se a vontade para contar coisas sobre sua saúde? Consegue dizer aos profissionais as coisas que precisa?

3. Expectativas, desafios

9. Você acha que precisa mudar alguma coisa na unidade? O que você espera desse serviço?
10. Você acha que ser bem acolhido influencia na saúde?
11. Você acha que os profissionais dessa Unidade estão preparados para acolher os pacientes?

ANEXOS

ANEXO A
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE BELÉM



AUTORIZAÇÃO

Em atenção ao ofício encaminhado pelo Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu*: Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará – UFPA, solicitando autorização para desenvolvimento da pesquisa de dissertação de mestrado acadêmico, intitulada: “A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO ADMINISTRATIVO DO GUAMÁ, BELÉM, PARÁ”, de autoria da mestranda Nádia Barreto dos Santos, sob a orientação do Prof^o Dr. Marcos Valério Santos da Silva. Comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pela Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa – CAPP, do Município de Belém-Pa para ser realizada na Estratégia Saúde da Família do Distrito Administrativo do Guamá/SESMA/PMB.

Belém, 08 de Julho de 2015

Raimunda Silvia Gatti Norte

Raimunda Silvia Gatti Norte

Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa – CAPP



Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)
 Marco, CEP. 66093-543
 E-mail: sesmagab@gmail.com
 Tel: (01) 3184-6136

ANEXO B

**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ- ICS**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção dos idosos sobre acolhimento na Estratégia Saúde da Família do Distrito Administrativo do Guamá, Belém, Pará.

Pesquisador: Nádia Barreto dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42633215.6.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.123.922

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Caracteriza-se o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços. Acolher significa a humanizar o atendimento, possibilitar aos usuários a escuta de seus problemas e a resolução dos mesmos de forma qualificada, caracteriza-se como uma tecnologia para a organização do serviço, de forma a se garantir acesso universal, resolutividade. O acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. O conhecimento da percepção dos usuários da atenção primária sobre o acolhimento, pode ajudar na implementação e otimização de ações que promovam a melhoria da qualidade do processo de acolhimento. É importante, portanto a identificação de experiências sobre acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que sua abordagem pode contribuir para a construção de um sistema de saúde cada vez mais resolutivo. **Objetivo geral:** Compreender a percepção dos idosos usuários de uma Estratégia Saúde da Família de Belém, Pará sobre o acolhimento em saúde. **Objetivos específicos:** Determinar o perfil sócio-demográfico dos idosos entrevistados; Verificar o conhecimento dos idosos com relação ao conceito de acolhimento; Identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários no que diz respeito

Endereço: Rua Augusto Cordeiro nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Belém: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-3028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Contribuição do Paciente: 1.123.002

ao acolhimento; Conhecer as expectativas dos usuários em relação ao serviço; Metodologia: estudo observacional, de abordagem quanti-qualitativa, descritivo exploratório. Todo o estudo será realizado no período de março de 2015 a dezembro de 2015, na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), Belém, Pará. A seleção da amostra será realizada por inclusão progressiva (sem demarcação, a priori, do número de participantes), sendo interrompida por saturação. Os dados quantitativos serão coletados por meio de formulário estruturado, e os dados qualitativos mediante entrevista semi-estruturada. Serão incluídos na pesquisa usuários com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, adscritos em uma ESF do distrito DAGUA e que aceitem participar da pesquisa através da assinatura do TCLE. Serão excluídos da pesquisa usuários com dificuldade de audição e/ou fala, e incapacidade de assinar o TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a percepção dos idosos usuários de Estratégia Saúde da Família do Distrito do Guamá de Belém, Pará sobre o acolhimento em saúde.

Objetivo Secundário:

Determinar o perfil sócio-demográfico dos idosos entrevistados; Verificar o conhecimento dos idosos com relação ao conceito de acolhimento; Identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários no que diz respeito ao acolhimento; Conhecer as expectativas dos usuários em relação ao serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa implica em riscos para os participantes, os quais podem ter danos morais e éticos, em virtude de algumas informações requeridas no protocolo de pesquisa. Para impedir tal ocorrência é assegurado o sigilo das informações, com uso de nomes fictícios, pois as informações relatadas no protocolo serão de uso exclusivamente científico. Se, mesmo com essas medidas os participantes da pesquisa vierem sofrer danos morais, eles serão ressarcidos conforme processo jurídico pelos pesquisadores e ainda lhes será oferecida ajuda psicológica. O risco deste estudo aos pesquisadores consiste em sofrerem ações judiciais por parte dos entrevistados, devido algum tipo de constrangimento. Para evitar tal fato será repassado aos usuários TCLE, o qual explicará sucintamente a pesquisa. Para a pesquisa tem-se o risco de não existirem

Endereço: Rua Augusto Cordeiro nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário de Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: capccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.123.022

participantes para a realização da mesma em virtude destes terem o livre arbítrio de não participarem do estudo, ou mesmo desligar-se em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo a continuidade do tratamento oferecido pela instituição. Para que isto não ocorra, a pesquisadora conversará pessoalmente com cada usuário a ser entrevistado e o deixará ciente da importância da sua participação para a pesquisa e da finalidade desta. Os

riscos referentes à comunidade científica são o desrespeito ao cumprimento das normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde e Comissão de Ética da Universidade do Estado do Pará. Portanto, o protocolo da pesquisa será realizado conforme as normas da resolução citada e após a aprovação do comitê de ética.

Benefícios:

Os resultados desta pesquisa trarão benefícios para os participantes deste estudo, pois irão informar sobre a percepção do usuário a respeito do acolhimento, de forma a melhorar a qualidade do atendimento para a população atendida no local pesquisado. Os benefícios para os pesquisadores incluem a aprendizagem, expansão e aplicação de conhecimento da humanização na atenção básica. Para a comunidade científica, o estudo poderá

gerar novas publicações, estimular novas pesquisas que envolvam o tema abordado, enriquecendo os conhecimentos sobre o assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Áprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 05.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cnpccc@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.121.022

BELEM, 25 de Junho de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELÉM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-6028 E-mail: cepcos@ufpa.br