



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Grazyella da Paz Santos Giannini**

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECIMENTOS E  
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

**São Luís**

**2016**

**Grazyella da Paz Santos Giannini**

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECIMENTOS E  
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

**Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da  
Rede Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, Universidade Federal do  
Maranhão.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lena Maria Barros  
Fonseca**

**Área de Concentração: Saúde da Família**

**Linha de Pesquisa: Educação na Saúde**

**São Luís**

**2016**

Giannini, Grazyella da Paz Santos.

Acolhimento na Estratégia Saúde da Família :  
conhecimentos e práticas dos enfermeiros / Grazyella da  
Paz Santos Giannini. - 2016.

86 f.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2016.

1. Acolhimento. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Enfermeiros. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Fonseca,  
Lena Maria Barros. II. Título.

GRAZYELLA DA PAZ SANTOS GIANNINI

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECIMENTOS E  
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste de  
Formação Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, como requisito  
final para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Lena Maria Barros Fonseca - Presidente/Orientadora  
Doutora em Biotecnologia  
RENASF/UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Luzinea de Maria Pastor Santos Frias – 1º Membro  
Doutora em Políticas Públicas  
UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Liberata Campos Coimbra – 2º Membro  
Doutora em Políticas Públicas  
RENASF/UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim – Membro Suplente  
Doutora em Ciências  
RENASF/UFMA

São Luís – MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016.

A **Deus** que me deu o fôlego de vida e me sustenta a cada dia, segurando-me em sua poderosa mão, sem o qual não estaria viva, nem teria a oportunidade de realizar mais esse sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado essa oportunidade de realizar mais esse sonho e por me ajudar nessa jornada de estudos, viagens e dedicação. Sem Ele não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus pais Alcides Pedro dos Santos e Evanilde Maria da Paz Santos pela dedicação, amor incondicional e incentivo, valorizando sempre a nossa formação profissional.

Ao meu esposo Marcos Rogério Giannini pelo amor, compreensão, paciência, incentivo e dedicação a mim e ao nosso filho. Agradeço pela disposição em me esperar de madrugada na volta das viagens.

Ao meu filho querido Samuel Santos Giannini por ser minha inspiração a procurar melhorar a cada dia.

Aos meus irmãos Ionara Santos, Kamilla Santos e Thiago Santos por serem meus companheiros de jornada e pelo amor que sentimos uns pelos outros.

Aos meus irmãos em Cristo que sempre me colocaram em suas orações, especialmente à Estela e Ana Cristina, por estarem sempre ao meu lado nas nossas orações.

Agradeço aos colegas de turma pelo companheirismo, cumplicidade nos estudos e amizades geradas.

A minha amiga Jainara Gomes da Silva por estar sempre comigo durante esses dois anos, me ajudando e incentivando.

Agradeço à Paula Katiana e Gamaliel Carreiro pela hospitalidade durante esses dois anos. Muito obrigada!

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Caxias e à Coordenação da Atenção Primária por colaborarem para o estudo, e incentivarem minha qualificação profissional.

À Universidade Federal do Maranhão e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família pela oportunidade e oferta do curso.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da nucleadora UFMA por ministrarem as aulas com tamanha dedicação e entusiasmo.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liberata Campos Coimbra, coordenadora do

Mestrado, pela dedicação, compromisso, entusiasmo, companheirismo e incentivo durante todo o curso.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lena Maria Barros Fonseca pela orientação deste estudo, por sua disponibilidade, paciência, conselhos, amizade e conhecimento.

À Jéssica Diniz Costa Nunes, secretária da coordenação do mestrado, por sua paciência, dedicação, disponibilidade e atenção.

Aos colegas enfermeiros que participaram do estudo pela disposição, atenção e compartilhamento de experiências, colaborando na elaboração do mesmo.

*“Digno é o Cordeiro que foi morto de receber o poder, e riqueza, e sabedoria, e força, e honra, e glória, e louvor”.*

Apocalipse 5: 12

GIANNINI, Grazyella da Paz Santos. **Acolhimento na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas dos enfermeiros.** 2016. 86 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2016.

## RESUMO

O acolhimento na Política Nacional de Humanização (PNH) é definido como um processo que faz parte das práticas produtivas e promocionais da saúde, que inclui responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário do sistema, comprometendo-se com ele desde a sua chegada, até a sua saída, a partir de uma escuta qualificada, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias. Os objetivos do estudo foram identificar o conhecimento sobre acolhimento entre os enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF), conhecer as práticas do acolhimento, a partir de suas vivências e caracterizá-los quanto ao perfil socioeconômico e demográfico. Foi realizado um estudo descritivo qualitativo com treze enfermeiros da ESF do município de Caxias (MA). A coleta de dados ocorreu de janeiro a abril de 2016. Deu-se através de entrevistas individuais, do tipo semiestruturadas, que foram gravadas em dispositivo de áudio digital e posteriormente transcritas. Sendo analisadas por meio da análise temática de Bardin, levando em consideração as relevâncias ética, estética e política do acolhimento na PNH. A análise das falas possibilitou o surgimento de três categorias temáticas: *concepção relacional*, *concepção assistencial* e *experiências vividas*. Da segunda categoria surgiram duas subcategorias: *enfrentando os problemas* e *olhando as prioridades*. Da terceira categoria emanaram três subcategorias: *interação com o usuário*, *superando as dificuldades* e *limitações no acolhimento*. Com relação à categoria *superando as dificuldades* surgiram ainda duas subcategorias secundárias: *qualificando a equipe* e *facilitando o acesso*. A análise dos resultados evidenciou que os enfermeiros compreendem o acolhimento como atitude de receber bem, escutar, dar atenção, criar vínculo, entre outros. Outra concepção que surgiu foi no sentido de ouvir para entender os problemas, tentando solucioná-los, dando o direcionamento adequado a cada caso. A terceira percepção do acolhimento apreendida foi a de fazer a triagem dos atendimentos, estabelecendo prioridades, uma visão limitada do mesmo. As práticas dos enfermeiros têm sido de ouvir os usuários, tentando solucionar seus problemas,

facilitando o acesso às consultas quando necessário e fazendo reuniões e capacitações com a equipe. Nas suas vivências encontram muitas dificuldades para a prática do acolhimento, como estrutura física inadequada, falta de materiais, insumos, equipamentos, recursos humanos capacitados e em quantidade suficiente para atender às reais necessidades dos serviços de saúde. A análise das categorias e subcategorias evidenciou que as relevâncias ética, estética e política do acolhimento estavam presentes nas concepções e práticas dos enfermeiros. No entanto, muitas vezes, as duas primeiras eram prejudicadas pelas deficiências demonstradas no âmbito da gestão, comprometendo a relevância política. Sendo assim, é imprescindível, que profissionais, usuários e gestores participem de espaços compartilhados de discussão, para que possam pensar em estratégias para a superação dos desafios de oferecer um acolhimento satisfatório aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Descritores:** Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Enfermeiros. Atenção Primária à Saúde.

GIANNINI, Grazyella da Paz Santos. **User embracement in the family health strategy: knowledge and practices of nurses.** 2016. 86 f. Dissertation (Professional Master's Degree in Family Health) - Federal University of Maranhão, São Luís in 2016.

## **ABSTRACT**

The user embracement at the National Humanization Policy (NHP) is defined as a process that is part of the productive and promotional practices of health, including accountability of the employee/team by the system user, committing to it since its arrival until its output, from qualified listening, listening to their complaints, concerns and distresses. The objectives of the study were to identify the knowledge about user embracement among nurses who work at the Family Health Strategy (FHS), to know the user embracement practices from their experiences and characterize them as regards at socioeconomic and demographic profile. We conducted a qualitative descriptive study with thirteen nurses from the FHS in the city of Caxias (MA). The data collection occurred from January to April 2016. Gave up through individual interviews, the semi-structured type, which were recorded on digital audio device and later transcribed. Being analyzed through thematic analysis of Bardin, taking into account the relevance ethics, aesthetics and user embracement policy in NHP. The analysis of speeches revealed three categories: relational conception, assistance conception and lived experience. Of the second category, emerged two subcategories: facing the problems and looking at the priorities. Of the third category emanate three subcategories: user interaction, overcoming the difficulties and limitations in the user embracement. With respect to the category overcoming the difficulties still arose two secondary subcategories: qualifying the team and facilitating access. Analysis of the results showed that nurses understand the user embracement as an attitude of welcoming, listening, paying attention, create link, among others. Another concept that emerged was the sense of hearing to understand the problems, trying to solve them, giving proper direction to each case. The third perception of the user embracement that was seized was to make the screening of attendant, setting priorities, a limited view of the same. The practices of nurses have been hearing the users, trying to solve their problems facilitating access to consultations where necessary and making meetings and training with the team. In their experiences, they encounter many difficulties in the practice of the user

embracement, such as inadequate physical infrastructure, lack of materials, supplies, equipment, and trained human resources in sufficient quantity to meet the real needs of health services. The analysis of the categories and subcategories showed that the relevance ethics, aesthetics and user embracement policy were present in the concepts and practices of nurses. However, many times, the first two were affected by deficiencies as demonstrated in the management scope, compromising the political relevance. Therefore, it is essential that professionals, users and managers participate in shared spaces for discussion, so that they can think about strategies to overcome the challenges of providing a user embracement satisfactory to users of the Unified Health System (SUS).

Keywords: User embracement. Health Strategy. Nurses. Primary Health Care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1. - Mapa do estado do Maranhão.

Figura 2. - Representação dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Caxias, MA.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	-	Atenção Básica à Saúde
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
EP	-	Educação Permanente
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	-	Maranhão
MS	-	Ministério da Saúde
PNHAH	-	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PR	-	Paraná
RENASF	-	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
UFMA	-	Universidade Federal do Maranhão
USF	-	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....</b>	<b>14</b>
1.1 Justificativa .....	17
1.2 Objetivos .....	18
<b>2 REVISANDO A LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1 Acolhimento na ESF e a Política Nacional de Humanização.....	19
2.2 Histórico do SUS e Atenção Básica de Saúde .....	26
<b>3 DESCREVENDO A PESQUISA .....</b>	<b>31</b>
3.1 Tipo de estudo .....	31
3.2 Cenário do estudo.....	31
3.3 Participantes do estudo .....	33
3.4 Período do estudo e coleta dos dados .....	34
3.5 Análise dos dados .....	35
3.6 Aspectos éticos do estudo .....	36
<b>4 APRESENTANDO RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
4.1 Caracterizando os participantes.....	37
4.2 Discutindo as categorias .....	38
4.3 Concepção relacional .....	39
4.4 Concepção assistencial .....	42
4.4.1 Enfrentando os problemas .....	42
4.4.2 Olhando as prioridades .....	44
4.5 Experiências vividas .....	46
4.5.1 Interação com o usuário .....	46
4.5.2 Superando as dificuldades .....	49
4.5.2.1 Qualificando a equipe .....	49
4.5.2.2 Facilitando o acesso .....	53
4.5.3 Limitações no acolhimento .....	57
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

O acolhimento na Política Nacional de Humanização (PNH) é definido como um processo que faz parte das práticas produtivas e promocionais da saúde, que inclui responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário do sistema, comprometendo-se com ele a partir da sua chegada até a sua saída, a partir de uma escuta qualificada, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias, possibilitando fazer uma análise da demanda, colocando limites necessários, com o objetivo de oferecer atenção integral e resolutiva, garantindo a continuidade da assistência pelo acionamento de redes internas e externas ao serviço, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2004a).

Como uma diretriz da PNH, o acolhimento faz parte de todos os encontros do usuário com o serviço de saúde, não tendo local, nem hora certa para se estabelecer, nem profissional indicado para fazê-lo. Sendo que o mesmo se desenvolve na escuta qualificada do usuário, não esquecendo que o mesmo é protagonista no seu processo de saúde/doença, e na responsabilização pela resolução de seus problemas, ativando redes compartilhadas de saberes. Acolher é dar resposta às necessidades de saúde dos usuários que procuram os serviços (BRASIL, 2008c).

Já o conceito de humanização tem sido amplamente debatido, sua interpretação varia desde o senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, numa mistura de caridade e humanismo simples, passando por reflexões do que seria a essência do Humano, até reflexões de um humanismo revisto, ao mesmo tempo aberto às necessidades próprias de cada experiência humana individual e se firmando numa ética da vida, portanto universal (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização das práticas e da atenção à saúde tem sido alvo de discussões em todo o mundo há décadas, ultimamente ganhando ênfase na literatura científica nacional, no que se refere a publicações ligadas à saúde coletiva. (GOULART; CHIARI, 2010).

Segundo Benevides e Passos (2005), este tema é debatido desde a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em

hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador.

Em 2003, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Amplia-se, assim, o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção à saúde. A proposta da PNH reflete os próprios princípios do SUS, enfatizando atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (BARBOSA et al., 2013).

Assim a humanização busca considerar os usuários dos serviços de saúde como elementos significativos no processo de cuidar. Esse conjunto de normas e diretrizes políticas, construídas pelo Ministério da Saúde buscam a aproximação entre quem cuida (profissionais) e quem é cuidado (os usuários do SUS). O documento Humaniza SUS afirma que a humanização, vista como política, implica em ser tomada como medida transversal, onde há troca de saberes, diálogo entre os profissionais que trabalham em equipe, em consideração aos desejos e necessidades dos atores sociais, sejam usuários ou profissionais (BRASIL, 2002).

Desejar que o profissional de saúde desenvolva suas atividades de maneira humanizada, requer que ele próprio trabalhe num ambiente humanizado. A equipe de saúde necessita de cuidados especiais desde sua formação, que valorize este aspecto da atenção à saúde. Ela precisa de reconhecimento e proteção no desempenho de suas funções. Na integração da equipe é fundamental a valorização e o respeito entre os profissionais, refletindo diretamente no atendimento. Um ambiente tranquilo onde os profissionais estão contentes com o trabalho e com os colegas passará ao usuário a segurança e o acolhimento necessários neste momento de fragilidade (BRASIL, 2002).

O estabelecimento adequado da relação entre profissionais e usuários é extremamente relevante para a humanização da assistência à saúde. De acordo com Hoga (2004), a qualidade desta relação depende da competência do profissional e de sua capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados. Experiências descritas demonstram que várias demandas não atendidas e queixas originárias dos usuários dos serviços, que poderiam ter sido evitadas, ou

ao menos minimizadas, se eles tivessem sido ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados, ou seja, se houvesse acolhimento.

Sendo assim, quando o serviço centraliza suas práticas no usuário, torna-se indispensável o desenvolvimento de habilidades de acolhimento, responsabilização, resolução e autonomia. Pensando nisso, o processo de trabalho deve incorporar mais tecnologias leves, com capacidades de relacionamento, assim como o acolhimento e vínculo (MERHY, 1998).

Além disso, uma mudança nos serviços de saúde se efetivará com a organização dos processos de trabalho, centralizando o usuário e suas necessidades. No modelo assistencial atual, as consultas médicas estão no centro da assistência de uma Unidade de Saúde. Neste mesmo modelo, o uso de tecnologias duras, as que estão inscritas em máquinas e instrumentos, sobrepuja o processo de trabalho, em relação às tecnologias leve-duras, que dizem respeito ao conhecimento técnico, e as leves, definidas pelas tecnologias das relações (MERHY, 2002).

Segundo Franco e Júnior (2003), é necessária haver uma inversão das tecnologias utilizadas para a produção da saúde. Sendo que o uso de tecnologias leves e leves-duras é indispensável para que o serviço seja produtor de saúde.

Para Franco e Merhy (1999), existem três princípios no acolhimento que visam redirecionar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. E são eles: (1) acesso universal, através da garantia de atendimento a todos os que procuram os serviços; (2) modificar o processo de trabalho, invertendo o atendimento centrado no médico para uma equipe multidisciplinar; (3) melhorar o relacionamento entre trabalhador e usuário, baseado em parâmetros humanitários, solidários e de cidadania.

Assim, o acolhimento deve ser entendido como um dispositivo que atende às exigências de acesso, gera vínculo dos usuários com os profissionais e com a equipe, procura modificar o processo de trabalho, impulsiona o cuidado integral e transforma a clínica. Sendo necessária a qualificação dos trabalhadores para escutar, receber, orientar, atender, conversar, decidir, ajudar, negociar (FAGUNDES, 2004). Nessa ótica do acolhimento, trabalhadores e instituições responsabilizam-se pelas necessidades de saúde individuais e coletivas, de maneira acolhedora e humanizada, em determinada área de atuação (ORTIZ *et al.*, 2004).

Sabe-se que para haver sucesso no acolhimento, é necessário que haja no serviço, uma boa articulação com as redes de atenção, de forma que os problemas que não forem resolvidos na unidade possam ser encaminhados para outros setores que também se responsabilizem pela saúde dos indivíduos. Além de espaço físico adequado, insumos, medicamentos necessários, enfim oferecer uma assistência à saúde resolutiva em todos os aspectos.

Sendo assim, de acordo com o que foi discutido, o acolhimento é fundamental para humanização no SUS. Por isso, é imprescindível que tanto o profissional de saúde, como a equipe estejam habilitados a desenvolver no seu processo de trabalho as tecnologias leves, que envolvem a capacidade de relacionamento, “saber ouvir”, desenvolvimento de uma escuta qualificada, trabalho em equipe multiprofissional, responsabilização pelo problema de saúde do usuário e população, geração de vínculos, entre outros.

Diante da importância do acolhimento nas práticas de atenção à saúde no contexto da Atenção Básica (AB), “porta de entrada” do SUS, tão relevante no cenário atual, questionou-se: “Quais os conhecimentos e como são as práticas dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Caxias, Maranhão (MA), sobre acolhimento?” Sendo assim, elegeu-se como objeto desse estudo “conhecimentos e práticas dos enfermeiros da ESF sobre o acolhimento”.

## **1.1 Justificativa**

A PNH foi lançada em 2003 e objetiva inserir os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, gerando transformações na gestão e no cuidado (BRASIL, 2014).

Esta política se propõe a promover o diálogo entre profissionais, gestores e usuários na tentativa de construção de processos conjuntos para enfrentar as relações de poder, trabalho e afeto que possam corroborar com a existência de práticas desumanas, que por sua vez prejudiquem o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade dos usuários no seu autocuidado e dos profissionais de saúde no seu trabalho (BRASIL, 2014).

O acolhimento entendido no contexto das unidades de saúde, nas práticas de atenção e gestão, facilita o desenvolvimento de uma relação de

confiança e compromisso entre os usuários e os trabalhadores de saúde e o serviço, favorecendo a construção de uma cultura de solidariedade e contribuindo para legitimação do sistema público de saúde. Além disso, pode melhorar a articulação entre profissionais, gestores e usuários para efetivação do SUS enquanto política pública primordial da e para população brasileira (BRASIL, 2010).

O interesse para o desenvolvimento desse estudo surgiu da minha inserção como enfermeira da ESF, no município de Caxias (MA). Entendendo que a PNH como uma proposta norteadora das ações de saúde da ESF e o acolhimento como uma das principais diretrizes dessa política, considera-se de suma importância que os enfermeiros, e nesse caso, os da ESF, estejam familiarizados com essa tecnologia de saúde que é o acolhimento. Acredita-se que os enfermeiros e as equipes que incorporam essa tecnologia no seu cotidiano de trabalho, têm condições de oferecer aos usuários do sistema e a sua comunidade adscrita um cuidado que vise à atenção integral, um dos princípios constitutivos do SUS.

Por isso, investigar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da ESF, em relação ao acolhimento, é de extrema relevância no atual cenário nacional das políticas de saúde que fundamentam o SUS.

Acredita-se que o resultado do estudo possa colaborar com a gestão municipal, no sentido de dar subsídios para o planejamento e implementação de ações que objetivem a melhoria do atendimento ao usuário do SUS, com base na humanização e acolhimento, assim como das ações na área da Educação Permanente em Saúde do município.

Além disso, esse estudo servirá para aprimorar o conhecimento científico na área da Atenção Básica de Saúde.

## **1.2 Objetivos**

- Compreender o conhecimento sobre acolhimento entre os enfermeiros que trabalham na ESF do município de Caxias (MA);
- Conhecer as práticas do acolhimento a partir da vivência dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Caxias (MA);
- Caracterizar os enfermeiros que trabalham na ESF do município de Caxias (MA), quanto ao perfil socioeconômico e demográfico.

## 2 REVISANDO A LITERATURA

### 2.1 Acolhimento na ESF e a Política Nacional de Humanização

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH na atenção básica, e leva em consideração o estabelecimento de formas de acolher e incluir o usuário para que haja a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização dos riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004b).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2010).

Para Medeiros et al. (2010), é preciso dar mais importância à qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde do nosso país. Todos os seres humanos, independentemente de sua classe social, têm direito ao respeito e à dignidade. Direito a ser tratado como gente que tem nome e não como número (de ficha, de prontuário etc.), visto que as palavras, os nomes, ficaram para as pessoas e os números para os objetos. O acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, é a atenção, o ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútua, necessária ao desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais passível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro.

Acolher é, então, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Merhy (1994) considera acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade como eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida. Para o autor, 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 consolida-se uma relação entre acesso e acolhimento.

Com isso, pode-se dizer que, um dos desafios do acolhimento é reativar nos encontros a capacidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores:

- o coletivo como plano de produção da vida;
- o cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida;
- e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde, entre outros) (BRASIL, 2010).

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é uma diretriz operacional, que surge no contexto da integralidade e consiste em:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Dessa forma, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- Qualificar a relação trabalhador/usuário, que deve ocorrer através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, considerando que acesso e acolhimento são elementos essenciais, para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento, na porta de entrada, só ganha sentido, se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010).

A reversão desse processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças, com a produção da vida, implicam um processo que estimula a corresponsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro” (BRASIL, 2010).

Para Oliveira et al. (2010), o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional, capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde .

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos 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. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- uma reorganização do serviço de saúde, a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, com equipes de referência em atenção diária, que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe, neste processo, pode também garantir acolhimento para seus

profissionais, e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;

- uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde, trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
- uma construção coletiva de propostas com a equipe local, e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais (BRASIL, 2010).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010).

Acolher, com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde, pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde, e se multiplica em inúmeras outras ações, que partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados:

- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida;
- a humanização das relações em serviço;
- a adequação da área física, e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;
- a governabilidade das equipes locais;
- e os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (BRASIL, 2010).

Os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde objetivam:

- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando-se a forma tradicional de entrada por filas e a ordem de chegada;
- a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, no que se refere à forma de escutar os usuários, em seus problemas e suas demandas;
- a mudança de objeto (da doença para o sujeito);
- uma abordagem integral, a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania;
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento dos usuários, nos serviços de saúde, pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- o aumento da responsabilização, dos profissionais de saúde, em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- e a operacionalização de uma clínica ampliada, que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico, para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

É importante acentuar que o conceito de acolhimento, se concretiza no cotidiano das práticas de saúde, por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação, entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento (BRASIL, 2010).

O acolhimento tem por objetivo aperfeiçoar o acesso da demanda ao serviço de saúde, de modo a atender as suas necessidades, de forma humanizada através da comunicação e do ouvir, atendendo o sujeito de maneira integral, conforme a dimensão do seu problema e do grau de tecnologia exigida (OLIVEIRA et al., 2008).

Complementando a ideia, o acolhimento propõe a organização e funcionamento do serviço de saúde, através do seguimento dos seguintes princípios: garantia ao acesso de maneira universal, reorganização do processo de trabalho, valorização e qualificação da equipe, no intuito de melhorar a relação profissional/usuário, por parâmetros humanitários e acolhedores (MERHY, 2003).

O processo de acolhimento, entre sujeito e trabalhador de maneira eficaz, acarreta no surgimento do vínculo, o qual é uma conquista, não um evento imediato. Como tecnologia leve, o acolhimento direciona para a efetivação de estratégias de atendimento, envolvendo trabalhadores, usuários e gerentes, com a finalidade de aprimorar o atendimento e torná-lo resolutivo perante sua demanda (COELHO; JORGE, 2009).

No entanto, vale lembrar que o acolhimento é responsabilidade de toda a equipe, pois cada membro possui uma função essencial ao processo. A construção da relação de trabalhadores e usuários depende de ambos, pois a equipe deve saber acolher, já o usuário deve demonstrar empenho e envolvimento para a realização da metodologia (OLIVEIRA et al., 2008).

Sobre a PNH, é importante destacar que surgiu num contexto da necessidade do desenvolvimento de propostas de intervenção, que aperfeiçoassem o SUS. Sendo assim, nesse percurso de construção do SUS, foi criado, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta, para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, estabelecendo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou Humaniza SUS (BRASIL, 2008a).

Nesse sentido, a PNH visa efetivar-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando a transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho; e a afirmação do protagonismo e autonomia dos

sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde (BRASIL, 2008a).

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b).

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais, a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004a).

Com isso, estamos nos referindo à necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004a).

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. É neste ponto indissociável, que se define como: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implicando em mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004a).

Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção, o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições, para que os profissionais efetuem seu trabalho, de modo digno e criador de novas ações, e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos usuários e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de

uma grupalidade, que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2004a).

Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BRASIL, 2004a). Tratando-se do acolhimento.

## **2.2 Histórico do SUS e Atenção Básica de Saúde**

A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007b).

No contexto anterior a esse acontecimento, o Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas, voltadas para a redemocratização do país, que se intensificaram na década de 1980, por meio de manifestações populares pela eleição direta de um presidente civil. No campo da saúde, voltado para uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros. Culminou, então, com o esgotamento do modelo médico, assistencial e privatista vigentes (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Nesse contexto, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, dentre as quais, 1000 eram delegados com direito a voz e a voto. Essa Conferência se tornou um importante acontecimento da saúde no Brasil, podendo ser considerada como o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira. Trouxe à tona temas como: a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de “Saúde” da “Previdência” e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (BRASIL, 1986).

Seu relatório final ficou consolidado como um instrumento, que veio influenciar as responsabilidades do Estado, em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição Federal do Brasil

(BRASIL, 1988). Além de estabelecer, como principal objetivo a ser alcançado, um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal, o que culminou na construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986).

Conforme descrito, a Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 da mesma Constituição, é relatado que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2007a).

Assim, estava criado o Sistema Único de Saúde, resultado de uma política social e universalista, que tem a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 2007a). Que tem, como porta de entrada, a Atenção Básica de Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2007c).

O exercício da ABS se dá por meio de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, partindo da compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido, determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, a

acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade (FARIA et al., 2010).

É no âmbito da ABS, das unidades básicas de saúde e das ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina (FARIA et al., 2010).

Desta forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou sofrimentos devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação (FARIA et al., 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se, no momento, como o elemento central da Política de Atenção Básica. Constitui-se como uma estratégia para o fortalecimento e organização desse nível de saúde no Brasil, pois possibilita a reorganização do Sistema Municipal, visando à qualidade na atenção à saúde, mantendo o foco nas famílias que compõem uma comunidade, buscando o seu fortalecimento por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da reorientação das práticas de saúde, aproximando-se do modelo de Promoção da Saúde (TESSER, 2010).

Pode-se dizer que é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, pois propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional, centrado em oferta de serviços voltados para a doença, e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida (TESSER, 2010).

A ESF tem como objetivos específicos reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de

forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários (FARIA et al., 2010).

Destacam-se, ainda, nesta esfera, os aspectos sublinhados por Franco e Merhy (1999), para os quais a mudança do modelo assistencial curativo requer, fundamentalmente, a interferência nos microprocessos do trabalho em saúde, ou seja, transformação das relações micropolíticas, nas concepções desta forma de trabalho e a construção de novas relações entre usuários e profissionais, e destes entre si, como uma potente tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde.

Lidando e tendo como base a lógica da articulação entre vigilância, atenção, proteção e gestão da saúde, a ESF representa a saúde centrada no usuário, na concepção de qualidade de vida e da promoção da saúde, com foco na importância do conceito de autonomia / empoderamento (*empowerment*) – definido como o processo por meio do qual os indivíduos ou comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, ampliando as possibilidades de controle dos aspectos significativos, relacionados a sua própria existência (MARTINS et al., 2009).

Por propor um modelo usuário-centrado, a práxis da ESF, orientada pela intersetorialidade e fortalecimento da cidadania, tem como base a atenção centrada nas necessidades do usuário, e não mais no procedimento, facilitando o acesso através da vigilância da saúde, da busca ativa e do acolhimento; e o estabelecimento de uma nova relação profissional de saúde e usuário, com responsabilização e estabelecimento de vínculo (GOMES et al., 2011).

A ESF, além de incorporar e reafirmar os princípios do SUS, desenvolve suas ações especialmente em três esferas, usuário, família e território, tornando essencial o trabalho em equipe. Nesse contexto, a ESF considera a importância da família em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, compreendendo que é nela que ocorrem as interações e conflitos que influenciam diretamente o processo saúde-doença (CRUZ; BOURGET, 2010).

Nessa direção, foram criadas equipes de ESF, cada uma responsável por aproximadamente 800 famílias, residentes em território urbano e rural, compostas normalmente por: um médico generalista, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de um esforço governamental para a melhoria destas intervenções, foi integrado também um

profissional odontólogo, para contemplar a atenção à saúde bucal (CAMPOS et al., 2008).

O enfermeiro, neste campo estratégico de conquistas, tem como função supervisionar e qualificar a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, bem como realizar o cogerenciamento da unidade. Nessa lógica, o enfermeiro passa a assumir importantes funções, dentre outras, como educador, prestador de cuidados, consultor, auscultador/identificador dos problemas da comunidade, articulador, integrador, planejador e interlocutor político, dando formas variáveis no eixo central da construção do trabalho (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Na atuação comunitária, o enfermeiro deve promover e preservar a saúde da população, necessitando competências para decidir, viabilizar intervenções compatíveis com aspectos ético-legais e estabelecer ligações entre o cuidado de enfermagem ao indivíduo, família e grupos com seu contexto (COSTA et al., 2007).

Além disso, o enfermeiro, em sua prática profissional, precisa atender basicamente a dois aspectos: o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos usuários; e o de estar em conformidade com determinadas regras e regulamentos; além de se inserir/integrar permanentemente às atividades da equipe multiprofissional (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Para isso, ele deve utilizar algumas estratégias como a visita domiciliar, a educação em saúde e o acolhimento, além de usar alguns instrumentos que permitam reconhecer as características da família como um todo, tais como o genograma e o ecomapa, entre outros (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

O enfermeiro desempenha um papel estratégico na formação do sistema de cuidados, entendido como aquele que agrega vários saberes, por ter capacidade de interagir abundantemente com os demais profissionais da equipe da saúde. Nesse entendimento, o enfermeiro gerencia os conhecimentos referentes ao desenvolvimento do trabalho assistencial de enfermagem, colocando em prática sua autonomia para avaliar necessidades assistenciais do usuário, decidindo sobre tipo o cuidado (BACKES et al., 2008).

### **3 DESCRREVENDO A PESQUISA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo descritivo qualitativo realizado com os enfermeiros da ESF do município de Caxias (MA). Segundo Minayo (2004, p. 21), a pesquisa qualitativa:

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

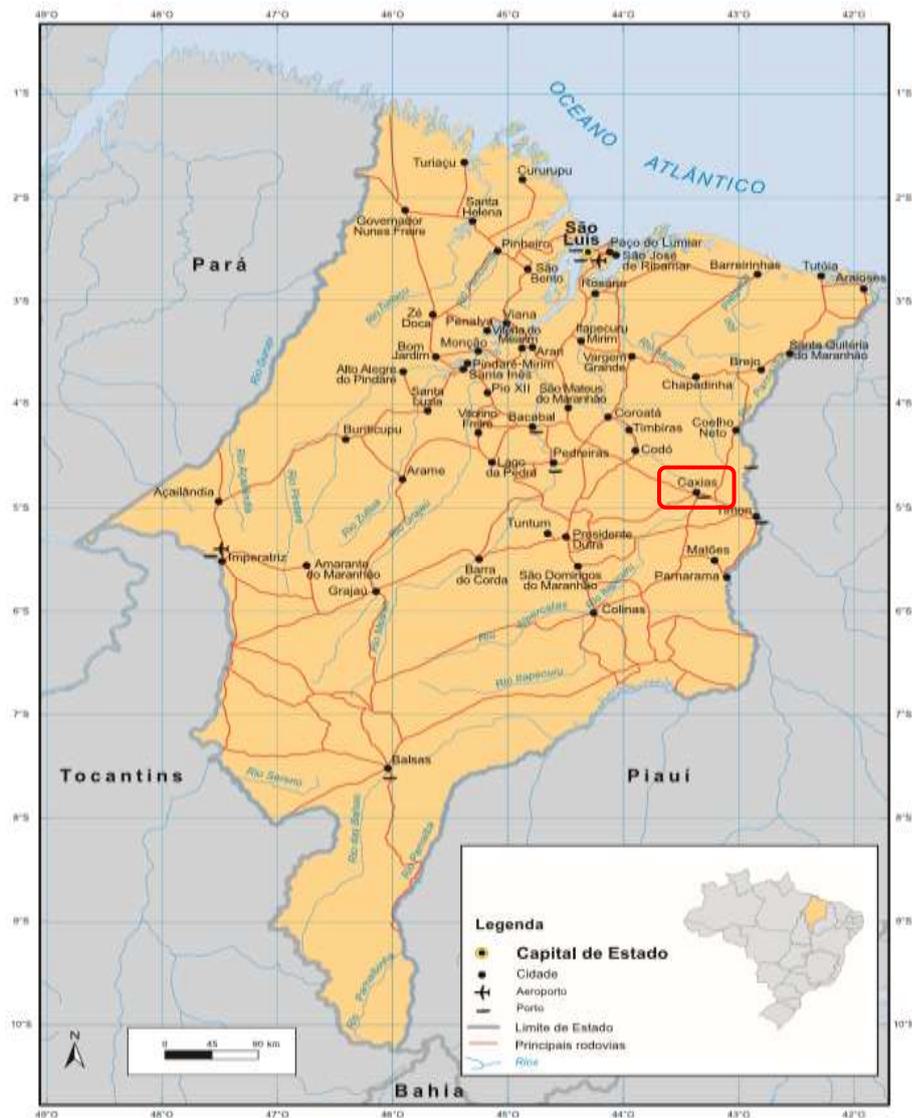
Segundo Leopardi (2001), a pesquisa qualitativa é utilizada quando se deseja dados subjetivos que abrangem o contexto social no qual o evento ocorre. A amostra não necessita ser extensamente numerosa e nem aleatória e quando os dados se tornam repetitivos considera-se a amostra suficiente.

Os estudos descritivos, conforme Aragão (2011), descrevem a realidade, sendo utilizados quando pouco se conhece a respeito da mesma, não tendo o objetivo de nela interferir ou explicá-la.

#### **3.2 Cenário do estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Caxias, estado do Maranhão (Figura 1). O Maranhão é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se no extremo oeste da Região Nordeste. Limita-se com três estados da federação brasileira: Piauí (leste), Tocantins (sul e sudoeste) e Pará (oeste), além do Oceano Atlântico (norte). Sua área é de 331 936,955 km<sup>2</sup>, possuindo 217 municípios, sendo o segundo maior estado da Região Nordeste e o oitavo maior estado do Brasil. Tem uma população de 6.904.241 habitantes. Em termos de produto interno bruto, é o quarto estado mais rico da Região Nordeste e o 17<sup>o</sup> estado mais rico do Brasil. A capital, São Luís, é a cidade mais populosa do Maranhão. As principais atividades econômicas do estado são a indústria, os serviços, o extrativismo vegetal (babaçu), a agricultura (mandioca, arroz e milho) e a pecuária (IBGE, 2015a).

O município de Caxias está localizado na mesorregião do leste maranhense (Figura 1). Possui uma área total de 5.312,2 Km<sup>2</sup>, com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 de 155.129 habitantes. Está localizado há 66 quilômetros de Teresina, capital do estado do Piauí e há 360 quilômetros de São Luís, capital do Maranhão. Caxias é o quarto município do estado em quantitativo de população, economia e estruturação social (IBGE, 2015b).



**Figura 1.** Mapa do estado do Maranhão, com destaque para o município de Caxias.

**Fonte:** IBGE, 2016.

A rede de serviços de saúde municipal está estruturada da seguinte forma: um Hospital Geral Municipal e um Hospital Macrorregional Estadual, com 100 leitos cada; um Hospital Infantil; um Centro Especializado de Assistência Materno e

Infantil; uma Maternidade de Alto Risco; uma Unidade de Pronto Atendimento Médico; três CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e 36 Unidades de Saúde da Família (USF) em seu território, sendo 25 na zona urbana e 11 na zona rural (SEMUS/ CAXIAS, 2016).

O município possui, no total, 52 equipes de saúde da família, 35 na zona urbana e 16 na zona rural, atingindo 64,56% de cobertura da população pela ESF. No período de coleta dos dados, das 52 equipes existentes, nem todas estavam completas, com todos os profissionais. Havia então 40 equipes completas, sendo que destas, 24 estavam na zona urbana do município. Existiam no município trabalhando na ESF 52 enfermeiros, 48 médicos, 48 dentistas, 128 técnicos de enfermagem e 354 ACS (SEMUS/ CAXIAS, 2016).

O estudo foi realizado com os enfermeiros integrantes das equipes da zona urbana de Caxias, pois era nesse setor do município onde havia o maior número de equipes e pela facilidade de acesso para realização da coleta de dados.

As equipes são compostas, segundo recomendações do Ministério da Saúde, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A esta composição pode ser acrescentado os profissionais de saúde bucal ou equipe de saúde bucal (eSB), formada por um cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada ESF deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas de determinada área (DAB, 2012).

### **3.3 Participantes do estudo**

Foram incluídos no estudo os enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família de acordo com os seguintes critérios: enfermeiros de equipes que estavam completas com todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico de consultório odontológico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde); que trabalhavam na zona urbana do município de Caxias e exerciam suas atividades na ESF há pelo menos quatro meses (no período de coleta dos dados). Foram excluídos os enfermeiros que estavam de licença, férias ou afastados, no período de coleta dos dados.

### 3.4 Período do estudo e coleta dos dados

O estudo foi realizado no período de junho de 2015 a julho de 2016, sendo que a coleta de dados aconteceu no mês de janeiro a abril de 2016.

Inicialmente apresentou-se a proposta ao Secretário Municipal de Saúde, requisitando a sua autorização para o estudo. Após a concessão para a realização do mesmo e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, foi realizada uma reunião com os enfermeiros das equipes da ESF, solicitando a sua participação e informando-os sobre todos os aspectos do estudo.

A seguir, foram realizadas visitas aos enfermeiros, nas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de suas lotações, quando novamente foi apresentado o estudo, seus objetivos, forma de coleta de dados, aspectos éticos, etc. Sendo também agendado o momento para a entrevista, bem como reservado o local na própria UBS para a realização da mesma, onde foi garantida a privacidade.

Foram entrevistados os enfermeiros que aceitaram participar do estudo, obedecendo aos critérios de inclusão. Antes da entrevista, o profissional foi informado sobre todos os aspectos do estudo e a seguir foi oferecido ao mesmo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas cópias. Após a assinatura deste termo, uma cópia ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista individual, do tipo semiestruturada. A entrevista semiestruturada associa perguntas abertas e fechadas, e o entrevistado pode discorrer sobre o tema sugerido. Apesar do contexto se assemelhar ao de uma conversa informal, o entrevistador precisa seguir uma lista de questões previamente elaboradas. O entrevistador deve ficar atento para direcionar o assunto àquilo que lhe interessa, podendo fazer novas perguntas para sanar dificuldades de compreensão das respostas ou reconduzir o entrevistado ao tema da entrevista, caso o mesmo tenha fugido ao assunto ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005).

Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice A), com perguntas fechadas e abertas. Segundo Minayo (2010) é importante elaborar um roteiro que contenha questões essenciais e suficientes, distribuídas em tópicos que contemplem a abrangência do que se espera colher de informações. Neste roteiro, as questões fechadas estavam relacionadas à caracterização dos

participantes e continham informações sociais, econômicas e demográficas dos mesmos. Já as questões abertas se referiam aos seus conhecimentos e práticas sobre acolhimento.

Esse roteiro de entrevista foi testado previamente, pois segundo Marconi e Lakatos (2003), os instrumentos devem ser testados para comprovação de sua validade antes de serem utilizados definitivamente. Para isso, foram realizadas entrevistas com profissionais da ESF de uma equipe que não estava incluída no estudo.

As entrevistas relacionadas às questões abertas foram gravadas em dispositivo de gravação de áudio digital, com a permissão dos participantes, e foram realizadas até a saturação dos dados, ou seja, até que não houve novo conteúdo ou novidade nas informações, totalizando 13 entrevistas (LEOPARDI, 2001).

Após a coleta de dados, procedeu-se à transcrição das entrevistas, atribuindo-se um código para cada enfermeiro entrevistado, visando à garantia do anonimato dos participantes. Dessa forma, denominou-se “E1” ao primeiro enfermeiro entrevistado (“E” de Enfermeiro), “E2” ao segundo e assim sucessivamente, seguindo a sequência das entrevistas.

### **3.5 Análise dos dados**

Os resultados do estudo foram organizados com base na Análise de Conteúdo, mais precisamente na Análise Temática que é composta de três etapas: pré-análise que é a fase exploratória onde, após a transcrição dos discursos, ocorreu a leitura exaustiva do material coletado, onde se buscou os núcleos de sentido, as unidades de contexto e os recortes para a categorização. Em seguida, procedeu-se à etapa de exploração do material, momento em que se buscou o núcleo de compreensão do texto, reduzindo este, a palavras e expressões significativas. Como última etapa, deu-se o tratamento dos resultados, onde foi realizado o processo de categorização e subcategorização dos temas que puderam, através de sua análise, exprimir significados e elaborações importantes para atender aos objetivos do estudo (BARDIN, 2011).

A análise das falas fundamentou-se no entendimento do acolhimento como diretriz de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

- Ética - referindo-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- Estética – está relacionada à capacidade de criar estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver nas relações e nos encontros cotidianos, para a construção de nossa própria humanidade;
- Política - implica no compromisso coletivo (gestores, profissionais e usuários) de envolver-se neste “estar com”, fortalecendo o protagonismo e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

### **3.6 Aspectos Éticos do Estudo**

Durante todas as etapas de elaboração e execução deste estudo, os aspectos éticos foram delineados e respeitados, para cumprimento aos requisitos exigidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aponta direitos e deveres da comunidade científica e população. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão, no dia 21 de dezembro de 2015, com parecer de número 1.378.152 (ANEXO A).

## 4 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Inicialmente apresenta-se a caracterização dos enfermeiros entrevistados, quanto ao perfil socioeconômico e demográfico, com a finalidade de conhecer os participantes. A seguir, as categorias e subcategorias emanadas das falas.

### 4.1 Caracterizando os participantes

Participaram do estudo treze enfermeiros da ESF, atendendo aos critérios de inclusão. Destes, um era do sexo masculino representando 7,7% e doze eram do sexo feminino (92,3%). Sete se encontravam nas faixas etárias entre 22 a 30 anos (53,8%) e seis entre 31 a 45 anos (46,2%). Quanto ao estado civil, seis (46,2%) eram casados e sete (53,8%) solteiros. Todos residiam no município de Caxias (MA).

Com relação à renda familiar, dois enfermeiros (15,4%) declararam ter renda de até três salários mínimos, quatro (30,8%) de três a cinco salários mínimos, dois (15,4%) superior a oito salários mínimos, cinco (38,4%) possuíam renda entre cinco e oito salários mínimos.

Sobre a escolaridade, todos informaram ter pós-graduação *latu sensu*, sendo onze (84,6%) em Saúde da Família, dois (15,4%) em Saúde Pública, dois (15,4%) em Urgência e Emergência, três (23%) em Gestão em Saúde, dois (15,4%) em Materno Infantil, um (7,7%) em Saúde Mental e o mesmo percentual em Enfermagem do Trabalho. Dos treze participantes, quatro (30,8%) possuíam mais de uma especialização. Nenhum deles informou ter pós-graduação *stricto sensu*. O tempo decorrido após a conclusão da graduação variou de três a quatorze anos.

Em relação ao tempo de trabalho exercido especificamente na ESF, as respostas estavam entre onze meses a mais de dez anos, sendo que onze (84,6%) trabalhavam há pelo menos dois anos. Com relação ao vínculo na UBS atual, sete (53,85%) informou trabalhar há dois anos, dois (15,4%) há três anos, três (23,1%) há menos de um ano e apenas um enfermeiro (7,7%) estava trabalhando há dez anos na mesma UBS. Ou seja, dez enfermeiros (76,9%) estava há pelo menos dois anos no mesmo local de trabalho. A carga horária semanal de trabalho ficou dividida entre 30 horas com sete enfermeiros (53,8%) e 40 horas com seis (46,2%). Dois

enfermeiros (15,4%) possuíam outros empregos, com carga horária de 20 horas. No entanto, onze (84,6%) relataram trabalhar apenas na ESF.

Com base nos resultados apresentados, ficou evidente que a maioria dos entrevistados era jovem, possuía qualificação profissional e vivência na ESF, tinha um tempo razoável de trabalho na mesma UBS e se dedicava unicamente à ESF.

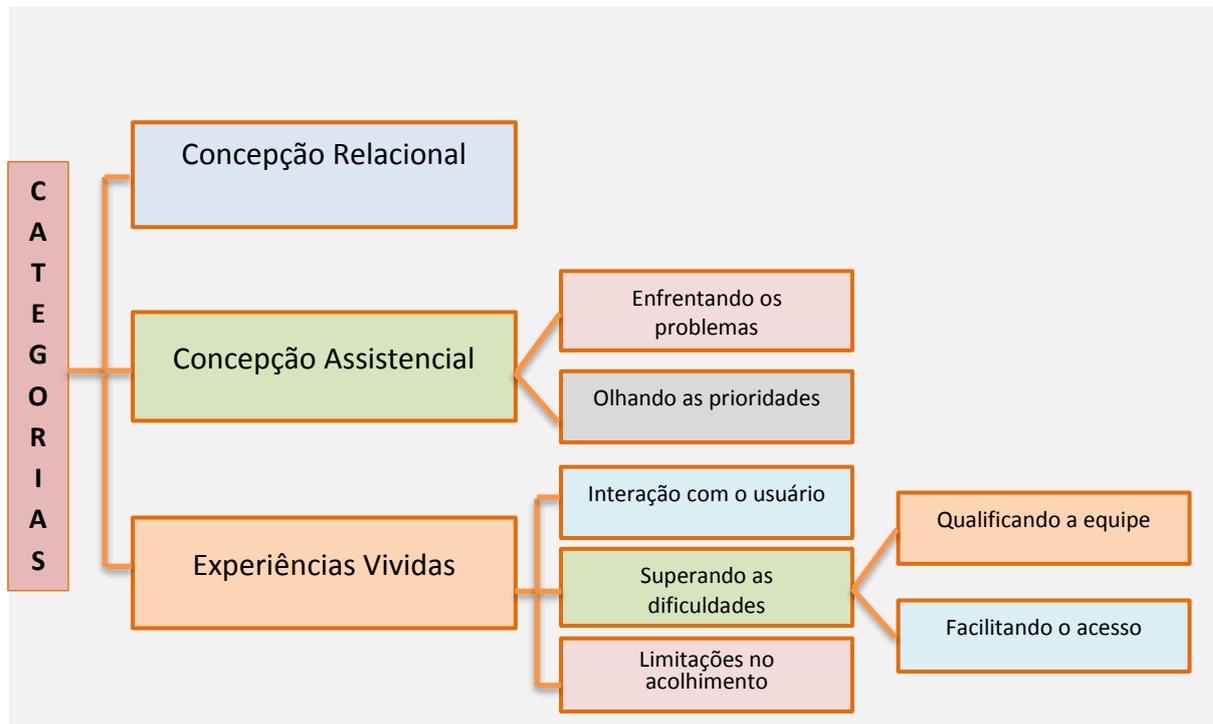
O tempo que o profissional está lotado na mesma UBS favorece a criação de vínculo com as famílias do território, como corroboram os estudos de Carvalho et al. (2006) e Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008) que relataram que o vínculo é estabelecido por meio de relações de confiança, fato que não acontece de imediato, mas demanda tempo. Portanto, não se estabelece vínculo com os usuários e comunidade em curto prazo, pois com o passar do tempo é que os laços se estabelecem e se estreitam.

Os mesmos autores afirmaram também que para que se estabeleça o vínculo, os usuários devem ser ouvidos, compreendidos, de maneira que possam expor suas angústias e preocupações, ou seja, para a criação de vínculo é necessário que os mesmos sejam acolhidos.

Portanto, percebe-se uma estreita relação entre acolhimento e vínculo, pois se o usuário for bem acolhido, facilitará a criação de vínculo com o profissional, e isso ajuda no sucesso da terapêutica, pois o mesmo passa a compreender a importância do seu tratamento, a confiar e seguir as recomendações propostas. Por outro lado, os profissionais passam a preocupar-se com o bem-estar do usuário do serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004; BERTOLOZZI, 2005).

## **4.2 Discutindo as categorias**

Durante a etapa de análise do material coletado das entrevistas, seguindo o método da análise de conteúdo de Bardin (2011), surgiram as seguintes categorias, subcategorias e subcategorias secundárias de análise, expressas em um esquema representativo (Figura 2).



**Figura 2.** Representação dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Caxias, MA. São Luís, MA, 2016.

### 4.3 Concepção Relacional

Nessa categoria os participantes enfatizaram o conhecimento que eles têm sobre o acolhimento sob um ponto de vista relacional, que seriam “tratar bem”, “receber bem”, “ser carinhoso”, “acolher”, “criar vínculo”. Percebeu-se que o conhecimento deles está em consonância com a literatura vigente sobre a temática.

Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras (BRASIL, 2011). Essa concepção é confirmada com as falas a seguir:

[...] quando ele chega na UBS ou em qualquer outro lugar, se ele não for bem atendido, ele provavelmente não vai voltar. Então o acolhimento é a porta de entrada, é naquele momento que ele vai conseguir criar um vínculo, no caso com o profissional (E10).

[...] o paciente encontra na gente, principalmente na enfermagem, um ombro amigo [...] e a maneira que a gente vai acolher esse paciente é como

ele vai se sentir confortável. Porque a maioria das vezes a gente recebe o paciente e ele senta na cadeira e começa a falar da história dele e começa a chorar, pela maneira que a gente conversa, porque às vezes, em casa, a família não trata ele bem, do jeito que a gente trata aqui na UBS. Então ele se sente acolhido, pois muitas vezes eles vêm pra cá só pra poder conversar. O paciente, ao invés dele vir pedir o exame, consultar, ele vem apenas pra poder conversar com a gente (E12).

É o saber ouvir, é o saber entender o outro, é o olhar no olho, é dar atenção (E9).

As falas acima destacadas se relacionam diretamente com a relevância ética do acolhimento, uma vez que a categoria analisada se refere ao reconhecimento do outro, nos seus modos de viver, sentir e estar na vida (BRASIL, 2010). Pois foi relatada pelos participantes essa postura com os usuários, o “saber ouvir”, o oferecer “um ombro amigo” nas relações, o “entender o outro”.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização em resolvê-la, ativando as redes de troca de saberes (SAES; RAYS; GATTI, 2011; BRASIL, 2006b).

Segundo Hoga (2004), a escuta durante o atendimento não deve subestimar nenhuma dimensão das queixas, pois escutar auxilia o usuário a repensar nos motivos que o levaram ao adoecimento, assim como ligações estabelecidas entre os sentimentos e sua vida.

Analisando as falas, percebeu-se também que os participantes demonstraram a importância do acolhimento para a geração do vínculo com os usuários. De acordo com Rangel et al. (2011), o vínculo entre profissional e usuário se constrói através da demonstração de interesse do profissional pela comunidade, da orientação e comunicação entre os mesmos, da confiança, da segurança, do respeito, da atenção, do carinho e da ética. O que os entrevistados falaram, corrobora com o encontrado por este autor a respeito do vínculo, da segurança e da forma carinhosa de tratar, como confirmado nas falas a seguir:

No primeiro momento é muito importante que esse acolhimento seja feito, porque o usuário vai se sentir mais seguro dentro daquele ambiente [...] (E10).

[...] É o principal ingrediente, vamos dizer assim, porque, quando o usuário chega na Atenção Básica, o que ele vai encontrar primeiro? Aquela pessoa que vai acolher, que vai, de uma forma humanizada, de uma forma carinhosa, pra atender ele, pra encaminhar ele pra um médico, pra um enfermeiro [...] (E8).

As falas estão de acordo com a literatura, sendo que na visão dos enfermeiros, o acolhimento está relacionado com posturas de amparo e hospitalidade, que contribuem para o desenvolvimento de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, auxiliando dessa forma para a afirmação do sistema público de saúde (BRASIL, 2006b).

Segundo Takemoto e Silva (2007), é necessário que o acolhimento avance, saindo das práticas assistenciais meramente burocráticas, para um sistema de atendimento facilitador da promoção do bem-estar físico, mental e social do usuário do sistema público de saúde.

Para os entrevistados a forma de tratar o usuário repercute também no sucesso do tratamento a ele oferecido, como foi demonstrado nas falas:

[...] e quando chega pra o enfermeiro essa parte do acolhimento é muito importante porque ele vai, de uma certa forma, até ajudar no tratamento (E8).

[...] e através desse acolhimento a gente tem uma melhor direção desse paciente, porque se a gente faz um bom acolhimento, a gente vai conseguir atingir o objetivo do tratamento, da cura, da prevenção (E13).

Esse aspecto do acolhimento está em acordo com a literatura vigente, como nos achados de Fiorin et al. (2010), que refere o acolhimento como uma tecnologia relacional que desenvolve e fortalece a afeição entre trabalhadores, usuários e gestores, tornando mais eficaz o processo terapêutico.

Para o Ministério da Saúde (MS), o acolhimento pode auxiliar o acompanhamento e recondução das propostas terapêuticas dos usuários, o que vai depender da postura dos profissionais diante dos usuários que procuram o serviço, independente do que foram fazer ou se estão agendados ou não. Aproveitando oportunidades, por exemplo, para trazê-los de volta aos programas de tratamento onde possam estar faltosos (BRASIL, 2011).

Percebeu-se a importância atribuída pelos enfermeiros ao acolhimento no sentido de relações com os usuários, fato este que segundo os mesmos facilita a geração de vínculo, além de contribuir no sucesso da terapêutica prescrita por eles.

## 4.4 Concepção assistencial

Outra concepção do acolhimento, emanada das falas dos entrevistados, foi no sentido da assistência que os enfermeiros julgaram que deveria ser dada aos usuários que buscam o serviço de saúde. Nesse sentido, surgiu a categoria *concepção assistencial*, que complementa a *concepção relacional* do acolhimento. Dessa categoria, surgiram as seguintes subcategorias: *enfrentando os problemas e olhando as prioridades*.

De acordo com os estudos de Takemoto e Silva (2007), existem essas duas possibilidades de entender o acolhimento, como postura frente ao usuário e suas necessidades; e como uma parte do processo de trabalho para direcionar a demanda espontânea. Sendo que essas concepções não se excluem, mas se complementam. Essa concepção de acolhimento dos entrevistados corrobora, portanto, com a literatura.

### 4.4.1 Enfrentando os problemas

Para os enfermeiros nessa subcategoria, acolhimento seria a orientação, direcionamento para o que o usuário ou a comunidade necessita, de forma que seus problemas sejam resolvidos da melhor forma possível. Para isso é necessário conhecê-los, para poder compreender as suas reais necessidades e poder agir sobre elas, como pode ser verificado nas falas:

O acolhimento, eu acho assim que é a parte mais importante. [...] é quando o paciente procura a UBS, tem que ter um bom acolhimento ou mesmo que ele não resolva o problema dele, mas você tem que dar uma orientação, dar um destino, pra que ele possa ter uma solução para o problema dele (E3).

Acolhimento, a maioria das pessoas pensam que acolhimento é só você ser gentil, você atender uma pessoa bem, mas de acordo com as normas, que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, o acolhimento, ele tem que ser feito direcionado ao paciente, você conhecer o paciente, com suas necessidades e agir sobre suas necessidades [...] (E6).

Pra mim, acolhimento não só é atender bem. Entra toda a questão de, é, ver quais as necessidades da pessoa, tanto físicas (de saúde), psicológicas, sociais [...] (E7).

[...] É assim, na estratégia da família é o tentar dar uma resolutividade aos problemas da comunidade ou pelo menos nortear esses problemas [...] (E9).

Esses resultados estão de acordo com a literatura, como vemos nos estudos de Fracoli e Zoboli (2004), os quais afirmaram que a ESF foi elaborada pelo Ministério da Saúde com objetivo de reorganizar a Atenção Básica, sendo que, para haver o acolhimento, é fundamental que as necessidades de saúde e os problemas dos usuários e famílias, sejam percebidos pelos profissionais de saúde e assim possam elaborar estratégias para intervir sobre eles.

Os mesmos autores relataram que para a efetiva resolução desses problemas e necessidades é imprescindível que a ESF esteja articulada com os demais serviços de saúde e setores da sociedade, evocando a intersetorialidade e uma rede de referência e contra-referência. Pois nem todos os problemas podem ser resolvidos apenas dentro da UBS.

Ficou evidente nas falas dos enfermeiros que eles compreendem que nem tudo pode ser resolvido no momento que o usuário procura o serviço de saúde, mas que eles precisam direcioná-los para o atendimento ou serviço que melhor se adeque as suas reais necessidades.

Essa concepção de acolhimento ultrapassa a ideia de ser receptivo com o usuário que busca o serviço, para um entendimento ampliado de responsabilização com o indivíduo e famílias que estão sob seus cuidados. Para Matumoto (1998), o acolhimento vai além de uma ocorrência da língua portuguesa, resultando em operacionalidade de ações. Com ele é possível apreender as reais necessidades de saúde dos usuários, impulsionando o processo de trabalho das equipes para resolução das mesmas.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999) para haver humanização nos contatos entre trabalhador e usuário, é necessário ir além desse entendimento puramente afetuoso dos relacionamentos, não se limitando ao respeito e escuta, pautando a construção do processo de trabalho na autogestão e na responsabilização do trabalhador com a vida, sofrimento dos indivíduos e comunidade.

Os mesmos autores afirmam que o acolhimento qualifica o relacionamento entre trabalhador e usuário, devendo basear-se em padrões de humanidade, solidariedade e cidadania. E que isso contribui para a formação de um sistema de saúde capaz de atender as pessoas de forma integral e resolutiva.

Essa concepção do acolhimento relaciona-se com as relevâncias ética e estética da PNH. Estética, na medida em que os enfermeiros demonstraram nas

suas falas um entendimento do acolhimento como a responsabilização com os usuários e comunidade para a resolução de seus problemas, contribuindo assim para a geração de estratégias que dignificam a vida e o viver. Para que haja essa compreensão do outro, é necessário reconhecê-lo nos seus modos de viver, sentir e estar na vida.

#### **4.4.2 Olhando as prioridades**

Nessa subcategoria, o entendimento sobre acolhimento dos enfermeiros está relacionado a fazer a triagem dos atendimentos e ao estabelecimento de prioridades, definindo a ordem dos mesmos, e de acordo com as necessidades observadas, como pode ser verificado nas falas a seguir:

No contexto da Estratégia, eu acho que é fazer desde a triagem que abrange também acolher [...] (E7).

Você agir de acordo com as necessidades do paciente [...] tipo na organização de uma fila, você pode selecionar os pacientes de acordo com a sua necessidade, [...] tipo assim, chega paciente de tudo quanto é jeito, então você precisa priorizar aqueles que precisam mais do atendimento, e saber agir de uma forma correta e humanizada (E6).

Eu vejo assim, como essa necessidade do atendimento do usuário [...], por exemplo, as meninas na recepção, elas tem que ter uma sensibilidade de saber se aquele paciente pode ser atendido agora, se dá pra ele esperar pra depois, se a gente acrescenta ele como uma urgência [...] (E11).

Essa visão do acolhimento é limitada, pois o mesmo não pode ser reduzido ao ato da triagem, envolvendo a escuta qualificada, levantamento de problemas e planos de ação que venham intervir na solução dos mesmos, melhorando a resolutividade das equipes em busca de solucionar as demandas dos usuários, diminuindo os atendimentos médicos e valorizando o potencial dos demais profissionais da equipe multidisciplinar (SOLLA, 2005).

Esses achados também corroboram com os estudos de Viegas e Penna (2012) os quais demonstraram que a maneira mecânica e puramente técnica que é realizado o acolhimento são entraves na prestação de uma assistência de qualidade pelas equipes, restringindo-o à triagem para seleção de consultas e procedimentos específicos. Isso causa uma insatisfação pelos usuários do serviço, pois os mesmos não se sentem bem recebidos, acolhidos pelos profissionais.

Nesse sentido, este estudo encontrou resultados semelhantes ao de Penna, Faria e Rezende (2014), ambos os estudos demonstraram que para os profissionais de saúde, o acolhimento ainda é entendido como triagem e classificação de risco. No entanto, a sua natureza é da escuta qualificada e resolutiva, dando evidência a uma abordagem integral e universal do acesso aos serviços de saúde. Portanto, o acolhimento vai além de meramente triagem de atendimentos. Concordando com os autores citados, que observaram também que a assistência estava se organizando na lógica da classificação de risco da demanda espontânea que chegava ao serviço. Sendo definido como instrumento de acesso e não como estratégia para qualificar a atenção à saúde, baseada na integralidade e humanização.

Ainda de acordo com as falas dos enfermeiros, percebeu-se que os mesmos limitaram o acolhimento à recepção do serviço, atribuindo aos encarregados deste setor o papel de desempenhá-lo, como fica claro no discurso de E11.

Esse entendimento desacorda com a definição de acolhimento do Ministério da Saúde (2008b), que não o restringe ao atendimento da demanda espontânea, de maneira que só tem sentido se for compreendido como presente não apenas na porta de entrada, mas em todos os processos de trabalho da equipe de saúde. Portanto, o acolhimento é diferente de triagem, porque não é apenas uma etapa burocrática do processo, mas uma atividade que deve estar presente em todos os momentos e setores do serviço de saúde.

Marques-Ferreira, Barreira-Penques e Sanches-Marin (2014) encontraram em seus estudos, como dificuldades do processo de trabalho, que os profissionais de saúde ainda trabalham de maneira isolada e fragmentada, mesmo estando no mesmo espaço físico. No entanto, o acolhimento não é atividade privativa de determinada profissão, todos devem estar envolvidos, comprometidos e capacitados para receber a população com atitudes acolhedoras.

Segundo Teixeira (2003), o acolhimento se estabelece em todos os encontros entre os profissionais e usuários. Sendo que novas necessidades podem ser percebidas ao longo da prestação do cuidado, conduzindo o usuário a outros setores, profissionais, serviços ou mudança de processo terapêutico. Esse autor entende o acolhimento como uma rede formada por interconexões em todos os

sentidos e direções, uma vez que não se limita à recepção, sendo continuado por todos os momentos e possibilidades assistenciais.

Por fim, o acolhimento não deve se restringir à recepção, nem tampouco os profissionais responsáveis por ele devem ser apenas os que estão na mesma, nem quaisquer outros isoladamente, pois não se limita a uma etapa ou lugar. Portanto, para instituir um processo de trabalho dos profissionais, baseado no acolhimento, visando à melhoria do acesso e escuta qualificada pelos mesmos, ações normativas, burocráticas ou discursivas são insuficientes (BRASIL, 2011).

O entendimento dos enfermeiros sobre acolhimento nessa subcategoria desacorda das relevâncias ética, estética e política do mesmo, pois o limita a uma simples seleção e ordenação para os atendimentos. Isso pode gerar insatisfação dos usuários com o atendimento, não qualificando o processo de escuta, não sendo capaz de transformar o processo de trabalho dos profissionais da ESF para uma atenção que vise à integralidade do cuidado, melhoria do acesso, responsabilização dos trabalhadores pelos usuários dos serviços, entre outros.

#### **4.5 Experiências vividas**

Dessa categoria surgiram três subcategorias: *interação com o usuário, superando as dificuldades e limitações no acolhimento.*

##### **4.5.1 Interação com o usuário**

Nessa subcategoria de análise, as vivências relatadas pelos enfermeiros em relação a sua interação com os usuários da UBS, na qual desenvolvem suas práticas profissionais têm sido de escutar com atenção, tratar bem, tentando resolver os problemas que o levaram a procurar o serviço de saúde. Como demonstrado nas falas abaixo:

Nas consultas aos pacientes eu tento deixar o paciente bem à vontade, tentando que ele consiga desabafar, que ele consiga dizer o que ele está sentindo, sem deixar ele nervoso. Muitas vezes ele está doente, está com alguma doença que ele vai se desesperar, então eu tento deixar ele bem a vontade, tento oferecer a ele um cuidado de qualidade (E2).

Eu desde o início, assim, sempre fiz com que o paciente se sentisse bem acolhido com a questão da própria humanização, tratar ele bem, informar

ele como ele deve ser informado. E fazer com que ele tenha aquele vínculo com o profissional e que ele se sinta seguro ali pra poder contar os seus anseios, os seus problemas, e falar não só do problema da doença, mas de outros problemas [...] (E10).

É tentando saber ouvir o cliente, saber entender [...], e aí, é tentando dar uma resolução para o que aparece, o que chega (E9).

[...] na consulta de enfermagem, não que a gente entre na vida do paciente, mas a gente conversando, às vezes ele fala coisas que a gente nem está querendo saber, mas aí, já que ele vai puxando assunto, puxando assunto, a gente tenta ajudar esse paciente da melhor forma possível (E12).

Aqui na UBS eu procuro, mesmo não resolvendo o problema do paciente, receber todo mundo, tratar bem, com respeito, com ética, principalmente, porque tem aquele paciente que não se sente à vontade com os profissionais, então fazer com que ele se sinta a vontade, eu acho que é isso (E5).

Com base nas falas verificou-se que as práticas dos enfermeiros valorizam a escuta qualificada, preocupação com as demandas dos usuários e a importância do vínculo com o mesmo. Esses achados estão de acordo com a literatura vigente. Para Faria (2014), o acolhimento é tido como uma tecnologia leve que melhora a demanda dos usuários e organiza o processo de trabalho nas USF. Os profissionais têm a responsabilidade de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, através dos dispositivos da escuta qualificada e criação de vínculos com os usuários. Sendo que essa tecnologia leve é resultante da interação do trabalhador com o usuário e de sua potencialidade em articular e aperfeiçoar essa relação por padrões de humanidade, solidários e de cidadania.

Em outro estudo verificou-se que para o usuário, o vínculo se estabelece por meio de um bom diálogo, criando uma empatia através do acolhimento, do respeito, do carinho, da atenção, passando dessa forma uma relação de confiança e segurança com a população adstrita. Ele também acredita que para formação do vínculo, é necessário que o enfermeiro e todos os profissionais da equipe passem segurança e confiança ao usuário, sendo capaz de deixá-lo mais tranquilo e impulsionado a procurar a UBS (RANGEL et al., 2011).

No mesmo estudo, os autores encontraram que, para muitos, o enfermeiro é essencial para a ligação existente entre o agente comunitário de saúde, família e ESF, levando em consideração que esse profissional está presente e contribui no cotidiano da comunidade, o que favorece a tranquilidade e segurança do usuário em relação aos cuidados da equipe e o instiga a procurar a UBS mais frequentemente (RANGEL et al., 2011).

Os enfermeiros relataram também em suas práticas, a importância de tratar bem o paciente, de maneira que ele se sinta confortável diante do profissional de saúde, podendo expor seus problemas, anseios, angústias de maneira acolhedora, sem pressa e sem julgamentos. Essa postura dos profissionais é indispensável para a geração do vínculo com o usuário, e para que ele se sinta seguro e confortável, para confiar em contar suas demandas aos profissionais. Nesse sentido essa subcategoria se relaciona com a relevância ética do acolhimento, pois os enfermeiros demonstraram valorizar a vida e o viver, nos diferentes encontros cotidianos com os usuários.

Esses relatos são confirmados com o que está presente na literatura, em que o acolhimento deve fazer parte de todos os encontros com os usuários, seja conversando informalmente ou no momento de um atendimento individual. Para tanto, os profissionais precisam se interessar pela fala do usuário, o que permitirá maior vínculo e aceitação das ações propostas do cuidado em saúde (VIEGAS; PENNA, 2013; BRASIL, 2006a).

A vivência da prática dos entrevistados desse estudo assemelha-se ao que foi verificado na concepção dos profissionais de enfermagem do estudo de Cambiriba e Costa (2010), em que o acolhimento é definido como uma atitude de escuta e de responsabilização com o usuário, o que demonstra uma visão bastante próxima do conceito da PNH.

Quando existe vínculo do trabalhador com o usuário, o acesso ao serviço é facilitado e possibilita a prestação de um cuidado integral, sendo capaz de facilitar a satisfação do usuário com a assistência recebida, que engloba escuta qualificada, atenção e interesse por suas demandas (FARIA, 2014).

Para que o vínculo se estabeleça, é preciso o estreitamento da relação do profissional-usuário, dispondo de tempo suficiente para ouvir as suas queixas. Isso traz satisfação para ambos, devido à resolução da demanda. Ao contrário do que se possa pensar, essa ação não sobrecarrega o serviço, estreita laços, facilita novas ações e intervenções, e é capaz de promover o cuidado integral com a participação do usuário nesse processo (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Os enfermeiros do presente estudo relataram vivenciar em suas práticas, a escuta qualificada, e demonstraram compreender a sua importância para além de estabelecer vínculo com os usuários, sendo fundamental para desvendar os reais problemas de saúde dos mesmos, de maneira que possam tentar resolver ou

encaminhar de forma correta e segura as suas demandas. Por isso, essa subcategoria se relaciona também com a relevância estética do acolhimento, ficando evidente que os enfermeiros buscam estratégias para a dignificação da vida e do viver nos seus encontros diários. Esses achados foram verificados também nos estudos de Faria (2014), Santos, Superti e Macedo (2002), Scholze, D... Júnior e Silva (2009) e nas recomendações do Ministério da Saúde (2011).

#### **4.5.2 Superando as dificuldades**

Observou-se no relato dos enfermeiros, a sua tentativa de sobrepujar as dificuldades encontradas, durante o seu processo de trabalho e da equipe, no que diz respeito ao acolhimento da clientela. Para melhor sistematização das ideias, essa subcategoria foi subdividida em outras duas subcategorias secundárias: *qualificando a equipe e facilitando o acesso*.

##### **4.5.2.1 Qualificando a equipe**

Os enfermeiros, nessa subcategoria, relataram que vivenciam o acolhimento também, tentando qualificar a equipe, chamando a atenção para essa questão do atendimento humanizado nas práticas do dia a dia. Isso se dá através de reuniões e diálogos com os integrantes da mesma, na tentativa de sensibilizá-los para manter uma postura acolhedora nos diferentes encontros com os usuários do serviço, como demonstrado nas falas que se seguem:

Eu procuro pelo menos capacitar, pelo menos quem fica na recepção, para trazer o paciente até mim, pra gente poder resolver o problema dele, não de lá já barrar o paciente, mas fazer com que realmente ele se sinta bem recebido (E5).

Assim, através de reuniões, tentando organizar o serviço e tentar mostrar a importância que é a gente estar tentando entender os clientes que chegam na unidade (E9).

A gente sempre senta pra estar conversando. E assim, eu sempre tento colocar para [...] as técnicas que ficam na recepção [...] porque na minha visão, o acolhimento é voltado a isso, da resolutividade daquela questão. Então aqui o vigia sabe informar alguma coisa, todos os profissionais têm esse entendimento, de pelo menos saber informar alguma coisa pro usuário (E11).

[...] a gente tenta sempre acordar a equipe através de reuniões [...] tenta sempre conversar com os funcionários, fazer capacitação em relação à

questão da orientação mesmo do acolhimento. A gente sabe que o acolhimento principal e primordial acontece dentro da recepção. Então é a pessoa que tem que estar mais preparada pra essa questão dessa escuta qualificada (E13).

Olha, o acolhimento onde a gente trabalha aqui na UBS tem sido muito monitorado por mim e pelo enfermeiro que é o que faz essa inspeção. Nós procuramos manter o atendimento tudo igual desde a farmácia. A menina da farmácia acolhe também quando o paciente chega lá pra pegar a medicação (E8).

Analisando as falas dos enfermeiros, apreende-se que os mesmos reconhecem que para haver o acolhimento, a equipe precisa estar apta para realizá-lo. Isso é demonstrado pela sua preocupação em qualificar a equipe. Essa prática incorpora o que preconiza a PNH, pois a mesma preza pela capacitação, desenvolvimento e satisfação dos profissionais de saúde, sendo que não pode existir acolhimento sem um planejamento coletivo em que toda a organização se reconheça e se revalorize (BECK et al., 2009).

O que foi encontrado nessa subcategoria corrobora com os achados de Ferreira e Galvão (2009), pois demonstraram que o enfermeiro exerce um papel fundamental na transformação do processo de trabalho da sua equipe, ocasionado pela prática do acolhimento. Sendo ele responsável pela coordenação e supervisão dos profissionais, devendo procurar o aperfeiçoamento e cumprimento das normas e diretrizes definidas pelo SUS, além de zelar pela valorização e satisfação de cada profissional em prestar sua assistência de forma acolhedora e humanizada.

Verificou-se também nas falas que os enfermeiros, na medida em que procuram qualificar, coordenar e supervisionar a equipe, reconhecem que o acolhimento não pode ser um ato isolado de suas práticas, mas que precisa estar presente em todos os setores da unidade e em todos os encontros dos trabalhadores com os usuários. Por isso todos devem estar envolvidos e capacitados.

Segundo Zanelatto e Dal Pai (2010), uma barreira a ser transposta é a falsa ideia de que o acolhimento pertence somente a uma área ou parte do atendimento. Para que as ações do acolhimento façam parte de toda a assistência prestada, não se limitando a um setor específico, é necessário que todos os profissionais que compõem a equipe estejam sensibilizados, amparados e assistidos.

Essas reuniões e conversas entre os membros da equipe fortalecem a interação entre os mesmos, fator fundamental para o sucesso do acolhimento. Silveira (2004) destaca que é necessária, a participação de todos os trabalhadores do serviço para que haja o acolhimento. Sendo fundamental também, haver um relacionamento harmonioso e interação entre os mesmos, bem como uma boa receptividade com os usuários. Pois essa interação entre os trabalhadores promove a superação do trabalho fragmentado, fortalecendo a multidisciplinaridade necessária para o processo de trabalho das equipes, sendo indispensável à prática do acolhimento.

Pelas falas fica claro também, que os enfermeiros entendem que os profissionais de toda a unidade, mesmo os que não têm formação na área da saúde, são responsáveis pelo acolhimento, como os que trabalham na limpeza da unidade, vigias, enfim todos os que trabalham na unidade têm a função de acolher quem chega. A partir dessa compreensão surgem os esforços para a qualificação e sensibilização de todos.

Essa prática dos enfermeiros está em acordo com o que o Ministério da Saúde (2011) preconiza, pois o mesmo considera um erro não incluir os trabalhadores que não têm formação na área da saúde nesses momentos de reflexão da equipe, já que geralmente o primeiro contato dos usuários na unidade é com esses profissionais. Muitos gestores e equipes de saúde não trabalham com esse entendimento.

Nessa perspectiva, atividades bem desenvolvidas pelos enfermeiros podem ser lesadas, por exemplo, se o vigia que fica na porta não está integrado e não compreende o desenvolvimento das ações de acolhimento da equipe. Da mesma maneira, pessoas encarregadas da limpeza da unidade podem ser capazes de desenvolver ações na sala de espera, que facilitem inclusive o trabalho do acolhimento da equipe de saúde. Inúmeros exemplos como esse poderiam ser citados com qualquer trabalhador da unidade, no entanto os trabalhadores que ficam na recepção têm papel central no acolhimento (BRASIL, 2011).

Analisando ainda as falas, percebe-se que os enfermeiros embora procurem qualificar toda a equipe, dão um destaque principal para quem está na recepção da unidade, como demonstrado nas falas de E5, E11 e E13. Referindo ainda, que estes profissionais precisam absorver em suas práticas, a escuta qualificada, tentando resolver, de acordo com suas competências, os problemas dos

usuários que procuram o serviço. Esses achados estão em conformidade com a literatura vigente.

Para Scardua (2015), a recepção permite que o profissional de saúde exerça, prioritariamente, duas atribuições: recepcionar e acolher. A primeira está voltada apenas à realização de atividades burocráticas, encaminhando os usuários para os setores de atendimento, além de dar informações para os mesmos e para os outros profissionais de saúde. A segunda se vê e é visto como um profissional capaz de desenvolver competências e habilidades, que tornem esse ambiente favorável à negociação das necessidades de saúde do usuário, através do diálogo.

Portanto, valorizar esse espaço dialógico, distinguir o movimento de construção social das necessidades de saúde, compreender o diálogo como instrumento indispensável ao cuidado em saúde são atitudes essenciais para a construção de uma boa relação entre trabalhadores e usuários que visem o cuidado, gerando ambientes de negociação e resolução de conflitos (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Sobre o acolhimento com escuta qualificada, referido pelos enfermeiros do presente estudo como prática essencial dos profissionais da recepção, Tesser, Poli e Campos (2010) afirmaram que este é indispensável para assegurar o acesso universal de todas as pessoas, que buscam atendimento na unidade, devendo basear-se nas necessidades encontradas. Para isso, os profissionais precisam compartilhar as responsabilidades, de acordo com as competências de cada categoria profissional.

Essa subcategoria está em conformidade com as relevâncias ética, estética e política do acolhimento. Pois os enfermeiros demonstraram preocupação com a forma que o usuário é recebido pelos profissionais, valorizando os aspectos subjetivos dos mesmos. Percebem que o acolhimento deve ser vivenciado e negociado por todos os envolvidos, profissionais, usuários e gestores. No entanto, a relevância estética se sobressaiu em relação às demais, uma vez que as reuniões e capacitações com a equipe representam diretamente o esforço dos enfermeiros na busca de estratégias para a dignificação da vida e do viver em suas práticas e nas de sua equipe.

#### 4.5.2.2 Facilitando o acesso

Nessa subcategoria secundária, os enfermeiros relataram vivenciar o acolhimento no seu dia a dia, procurando garantir o atendimento dos usuários que procuram a unidade de saúde, sejam através das consultas de enfermagem ou médicas, isso pode ser verificado nas falas a seguir:

Muitas vezes o paciente vem atrás de uma consulta médica e às vezes não tem médico. Aí a gente tenta, se a gente não puder encaixar ele no atendimento, no dia, a gente tenta remanejar ele, botar um outro dia, e aí tentar explicar da melhor forma possível o porquê que ele não está sendo atendido naquele momento (E1).

[...] Eu sempre tenho duas vagas de reserva, pra botar pras consultas do médico, mas às vezes tem dia que encheu aquelas duas vagas e vejo que tem um ali que tá necessitando demais, que não posso mandar ele embora, às vezes eu vou lá, falo com o médico, o médico não quer ultrapassar as consultas, sabe como é médico, né? Mas aí às vezes a gente conversando direitinho, “ô doutor atenda, e isso e isso...”, ele atende. Então eu acho que a gente tem que ver muito esse lado aí, conversar, entender, não é? Não é porque completou as doze ali do médico, sempre tem uma exceção, e tem os casos de emergência. É assim que a gente trabalha aqui, é nesse sentido aí [...] (E3).

Os enfermeiros demonstraram preocupação em tentar resolver o problema dos usuários que procuram o atendimento na unidade, através do agendamento para os casos que podem esperar. Sendo que muitas vezes precisam estar conversando com o profissional médico, para atender as pessoas que não podem aguardar o agendamento, quando o número de vagas para as consultas do dia já foram preenchidas.

Ficou claro também nas falas que os enfermeiros buscam conversar com os usuários que chegam, procurando compreender os seus problemas, na tentativa de resolvê-los, facilitando o seu acesso ao serviço. Isso é possível através de uma escuta qualificada. Esses achados corroboram com o que existe na literatura.

Segundo Viegas e Penna (2012), os desafios existentes no atendimento dos usuários podem ser reduzidos, se a equipe de saúde é formada por profissionais habilitados a desenvolver um acolhimento de qualidade, conversando abertamente, com uma escuta qualificada, podendo assim diminuir as dificuldades de acesso das pessoas aos serviços de saúde e melhorar a organização dos mesmos.

Outro estudo evidenciou que a maneira de organizar a oferta de atendimentos, inúmeras vezes, prejudica o acolhimento. Um exemplo é a

distribuição de senhas muito cedo e por ordem de chegada à unidade. Isso é um entrave à realização do acolhimento, e na maioria das vezes, as situações prioritárias ficam sem atendimento (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Além disso, foi demonstrado que a pouca flexibilidade das consultas médicas, geralmente com poucas vagas, e as restrições de horários das mesmas, causam grandes insatisfações nos usuários (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

A escassez de vagas para consulta médica identificada neste estudo corrobora com os achados de Cambiriba e Costa (2010), os mesmos realizaram um estudo em duas unidades de saúde do município de Paranaíba (PR) e encontraram dados bastante significativos sobre acesso e acolhimento dos usuários no serviço. Apresentaram que 54% dos usuários informaram já terem buscado as unidades para consulta médica e não terem conseguido, devido ao número reduzido de vagas. Destes, somente 31% relataram que foram ouvidos por algum trabalhador da enfermagem, dando atenção ao seu problema e procurando uma maneira de solucioná-lo, para que não voltassem para casa, sem uma resposta favorável. No entanto, 69% foram embora sem a consulta, sem serem ouvidos e foram buscar atendimento em outra unidade de saúde.

Essa realidade, do número limitado de vagas para consultas médicas, está presente em inúmeras unidades de saúde, como foi descrito através dos estudos apresentados. Isso acontece também nas unidades de saúde do município em estudo. Por isso, é comum que os enfermeiros tentem facilitar o acesso para as mesmas, quando se deparam com usuários que apresentam problemas de saúde, que a seu ver não podem ficar sem o atendimento necessário naquele momento.

Esse atendimento dos casos agudos, que aparecem nas unidades de saúde, precisa ser discutido com toda a equipe de saúde, para que juntos os profissionais possam pactuar critérios de risco e vulnerabilidades. Além disso, elaborar estratégias para organização do agendamento das consultas, de modo a contemplar agenda programada e casos agudos (BRASIL, 2011).

Pode-se perceber que, apesar dos avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem entraves relacionados ao acesso e acolhimento dos usuários nos serviços. Essa é uma realidade também encontrada nas unidades de saúde da família do município de estudo.

Os enfermeiros também relataram nas entrevistas que vivenciam o acolhimento através das visitas domiciliares, levando à casa do usuário aquilo que

ele necessita, quando se encontra impossibilitado de ir à unidade, favorecendo assim o acesso do usuário ao atendimento da equipe, como demonstrado nas falas abaixo:

A gente tem vivenciado [...] através das visitas domiciliares também, que a gente tenta oferecer um cuidado a domicílio a paciente que muitas vezes está impossibilitado de vir à UBS, a gente tenta acolher ele no seu ambiente, na sua residência, tentando levar a ele os cuidados que ele tem direito na UBS [...] (E2).

A gente acolhe o paciente da melhor maneira possível. [...] muitas vezes a gente chega a ir na casa desse paciente, às vezes não está no dia de visita domiciliar, mas mesmo assim a gente vai porque sabe que esse paciente está precisando ser acolhido na casa dele. A equipe de enfermagem, o médico, a gente vai lá pra poder dar um melhor atendimento a esse paciente (E12).

Os relatos acima estão compatíveis com o estudo de Carli et al. (2014), cujos resultados demonstraram que é no momento da visita que o acolhimento e vínculo se estabelecem e se tornam fortes. Sendo uma oportunidade para construção de diálogo, identificação das necessidades da família e resolução dos problemas encontrados. Portanto a visita domiciliar favorece o desenvolvimento das tecnologias leves, promovendo o estreitamento das relações trabalhador/usuário, através desse ambiente de escuta e troca.

O acolhimento, visto como uma ferramenta do acesso, é fortalecido pela visita domiciliar, que objetiva conhecer as necessidades voltadas ao cuidado domiciliar, tentando através da escuta qualificada, ofertar a melhor forma de resposta para cada situação apresentada, criando compromisso com o acesso a outros serviços demandados e estabelecendo ligações com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Outro estudo evidenciou que, durante a visita domiciliar, o acolhimento compreendido como postura da equipe faz mais sentido, por tratar-se de um ambiente favorável para a percepção da dor e do sofrimento em todos os seus ângulos, conhecendo o espaço de vida do usuário. Compreender essa postura, como maneira de facilitar a escuta das necessidades da pessoa e de seus familiares, deixa mais humanizado o processo de trabalho/cuidado, centrando o seu foco nesses indivíduos (ROA et al., 2009).

Portanto, evidenciou-se nas falas dos enfermeiros do presente estudo, que os mesmos se utilizam da visita domiciliar, como uma ferramenta para facilitar o

acesso dos usuários ao atendimento da equipe, promovendo assim o acolhimento destes no seu ambiente familiar. Como foi apresentada na literatura, essa é uma prática reconhecidamente promotora da identificação das necessidades do usuário, facilita a escuta qualificada, favorecendo o estabelecimento de vínculos com os usuários, para assim buscar uma melhor resolutividade dos problemas encontrados. Fica evidente a relação desta atividade com a relevância ética do acolhimento.

A visita faz parte do trabalho da equipe de saúde, favorecendo o estabelecimento de uma relação mais estreita com as famílias do território de sua responsabilidade. É fundamental que a equipe conheça a realidade da comunidade, suas prioridades e necessidades, fazendo uso dessa ferramenta de trabalho. A visita também facilita a escuta ativa dos usuários, facilitando o vínculo que, por sua vez, aprimora o processo da assistência dos mesmos (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Além disso, a visita domiciliar é capaz de incentivar a independência da comunidade e das famílias quanto à sua própria produção da saúde, estabelecendo-se em loco, ou seja, no local que representa o cotidiano das famílias e da comunidade, visando atender as diferentes necessidades de saúde (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011; LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A subcategoria apresentada relaciona-se com as relevâncias ética, estética e política do acolhimento. Na medida em que os enfermeiros ao estabelecerem o diálogo com os usuários, através da escuta qualificada, facilitam o seu acesso ao serviço, seja através das consultas ou de visitas domiciliares, demonstrando assim o seu compromisso com esse “estar com”, utilizando-se de estratégias que dignificam a vida e o viver, nas suas relações com os mesmos. Sendo capazes também de reconhecer as suas diferenças, suas dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida, o que fica bem evidente, principalmente durante as suas visitas domiciliares.

No entanto, observa-se também que, para haver êxito nessas atividades, é imprescindível o envolvimento da gestão, seja para ofertar as consultas em quantidades suficientes às necessidades da clientela, seja oferecendo condições adequadas, como por exemplo, no deslocamento dos profissionais durante as visitas domiciliares. Portanto, a relevância política tem um destaque singular nessa subcategoria apresentada.

### 4.5.3 Limitações no acolhimento

Outra subcategoria, emanada da categoria *experiências vividas*, foi denominada de *limitações no acolhimento*. Nessa subcategoria, os enfermeiros relataram que as suas vivências em relação ao acolhimento têm sido dificultosas por vários motivos elencados, como será apresentado no decorrer desse sub-tópico. Em consequência disso, acreditam que não estão desenvolvendo um acolhimento adequado às pessoas, que procuram a unidade de saúde. Isso pode ser verificado nas falas a seguir:

Olha, a questão do acolhimento a gente tenta fazer o máximo possível, mas algumas vezes [...] não tem como estar fazendo, até por conta da estrutura e [...] de alguns recursos que nós não temos, recursos materiais mesmo que nós não temos [...] não tem como eu fazer um acolhimento certinho pro meu paciente numa sala em que nem o ar condicionado está funcionando direitinho; não tem uma maca ideal pra mim atender o paciente, conseguir fazer um exame, uma anamnese no paciente adequada numa maca em que o colchonete da maca quase não tem espuma. São diversas coisinhas que atrapalham o acolhimento da gente (E6).

Na verdade é pra gente fazer o acolhimento [...] está um pouquinho difícil, porque assim no momento na minha unidade, eu estou sem [...] um lugar para atender, sabe assim, o acolhimento não está total aqui [...] na verdade, a nossa unidade está sem estrutura física, porque até que a humana melhorou um pouquinho, mas assim tipo pra gente fazer um atendimento humanizado está faltando, porque o paciente está saindo só digamos com o atendimento médico [...] (E4).

Atualmente, a gente está passando por reforma. Então a questão física da UBS está prejudicada. A gente não está com o arquivo totalmente eficaz, a gente não está com a recepção muito boa, o ambiente está muito quente. Então a gente tenta ir superando essas partes mais físicas mesmo, de estrutura, com a atuação da equipe (E11).

[...] Nós estamos com uma deficiência aqui de dentista, porque tem dentista, mas o consultório está há muito tempo aí com problema, então eu recebo muita reclamação de dentista que não tem, aí nesse caso, a gente não pode fazer nada, né? [...] (E3).

Como relatado pelos enfermeiros, o acolhimento está sendo prejudicado por questões como estrutura física inadequada, a carência de uma sala para as consultas de enfermagem, falta de recursos materiais e de manutenção de equipamentos necessários ao desenvolvimento do trabalho da equipe. O que foi encontrado nesse estudo, não diverge de outros estudos realizados em outras unidades de saúde do país.

Em estudo realizado por Cambiriba e Costa (2010), em unidades de saúde de um município no estado do Paraná, foi constatado que na visão dos profissionais de enfermagem, os maiores empecilhos citados, à realização do acolhimento por eles, foram a falta de união da equipe, recursos humanos escassos e inadequada estrutura física.

Outro estudo, realizado em Minas Gerais, evidenciou que as condições de trabalho, nas unidades de saúde estudadas, eram precárias, havendo falta de papel para receituário, medicamentos (pomadas, medicamentos para assepsia local), insumos (seringa, luvas, álcool), manutenção de aparelhos e falta de funcionários. Para eles, essas insuficiências prejudicam o trabalho da equipe, na resolução dos problemas dos usuários e comunidade (MARTINS, 2012).

O imprevisto e as condições precárias das instalações das unidades de saúde, e insuficiências na estrutura física são explicados pela falta de recursos imediatos, para sustentar o modelo hierarquizado e descentralizado vigente. Essa realidade está presente também em unidades de saúde do Rio de Janeiro (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011; SCARDUA, 2015).

As dificuldades e desafios, citados pelos profissionais deste estudo, foram apontados por outros estudos, e evidenciam que conjunturas como estrutura física inadequada, falta de privacidade para o desenvolvimento da escuta qualificada, grande rotatividade e a falta de preparo dos profissionais, além de uma rede de serviços fragmentada, ainda são entraves para a qualificação da assistência (FARIA, 2014; OLIVEIRA et al., 2013; FREIRE et al., 2008; ALVES E SILVA et al., 2010).

Pelo que foi apresentado, fica evidente que não tem como desenvolver um trabalho de qualidade, resolutivo, como é requerido pelas propostas do acolhimento, sem haver condições adequadas de trabalho para o profissional, estrutura física satisfatória, insumos e outros materiais que supram a necessidade de trabalho das equipes. Segundo Solla (2005), para haver um serviço e atenção à saúde de qualidade, é necessária uma sólida conexão do trabalho da equipe multidisciplinar, com condições adequadas de infraestrutura, serviços e sistema de saúde com a gestão, que executa papel fundamental nessa conexão.

Os enfermeiros também relataram, como fatores que dificultam o acolhimento em seu processo de trabalho e da equipe, a escassez de recursos humanos, a falta de capacitação da equipe, a grande demanda e a sobrecarga de trabalho. Como demonstrado nas falas abaixo:

[...] a gente tem muitos problemas em alguns funcionários com relação ao acolhimento porque aqui é uma unidade muito movimentada, e questão de marcação de exames, questão de marcação de consultas, principalmente agora nesse período que tá sem médico e muitos não entendem, a gente tenta explicar e aí tem poucos funcionários também que acabam sobrecarregando e, acaba que sempre um ou outro vai ser mal tratado, não é bem acolhido [...] (E1).

O acolhimento na UBS fica difícil por causa da nossa demanda [...] a demanda aqui, acho que é de quase dez mil pessoas, né? A gente tem, na minha equipe tem quatro mil seiscentas e vinte poucas famílias, a da colega tem três mil e poucas [...] sem contar que têm as áreas descobertas próximo daqui que a gente também não pode deixar de atender esse paciente [...] o treinamento de humanização, né? (E4).

O relato dos enfermeiros está de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, o qual afirma que, caso a população cadastrada, em cada equipe, seja maior do que a sua capacidade, o acolhimento ficará prejudicado, pois dificilmente se conseguirá realizá-lo, concomitantemente a outras atividades da equipe. Nessas situações, fazer uma redistribuição da população adstrita com outras equipes, implantar novas equipes ou aumentar a quantidade de profissionais das mesmas, redistribuindo as famílias, segundo o risco da área adstrita, são fundamentais (BRASIL, 2011).

Oliveira e Albuquerque (2008) encontraram em seus estudos que, os obstáculos, relacionados ao trabalho na ESF, não são apenas relacionados à organização das atividades da equipe, mas à grande demanda existente. Mesmo o Ministério da Saúde padronizando a quantidade de atendimentos e de famílias por equipe, a realidade de inúmeras equipes demonstra uma quantidade além da preconizada, gerando uma sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Em outro estudo, os enfermeiros apontaram a carência no número de profissionais para satisfazer as necessidades do serviço. Sendo que, quando o acolhimento é encarado como uma melhora na recepção, eleva-se a dificuldade para os trabalhadores. Tendo que atender e ouvir todas as pessoas que chegam, fato este que demanda tempo do profissional. E essa escuta qualificada gera não apenas ouvir, mas se responsabilizar pelo usuário (TEIXEIRA, 2003).

É imprescindível, então, compreender que o dimensionamento de pessoal se relaciona decisivamente com a eficácia e qualidade da assistência prestada. Podendo também gerar conflitos entre os profissionais e usuários, provocando graves consequências para os serviços de saúde (KURCGANT et al., 2005). Além disso, condições inadequadas para o trabalho gera estresse para o profissional,

conformismo e acomodação com as falhas do sistema (MARQUES-FERREIRA; BARREIRA-PENQUES; SANCHES-MARIN, 2014).

O acolhimento, portanto, no modelo de saúde atual, é um desafio para a edificação da integralidade do cuidado. Sendo assim, é necessário, além do cuidado ao usuário, cuidado também ao profissional de saúde, que vive em seu dia a dia sobrecarga de trabalho, gerando estresse, fadiga física e mental. Por isso, o acolhimento tem que estar presente também no processo de trabalho das equipes, através de programas de capacitação, momentos de escuta pela gestão e através de incentivos, melhoria nos salários, ou cuidado ao cuidador (SOUZA et al., 2008).

A necessidade de capacitação da equipe, relatada pelos profissionais do presente estudo, assemelhou-se com os resultados encontrados por Cambiriba e Costa (2010), os quais apontaram que na visão dos trabalhadores da ESF, para o desenvolvimento do acolhimento nas suas unidades, seria preciso realizar encontros motivacionais e capacitação dos profissionais.

De acordo com Carotta, Kawamura e Salazar (2009), na visão dos enfermeiros, para avançar com o acolhimento, é necessário utilizar a Educação Permanente (EP), que é uma ferramenta útil para refletir sobre as práticas profissionais no seu cotidiano de trabalho. Essa prática educativa, aplicada ao serviço, pode transformar relações, condutas, posturas, processos de trabalho, profissionais e equipes.

As dificuldades, evidenciadas pelos enfermeiros do presente estudo, vão desde a falta de recursos materiais, estrutura física adequada, recursos humanos capacitados e corretamente dimensionados. Por isso, para o acolhimento ser praticado efetivamente nas unidades de saúde, é necessária a participação de todos os envolvidos nesse processo, usuários, profissionais e gestores. Quando esse compromisso não é coletivo, as dificuldades se manifestam e se tornam empecilhos para que o acolhimento modifique os processos de trabalho das equipes, como proposto pela PNH.

Isso pode ser verificado também nos estudos de Marques-Ferreira, Barreira-Penques e Sanches-Marin (2014), nos quais os enfermeiros identificaram, como empecilhos ao acolhimento, a ausência de recursos humanos e materiais, deficiência quanto à organização do processo de trabalho das equipes, falta de capacitação e aplicação da Educação Permanente, além da não participação dos gestores no processo assistencial das unidades. Apontaram ainda ser essencial

garantir boas condições de trabalho, uma vez que a estrutura de um serviço se traduz em condição fundamental para o seu desenvolvimento.

Nessa subcategoria, percebe-se uma forte relação com a relevância política do acolhimento. As limitações, apresentadas pelos enfermeiros do estudo, refletem-se na deficiência do dever coletivo (usuários, profissionais e gestores) de se envolver nesse “estar com”, prejudicando assim, o processo de trabalho dos profissionais, como por exemplo, na escuta qualificada, interferindo, conseqüentemente, nas relevâncias ética e estética do acolhimento. Portanto, para a efetividade do mesmo, é imprescindível que trabalhadores, gestores e usuários estejam realmente envolvidos e comprometidos com a assistência à saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando as falas dos entrevistados, foi possível abstrair seus conhecimentos sobre o acolhimento e como têm sido suas práticas cotidianas, a partir do relato de suas vivências.

Sobre a compreensão que tiveram do acolhimento emergiram duas categorias temáticas, a *concepção relacional* e a *concepção assistencial*. A primeira referindo-se ao entendimento do acolhimento no âmbito das tecnologias leves, dando ênfase à escuta qualificada, atenção dada ao usuário e suas queixas, promovendo assim a geração de vínculo com o profissional de saúde, o que está de acordo com a literatura. Pois a ESF prevê um relacionamento mais próximo das equipes com os usuários e comunidade, sendo o acolhimento e vínculo fundamentais para essa aproximação.

Em relação ao acolhimento na *concepção assistencial*, os enfermeiros evidenciaram conhecê-lo não apenas em ouvir o que o usuário tem a dizer e formar vínculo com ele, mas também na responsabilização de tentar resolver as demandas que o levaram a procurar o serviço de saúde. Compreendendo que, se não pudessem resolver, tinham que encaminhá-los a outros profissionais ou serviços, de forma que o usuário tivesse a resolução de seus problemas. Essa visão do acolhimento também corrobora com a literatura.

Isso os leva a perceber que, para a efetividade do acolhimento, é indispensável, a existência de uma rede de assistência conectada e interligada, além da necessidade da intersetorialidade, para a garantia do cuidado integral, prerrogativa do SUS.

A análise das categorias e subcategorias, relacionadas às práticas dos enfermeiros, demonstrou que suas vivências têm sido de tentar escutar o usuário, suas queixas, procurando estabelecer vínculo com os mesmos e tentando resolver seus problemas, seja na própria UBS ou encaminhando-os a outros serviços assistenciais. Na tentativa de resolução desses problemas, muitas vezes, se deparam com dificuldades de acesso às consultas médicas, tendo que procurar garantir o atendimento dos casos que a seu ver não podem esperar o agendamento.

Vivenciam também, a dificuldade em sensibilizar toda a equipe para estar acolhendo os usuários que chegam à UBS, o que procuram superar através da tentativa de qualificar a equipe e fazendo reuniões com a mesma. Tendo o

entendimento que, para a prática do acolhimento, toda a equipe deve estar envolvida, e que o mesmo deve estar presente em todos os momentos do encontro do trabalhador com o usuário.

Na subcategoria *limitações do acolhimento*, ficou evidente que os enfermeiros encontram entraves em suas práticas, que os impossibilitam de vivenciarem um acolhimento como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Seja por inadequações na estrutura física das unidades, falta de materiais, insumos, equipamentos e manutenções dos mesmos. Ou até mesmo por falta de treinamento da equipe, ou número reduzido de profissionais nas unidades, que acaba sobrecarregando-os, além de uma demanda excessiva e a existência de áreas descobertas pelos ACS.

Durante a análise das categorias e subcategorias, percebeu-se ainda que as concepções e práticas dos enfermeiros sobre o acolhimento tinham relação com as relevâncias ética, estética e política do mesmo. No entanto, verificou-se que, em algumas situações, as relevâncias ética e estética foram prejudicadas pela deficiência na relevância política, relacionada ao descompromisso da gestão no envolvimento de questões essenciais para o acolhimento.

Portanto, apesar do esforço dos enfermeiros em vivenciar o acolhimento em suas práticas, deparam-se com condições que extrapolam a sua capacidade de resolução. Por isso, é fundamental que o acolhimento tenha a participação de todos os envolvidos, como está previsto em sua relevância política. É necessário o envolvimento da gestão nesse compromisso de “estar com”, não só oferecendo melhores condições de trabalho aos profissionais, como também garantindo a continuidade do cuidado prestado por eles, através de uma rede interligada de assistência. Efetivando, assim, o direito que o usuário tem de receber o cuidado integral, universal e resolutivo, assegurado pela constituição e pelo arcabouço de leis que regem o SUS.

Outro ponto a ser considerado, é a carência de qualificação de toda a equipe, podendo ser sanada, por meio de treinamentos e pela inserção da Educação Permanente no cotidiano de trabalho das equipes da ESF. Sendo essencial que todos os trabalhadores das unidades participem dessas capacitações. Além disso, o número de profissionais nas unidades deve se adequar às necessidades dos serviços. A quantidade de famílias cadastradas por equipe precisa estar em

conformidade com o que é orientado pelo MS, levando em consideração os critérios de risco de cada área, para fazer um dimensionamento eficiente.

Em relação às áreas descobertas pelos ACS, é notória a urgência em realizar o seletivo para a contratação dos mesmos. Aumentar o número de equipes no município, também é outra sugestão que contribuirá para resolução dos problemas relatados, objetivando atingir 100% de cobertura das equipes.

Sendo assim, para que o município de estudo avance em suas práticas de acolhimento, é fundamental que haja a integração dos gestores, profissionais de saúde e usuários, através de espaços dialógicos, nos quais os mesmos possam compartilhar as suas dificuldades e planejar ou pactuar juntos soluções cabíveis.

Vale ressaltar também, que as dificuldades identificadas são inúmeras e refletem a realidade de outros municípios brasileiros. No entanto, esforços devem ser feitos no sentido de avançar para a busca de uma assistência de qualidade aos usuários do sistema, visando assegurar aos mesmos uma atenção à saúde integral, acesso universal e resolutivo de suas demandas.

## REFERÊNCIAS

ALVES E SILVA, A. C. M. et al. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 159-69, 2010.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, Rio de Janeiro, v.3, n. 6, p. 60-62, ago. 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/ojs/index.php/praxis/article/view/35>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v.7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6490>> Acesso em: 20 mar. 2016.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.66, n.1, p. 123-127, jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/155/135>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BECK, C. L. C. et al. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 8, n. 2, p. 184-190, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8197/4924>>. Acesso em: 9 maio 2016.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p. 389-394, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141432832005000200014>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo (SP)**. 2005. 246 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/040923FL.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS: material de apoio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007c. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. p. 44.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. **Acolhimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 28agos. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O que é o HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/233-sas-raiz/humanizasus/l3-humanizasus/8608-quem-somos>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

CAMBIRIBA, M. S.; COSTA, M. A. R. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 9, n. 3, p. 494-502, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9545/6656>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARLI, R. D. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, jul./set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00626.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00626.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2016.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. supl. 1, p. 48-51, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29529/31394>>. Acesso em: 2 jul. 2016.

CARVALHO, A. M. A. et al. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n3/v11n3a14.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30841/000778033.pdf?sequence=1>>. Acesso em 3 jul. 2016.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

COSTA, L. B. et al. Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.

515-519, set. 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a18.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Equipe da Saúde da Família**. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=esf](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf)>. Acesso em: 29 ago. 2015.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J.N. et al. (Orgs.) **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p. 11-12.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

FARIA, R. S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha - MG**. 2014. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte. 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FERREIRA, M. L. S. M.; GALVÃO, M. T. G. Avaliação do risco de câncer de colo uterino em trabalhadoras de indústria têxtil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 8, n. 1, p. 86-92, jan./mar. 2009. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7780/4413>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FIORIN, B. H. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/205/117>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, jun. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2016.

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

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: Contradições e desafios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1999, Belo Horizonte – Campinas. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte, 1999. Disponível em: <[datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm](http://datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2016.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/268>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>>. Acesso em 20 ago. 2015.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

GOULART, B. M. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2013.

HOGA, L. A. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, mar. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100002>>. Acesso em: 20 maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Estados@ Maranhão**. Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ma>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **Banco de Dados**. Cidades: Maranhão, Caxias. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 30 jun. 2015b.

\_\_\_\_\_. **IBGE - Mapas**: Mapas Estaduais. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/images/7a12/estados//maranhao.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2016.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344 p.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES-FERREIRA, M. L.; BARREIRA-PENQUES, R. M.; SANCHES-MARIN, M. J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, Bogotá, v. 14, n. 2, p.216-225, maio. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972014000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MARTINS, P. C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 ago. 2015.

MARTINS, C. C. **Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por preferência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. 2012. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2012.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004. p. 249-259.

MEDEIROS et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de saúde pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-413, maio/jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

\_\_\_\_\_. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho de saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1992.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 237-246, ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

OLIVEIRA, A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.ufes.br/index.php/RBPS/article/viewFile/205/117>>. Acesso em: 9 set. 2015.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/586>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

ORTIZ J. N. et al. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 815-822, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>>. Acesso em 10 de jul. 2016.

RANGEL, R. F. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 498-504, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/24223/16236>>. Acesso em: 11 de jul. 2016.

ROA, R. R. et al. Abordagem centrada nas pessoas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 245-259, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/162/174>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SAES, S. O.; RAYS, J.; GATTI, M. A. N. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011. Disponível em: <[http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v30\\_n3\\_2011\\_art\\_05.pdf](http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v30_n3_2011_art_05.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 30-51, 2002. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_saude\\_v16n2.pdf#page=29](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n2.pdf#page=29)>. Acesso em: 9 jul. 2015.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 6. ed. Impetus, 2009. p. 385.

SCARDUA, M. T. **O agente comunitário de saúde na recepção das unidades de Atenção Primária**. 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Auroca, Rio de Janeiro. 2015.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1498-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

SCHOLZE, A. S.; D... JÚNIOR, C. F. D.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAXIAS. **Rede de serviços e recursos humanos**. Caxias, 2016.

SILVEIRA, M. F. A. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n.1, 2004. Disponível em:

<[http://luciafreitas.com.br/acolhimento\\_no\\_programa\\_saude\\_da\\_familia.pdf](http://luciafreitas.com.br/acolhimento_no_programa_saude_da_familia.pdf)>.  
Acesso em: 10 mar. 2015.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>>. Acesso em: 11 de jul. 2015.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl. 1, p. S100-S110, 2008. Disponível em: <[www.researchgate.net/profile/Paulo\\_Rocha6/publication/250026948\\_Acesso\\_e\\_acolhimento\\_na\\_ateno\\_bsica\\_uma\\_anlise\\_da\\_percepo\\_dos\\_usurios\\_e\\_profissionais\\_d\\_e\\_sade/links/5564593008ae9963a11fa80e.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Paulo_Rocha6/publication/250026948_Acesso_e_acolhimento_na_ateno_bsica_uma_anlise_da_percepo_dos_usurios_e_profissionais_d_e_sade/links/5564593008ae9963a11fa80e.pdf)>. Acesso em: 2 jul. 2016.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n2/09.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/ Instituto de Medicina Social, 2003. p. 89-111.

TESSER, C. D. et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 42-56, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/68/111>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

TESSER; C. D.; POLI NETO; P.; CAMPOS; G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 3, p. 3615-3624, 2010. Suplemento 3. Disponível em: <<http://racionalidadesmedicas.pro.br/wp-content/uploads/2011/06/Acolhimento-e-desmedicaliza%C3%A7%C3%A3o-social-um-desafio-para-as-equipes-de-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2016.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-93, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12423>>. Acesso em 15 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-14, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019)>. Acesso em: 11 jul. 2016.

VILAR, R. L. A. **Humanização na estratégia saúde da família**. 1. ed. São Paulo: Yendis, 2014.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9390/6087>>. Acesso em: 12 maio 2016.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**Título do estudo: Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Caracterização do participante:**

1.1. Nome: \_\_\_\_\_ 1.2. Idade: \_\_\_\_\_

1.3. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino ( ) não sabe

1.4. Estado civil: ( ) casado(a) ( ) união estável ( ) solteiro(a)

( ) outros: \_\_\_\_\_

1.5. Onde você reside? ( ) Caxias ( ) Outro município

1.6. Se mora em outro município, especificar: \_\_\_\_\_

1.7. Renda familiar:

( ) Até 03 salários mínimos (até R\$ 2.640,00).

( ) De 03 até 05 salários mínimos (de R\$ 2.640,00 até R\$ 4.400,00).

( ) De 05 até 08 salários mínimos (de R\$ 4.400,00 até R\$ 7.040,00).

( ) Superior a 08 salários mínimos (superior a R\$ 7.040,00).

1.8. Função/cargo que ocupa na equipe: \_\_\_\_\_

1.9. Escolaridade:

( ) primeiro grau incompleto

( ) terceiro grau completo

( ) primeiro grau completo

( ) pós-graduação especialização

( ) segundo grau incompleto

( ) pós-graduação mestrado

( ) segundo grau completo

( ) pós-graduação doutorado

( ) terceiro grau incompleto

1.10. Se possui nível superior, em que ano concluiu a graduação? \_\_\_\_

1.11. Se possui pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado), informar a (s) área (s)? \_\_\_\_\_

1.12. Possui pós-graduação na área da ESF? ( ) Sim ( ) Não

1.13. Trabalha na ESF há quanto tempo? \_\_\_\_\_

1.14. Está exercendo suas atividades profissionais nesta UBS há quanto tempo?  
\_\_\_\_\_

1.15. Qual a carga horária semanal de trabalho na UBS? \_\_\_\_\_

1.16. Possui outro(s) emprego(s)? \_\_\_\_\_

1.17. Se possui outro(s) emprego(s), qual(is) é/são a(s) carga(s) horária(s)?  
\_\_\_\_\_

## **2. Questões norteadoras do estudo:**

a) Para você, o que é acolhimento?

b) Como você tem vivenciado o acolhimento?

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**Título da pesquisa: Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas dos profissionais do município de Caxias (MA).**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos convidando o(a) senhor(a), profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Caxias (MA), para participar da pesquisa intitulada **“Acolhimento na Estratégia Saúde da Família (ESF): conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde”**.

- a) Os objetivos desta pesquisa são conhecer as práticas do acolhimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Caxias (MA); identificar o conhecimento sobre “acolhimento” entre esses profissionais e caracterizá-los quanto ao perfil socioeconômico e demográfico.
- b) Caso o senhor(a) participe da pesquisa, realizaremos uma entrevista com gravação, de aproximadamente uma hora de duração, na qual serão abordados o acolhimento na ESF, os conhecimentos e as práticas cotidianas dos profissionais.
- c) Os depoimentos serão gravados, porém não falaremos para outras pessoas que o senhor(a) está na pesquisa, nem dividiremos informações sobre o senhor(a) a quaisquer pessoas que não trabalhem na pesquisa. Tão logo a pesquisa termine, os depoimentos serão transcritos com códigos e a gravação será apagada, minimizando os possíveis riscos.
- d) É possível que, durante a entrevista o senhor(a) não se sinta confortável em responder alguma pergunta ou comentar sobre algum aspecto de sua vida e, se assim for, o senhor(a) pode cancelar a entrevista.
- e) Sua participação na pesquisa não terá nenhum custo. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.
- f) Pela sua participação na pesquisa você não receberá nenhum valor em dinheiro.
- g) Os benefícios desta pesquisa são a auto-reflexão sobre o acolhimento na ESF e sobre suas práticas profissionais, e a contribuição da riqueza de sua participação na entrevista à pesquisa científica. Essa auto-reflexão o levará a repensar em suas práticas profissionais, o que poderá trazer uma transformação nas mesmas.
- h) Os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao desconforto de envolver informações sobre sua vida pessoal, social e profissional, o que pode criar constrangimentos ao senhor(a), porém o desconforto e a vulnerabilidade serão atenuados pela liberdade de escolher o que deseja expor ou não. Outro risco é de sua identidade ser revelada, porém,

esse risco será minimizado, pois após a entrevista, os dados serão transcritos usando-se códigos para preservar a sua identidade e as gravações serão apagadas. Os dados que forem escritos nos relatórios ou publicados em artigos científicos não conterão seu nome, nem informações que possam identificá-lo.

i) A sua participação neste projeto é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

j) Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será em duas vias de igual teor e deverá, obrigatoriamente, conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante.

k) O senhor(a) pode fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa antes, durante e após a mesma.

l) Se for necessário qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, o senhor(a) pode entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão, pelos telefones (98) 3272-9706, (98) 99907-3147 das 08h00 às 17h00 durante a semana (de segunda a sexta-feira) ou pelo e-mail lenabarrosf@gmail.com.

m) Caso haja questões éticas relativas a esta pesquisa, o senhor(a), também, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 21091250. O endereço do Comitê de Ética é rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís (MA). O Comitê de Ética em Pesquisa é composto por um grupo de diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa, da qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no projeto a qualquer momento sem justificar minha decisão. Fui informado de que não haverá custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Caxias (MA),

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Lena Maria Barros Fonseca

Professora do Mestrado Profissional em

Saúde da Família

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

# ANEXO

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO UFMA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.

**Pesquisador:** Lena Maria Barros Fonsêca

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51797515.3.0000.5087

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.378.152

**Apresentação do Projeto:**

O estudo será desenvolvido no município de Caxias (MA), localizado na mesorregião do leste maranhense, norte do estado. O município possui 32 Unidades de Saúde da Família (USF) em seu território, sendo 21 na zona urbana e 11 na zona rural. São 50 equipes de saúde da família no total, 34 na zona urbana e 16 na zona rural, atingindo 64,56% de cobertura da população. Sendo assim, o presente estudo objetiva conhecer as práticas do acolhimento a partir da vivência dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Caxias (MA), identificar, nos mesmos, o conhecimento sobre "acolhimento" e caracterizá-los quanto ao perfil social, demográfico e econômico. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritiva a ser realizado com profissionais da ESF do município de Caxias (MA). Os dados serão coletados através da entrevista individual do tipo semiestruturada, utilizando-se para isso um formulário com perguntas abertas e fechadas, o qual conterà questões relacionadas às informações sociais, econômicas e demográficas dos participantes, como também as que se referem aos conhecimentos e práticas sobre acolhimento dos mesmos. Será utilizado na entrevista, para as questões abertas, um dispositivo de gravação de áudio digital. Serão incluídos no estudo os trabalhadores das equipes da ESF de acordo com os seguintes critérios: equipes que estejam completas com todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA **Município:** SÃO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708

**Fax:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.378.152

de consultório odontológico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde); que trabalhem na zona urbana do município de Caxias e exerçam suas atividades na ESF há pelo menos quatro meses (no período de coleta dos dados). Serão excluídos os trabalhadores que estiverem de licença, férias ou afastados, no período de coleta dos dados. Para coleta de dados, será realizado um sorteio de cinco trabalhadores por categoria profissional, existentes nas equipes de saúde da família, obedecendo aos critérios de inclusão. A coleta será realizada até a saturação dos dados. O estudo será realizado no período de junho de 2015 a abril de 2016, sendo que a coleta de dados está estimada para fevereiro e março de 2016. A análise dos dados será realizada através da análise de conteúdos. A coleta dos dados terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, e autorização para a pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Caxias (MA).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- 1- Conhecer as práticas do acolhimento a partir da vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Caxias (MA);
- 2- Identificar o conhecimento sobre "acolhimento" entre os profissionais que trabalham na ESF do município de Caxias (MA);

Objetivo Secundário:

- 1- Caracterizar os profissionais que trabalham na ESF do município de Caxias (MA) quanto ao perfil socioeconômico e demográfico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao desconforto de envolver informações sobre sua vida pessoal, social e profissional, o que pode criar constrangimentos ao senhor (a), porém o desconforto e a vulnerabilidade serão atenuados pela liberdade de escolher o que deseja expor ou não. Outro risco é de sua identidade ser revelada, porém, você será identificado através de códigos, o que preservará sua identidade e as gravações serão apagadas tão logo seja concluída a transcrição dos dados.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa são melhoria do acolhimento na ESF pela a auto-reflexão dos

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.378.152

profissionais sobre suas práticas profissionais o que poderá trazer uma transformação nas mesmas, além da contribuição para a pesquisa científica na área.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa apresentado tem o objetivo de conhecer as práticas do acolhimento a partir da vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Caxias (MA). A proposta é bem fundamentada e a metodologia é adequada para responder os objetivos estabelecidos pelos pesquisadores. Além disso apresenta o TCLE, cronograma e orçamento detalhado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São Apresentados os seguintes documentos:

- 1- Autorização Institucional.
- 2- Projeto
- 3- Explicitação de responsabilidade do pesquisador
- 4- Declaração de responsabilidade financeira
- 5- Termo de anuência
- 6- Termo de compromisso
- 7- Cronograma
- 8- TLCE

**Recomendações:**

- 1- mudar a hipótese, uma vez que a hipótese deve ser uma afirmação.
- 2- A data de execução deve ser revista. Isto se deve a necessidade da autorização do Comitê de Ética para iniciar a pesquisa.
- 3- Tornar mais claro os Critérios de Inclusão e Exclusão

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_628290.pdf	10/12/2015 02:36:17		Aceito

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.378.152

Outros	Autorizacao_Instituicao.pdf	10/12/2015 02:34:15	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	10/12/2015 02:24:28	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Explicitacao.pdf	10/12/2015 02:19:51	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_respon_Financeira.pdf	10/12/2015 02:16:32	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_anuencia.pdf	10/12/2015 02:10:40	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	10/12/2015 02:09:05	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	10/12/2015 01:56:35	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa.doc	10/12/2015 01:55:46	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/12/2015 01:36:41	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/12/2015 01:29:52	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 21 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br