

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Rose Tais Alves

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO: O ACESSO DO USUÁRIO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE INFLUENCIANDO NA REORGANIZAÇÃO
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
SAPUCAIA DO SUL/RS**

PORTO ALEGRE

2012

Rose Tais Alves

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO: O ACESSO DO USUÁRIO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE INFLUENCIANDO NA REORGANIZAÇÃO
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
SAPUCAIA DO SUL/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Ms. Dr. Takeyoshi Imasato

PORTO ALEGRE

2012

RESUMO

O acesso dos usuários aos serviços de saúde é uma preocupação constante no cotidiano das pessoas que necessitam de atendimento e também dos profissionais que fazem a assistência. Aumentar o acesso apenas não basta, mas sim qualificá-lo a fim de que se consiga trabalhar com integralidade nas ações contribuindo assim para melhorar a atenção e modificar as realidades de saúde da população. Neste trabalho objetivou-se analisar a prática do Acolhimento Humanizado sob a perspectiva do usuário e do profissional dos serviços de saúde concluindo-se que a assistência de saúde humanizada e com qualidade é responsabilidade de toda a equipe multiprofissional e garantida pela utilização do Acolhimento como ferramenta indispensável para a reorganização do processo de trabalho. Percebeu-se no decorrer do trabalho que a implantação do Acolhimento possibilitou modificações importantes e positivas na relação entre equipes e usuários, bem como permitiu uma nova organização nos processos de trabalho nas unidades de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Processo de trabalho; Humanização; Acesso; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The users' access to health services is a constant concern in the daily lives of people who need care and also the professionals who care. Increase access but just not enough to qualify it so that it can work with integrity in actions contributing to improve attention and change the realities of people's health. This work aimed to analyze the practice of Home Humanizing the perspective of the user and the professional health services concluded that the humanized health care and quality is the responsibility of the whole multidisciplinary team and guaranteed by the use of the Home as a tool essential for the reorganization of the work process. It was noticed in the course of the work that enabled the implementation of the Reception important and positive changes in the relationship between staff and users, and allowed a new organization in the work processes in healthcare facilities.

Keywords: Home, Work process; Humanization Access; Health Services.

SUMÁRIO

RESUMO.....	03
ABSTRACT.....	04
1 INTRODUÇÃO.....	06
2 JUSTIFICATIVA.....	08
3 OBJETIVOS.....	08
3.1 OBJETIVO GERAL.....	09
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	09
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
4.1 ACOLHIMENTO.....	10
4.2 O CUIDADO HUMANIZADO.....	11
5 METODOLOGIA.....	14
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	14
5.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	15
5.2.1 População Alvo.....	15
5.2.1.1. Amostra.....	15
5.2.2 Critérios de inclusão.....	16
5.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	16
5.4. INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	16
5.5. PLANOS DE COLETA DE DADOS.....	17
5.6. ANÁLISE DE DADOS.....	17
5.7. ASPÉCTOS ÉTICOS.....	18
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
6.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	19
6.2 DADOS QUALITATIVOS.....	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

As diretrizes de reformulação do Sistema de Saúde Brasileiro, consubstanciadas na Constituição Federal de 1988, referiam uma proposta de reforma do Estado, no campo da saúde, com objetivo de implantar uma lógica de administração para o atendimento pronto e eficaz às necessidades dos cidadãos (FRANÇA, 2001). Após a década de 70 com a expansão e crise do modelo médico-assistencial privatista com a conseqüente transição para a seguridade social o país sofreu grandes transformações em seu sistema de proteção social principalmente com a criação do SUS- Sistema Único de Saúde ao longo dos anos 1990. Com as principais diretrizes do SUS estabelecidas, Universalidade, Integralidade e Equidade surgiram um novo formato de atendimento a população com a descentralização das ações em saúde para os municípios, mas sem limites precisos de como se ofertaria as ações à população.

A Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003, com enfoque específico voltado ao atendimento da população estabelece novas organizações no modo de trabalho dos trabalhadores com conseqüente remodelação no acesso aos serviços. A PNH ou Humaniza SUS surge, então, como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre atenção e a gestão. Uma das propostas da Política Nacional de Humanização é a implantação do acolhimento que dentre outras funções implica na responsabilização da equipe pela integralidade no atendimento ao usuário.

A Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS afirma em BRASIL, 2006, p. 18 - 19:

O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS[...]É uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços[...]É uma tecnologia de encontro[...]Como ação técnico-assistencial, o acolhimento possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário[...]levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde.

As diretrizes norteadoras do SUS apontam que a resolutividade é um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação do sistema e na melhora do acesso aos serviços pelos usuários. Muitas vezes esta resolutividade se apresenta na forma de queixa-conduta, sem haver necessariamente uma apropriação pela equipe da real necessidade do usuário.

Assim, o Acolhimento visa nortear a ordem dos atendimentos baseado na classificação de risco dos usuários e não apenas classificá-los pela ordem de chegada.

Trata-se, portanto de uma tecnologia que procura garantir o atendimento ao usuário em situação de urgência/emergência assim como também garantir o agendamento dos usuários que tenham outras necessidades tais como exames preventivos, consultas de revisão, etc. Para tanto deve se construir um novo processo de trabalho que seja fundamentado na promoção de saúde e na humanização do atendimento. A partir da análise dos processos de trabalho, o Acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços, possibilitando avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2009).

Sapucaia do Sul é uma cidade com população estimada em 130.957 habitantes no ano de 2010, de acordo com informações fornecidas pela Fundação Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE, 2012), situada na região metropolitana de Porto Alegre. O Município dispõe de uma rede de atenção primária em saúde de 18 unidades de atendimento, entre estas, 05 unidades tradicionais de atenção básica e 13 equipes de saúde da família implantadas, o que corresponde a uma cobertura populacional de 30,5%, além da atenção básica em saúde o município conta também com uma rede de saúde composta por um serviço de pronto-atendimento, uma unidade central de atendimento especializado, um ambulatório de infectologia, uma clínica de saúde da mulher, um CAPS II, e um CAPS AD e a Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas.

Sapucaia do Sul é formada na baixa complexidade por 13 Unidades de Saúde da Família (USF), 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a rede de média complexidade composta por um Centro de Saúde Mental (CESAME), - Programa de Acolhimento Psicossocial Álcool e Drogas (PAD ad), Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), Unidade Central de Especialidades (UCE, Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e infectologia, e a rede de alta complexidade composta pelo Hospital Municipal Getúlio Vargas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Tendo como base essa premissas, vejamos adiante a implicação das equipes de saúde da família do município de Sapucaia do Sul no processo de implantação do Acolhimento, iniciado em agosto de 2011 em um momento de grandes transformações na Atenção Básica do município, assim como seus desafios, suas possibilidades, buscando mostrar os novos desenhos e arranjos formados pela rede de serviços na construção do Acolhimento no município de Sapucaia do Sul.

2. JUSTIFICATIVA

A organização dos serviços de saúde é um assunto de extrema importância nas discussões tanto dos trabalhadores em saúde como da população no que diz respeito ao processo de trabalho, organização da demanda, ampliação da cobertura e humanização.

A população, muitas vezes tem dificuldade de receber atenção integral aos seus problemas de saúde o que se percebe pelas longas filas que se formam em frente aos postos de saúde. Alia-se a essas complicações o despreparo de muitos profissionais da saúde em lidarem com os aspectos subjetivos das pessoas centralizando o olhar no corpo doente desviando-se do contexto familiar, individual e comunitário, prejudicando assim a organização dos serviços que são prestados à população. Nesse contexto, viabilizar formas de melhorar o atendimento à população que vislumbrem a diminuição dessas dificuldades e contribuir para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde através da reorganização do processo de trabalho com a implantação do Acolhimento possibilitando assim transformar a relação profissional/serviço de saúde e usuário no sentido de efetivar o Acolhimento como política pública para o remodelamento da Atenção básica no município de Sapucaia do Sul, e é neste sentido que se propõe realizar este estudo, de modo verificar como vem se efetivando esta proposta no município.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

- Analisar o processo de construção do Acolhimento Humanizado e suas interfaces no processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de Sapucaia do Sul.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever como passou a ocorrer o acesso dos usuários às unidades de Saúde da Família com a implantação do Acolhimento Humanizado pelas USF;

Verificar junto aos usuários e trabalhadores da USF como os mesmos percebiam o atendimento oferecido antes e percebem-no após a implantação do Acolhimento Humanizado;

Averiguar se com a implantação do Acolhimento Humanizado nas USF houve alguma mudança na atenção e no atendimento aos usuários.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. ACOLHIMENTO

O acolhimento deve ser visto com um encontro entre trabalhadores de saúde e os usuários, onde esse geralmente busca “constantemente” sua entrada nos serviços de saúde almejando o cuidado, ser ouvido, ter suas demandas atendidas. O acolhimento é apresentado como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitarem, possibilitando a reorganização do sistema de saúde. Temos na implantação do acolhimento a dicotomia da relação usuário-trabalhador nos serviços de saúde, o dialogo sendo peça primordial na criação de vínculos, propondo um acolhimento dialogado, criando-se o trabalho vivo em ato. O acolhimento pode ser visto como um dispositivo para ampliar acessibilidade aos serviços de saúde, sendo um espaço de voz do usuário e de troca de saberes entre os trabalhadores envolvidos no cuidado da população, também destacando a importância de o acolhimento ocorrer em todos os locais e momentos em uma unidade de saúde. (CAVALCANTE FILHO, et al 2009; NERY, et al 2009).

Quando se fala em acolhimento pensa-se logo como é possível realizar o mesmo no dia-a-dia de um serviço de saúde, com constante movimentação e circulação de usuários e profissionais? Como acolher muitas vezes diante da falta de recursos humanos, espaços físicos adequados? O acolhimento deve estar presente em todos os processos de trabalho e atender a todos que procuram os serviços de saúde, principalmente nas unidades de saúde da família, já que é esta o primeiro elo de ligação do usuário com o sistema de saúde.

Através de um atendimento com resolutividade, responsabilização e humanização, acolhendo, escutando e fornecendo todas as informações necessárias aos usuários como encaminhamentos adequados para outros serviços de saúde se assim for necessário, podemos tornar resolutivo o papel da USF. O acolhimento não pode ser entendido somente como uma forma de triagem de paciente e encaminhamentos para outros serviços, nem somente como um modo de proporcionar um ambiente confortável ao usuário, mas sim, selar um compromisso com o outro, compartilhando suas angústias e necessidades (BRASIL, 2006a).

Podemos considerar o acolhimento como uma tecnologia leve e que pode ser utilizada na implantação de novas praticas de saúde, buscando melhorar a maneira como os usuários e os trabalhadores se relacionam e tem suas demandas encaminhadas. Um dos

processos mais relevantes da interação indivíduo-ambiente está relacionado à conversão do espaço físico em espaço significativo para o indivíduo. O ambiente que oferecemos, não se referindo ao ambiente físico, possui função de impacto emocional sobre o sujeito, o que afeta diretamente a maneira que ele se relacionará com a equipe, com implicações tanto fisiológica, como psicológica. A equipe de enfermagem possui papel importante no encontro com os usuários que procuram atendimento, levando suas demandas, necessidades as unidades de saúde da família, sendo um momento impar cada encontro, que pode selar laços fortes de empatia se bem encaminhado (CORRALIZA, 1998; NERY, et al, 2009).

O Acolhimento nas práticas de saúde surge como um instrumento de trabalho adequado para os trabalhadores em saúde, não se limitando a recepção do usuário, mas sim, a uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde, como uma ferramenta para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, integrando a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política é norteada com valores como o protagonismo dos sujeitos, autonomia, ética, co-responsabilização, o estabelecimento de vínculos, valorizando a subjetividade dos sujeitos, tanto usuários como trabalhadores e gestores. O Acolhimento pode ser visto como: atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si, tudo atributos de atenção à saúde, enfim, a integralidade (FRANCO et al,1995; GOMES, PINHEIRO, 2005).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 assumindo a postura de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários, prestando assim um serviço com resolutividade e responsabilidade.

4.2. O CUIDADO HUMANIZADO

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. A humanização como ferramenta de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que os sujeitos quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si

próprios neste mesmo processo. A humanização trata-se, sobretudo, 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 formulando seu protagonismo (MARTINS, 2001; PESSINI, 2002; BRASIL, 2005; BARBOSA, SILVA, 2007).

Em uma unidade de saúde da família é oferecido serviço de baixa complexidade e alta resolutividade, com diversidade no atendimento prestado a usuários de saúde mental, gestantes, crianças, idosos, adultos, às vezes pequenos procedimentos, grupos, entre outros. Muitos desses usuários são vítimas da “desinformação”, assim exigindo agilidade e equilíbrio, uma abordagem e acolhimento de forma humanizada. O cuidado humanizado integra uma atitude amigável, demonstrando afetividade, paciência e respeito da equipe de saúde da família.

O cuidado deve ocorrer com plenitude e conhecimento. A rotina que envolve o ambiente da unidade deve fazer com que os membros da equipe não esqueçam a importância de tocar, conversar e ouvir o usuário que está na sua frente. Segundo Thomas e Carvalho (1999, p.51), “para integrar esse cuidado diário, é preciso absolvê-lo no dia-a-dia e mantê-lo como princípio de vida”.

Humanização só é possível quando o usuário é visto como um todo: ele possui suas características pessoais e particulares. Isso se torna essencial para um bom relacionamento nas unidades de saúde, sejam elas de baixa, média ou alta complexidade, o que certamente melhora a qualidade de atendimento. Observa-se na cultura brasileira, que pessoas de origem humilde freqüentemente agradecem o cuidado recebido como se estivesse obtendo um favor, ao invés de ver isso como um direito seu e um dever das pessoas que prestam assistência. (WALDOW, 2001).

A forma como o usuário se sente em um serviço de saúde, mais especificamente falando em uma unidade de saúde da família, vai refletir a maneira de trabalhar desta equipe, o quanto essa está comprometida com ele, qual o seu entendimento por cuidar e ao mesmo tempo não deixando de promover um cuidado humanizado. Essa relação entre sentir e conhecer o ambiente rompe com a dicotomia razão x emoção, tão estabelecida e validada na produção do conhecimento científico é o que se busca com a humanização do cuidado. Por tempos sem negligenciou as necessidades de escuta do usuário, embora ainda ocorra, mas no modelo de saúde da família, as necessidades emocionais do usuário são mais ouvidas, percebidas, levando em relação o vínculo estabelecido e a longitudinalidade do cuidado proposta. Observa-se que os usuários precisam de atendimento com humanização, não dependendo somente de elementos materiais para isso. Para mudar essa situação que nos

encontramos, dependemos de uma educação eficaz, que vise participação dos envolvidos, de uma melhora no relacionamento entre entidade e cliente, que inicie com uma administração eficaz, que disponibilize recursos técnico, antes de tudo, pessoal humano e comprometida com uma política clara e objetiva e voltada para sociedade (PINHEIRO; BOMFIM, 2009).

Lucchese (1996) salienta que a baixa qualidade da assistência oferecida pelo sistema de saúde é justificada pelo insuficiente repasse de verbas pelo SUS. Observa-se que os usuários precisam de atendimento com humanização, não dependendo somente de elementos materiais para isso. Para mudar essa situação que nos encontramos, dependemos de uma educação eficaz, que vise participação dos envolvidos, de uma melhora no relacionamento entre entidade e cliente, que inicie com uma administração eficaz, que disponibilize recursos técnicos, antes de tudo, pessoal humano e comprometido, com uma política clara e objetiva e voltada para sociedade.

Quando se fala em humanização diz-se que a saúde está desumanizada. Isto se deve ao fato de que a saúde ou a própria medicina sempre privilegiou as questões técnicas e biológicas, formando profissionais centrados na doença baseando-se na busca e interpretação dos sintomas, de pedaços, partes, sem levar em conta a subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, o sujeito em seu todo. Esse paradigma médico ultrapassou as fronteiras da medicina instalando-se na forma de organizar os serviços de saúde através dos Modelos Assistenciais. No Brasil o modelo hegemônico ainda é o médico-centrado, assistencialista, privatista, que preconiza o atendimento às doenças e sintomas, com enfoque curativo e tecnicista, com preferência no ambiente hospitalar, tecnologia dura, em detrimento das relações humanas (PAIM, 1999).

Para Pessini, citado por Backes (2005):

A humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, a fim de legitimar o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência (*apud* BACKES, 2005, p15).

O processo de humanização passa também pela percepção do ser humano em todas as dimensões e inter-relações. A relação do homem com o outro, que é sujeito de sentidos e sentimentos, que é autônomo na sua natureza. É o sentimento humano que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas e suscita abertura e acolhimento do diferente (BOFF, 1999). Nesse sentido o Acolhimento Humanizado torna-se fundamental como ferramenta para humanizar as relações tendo como premissas o respeito, o conhecimento sobre a subjetividade dos sujeitos, o que torna a relação entre os seres de extrema importância.

5. METODOLOGIA

Para que os objetivos propostos fossem alcançados, foi necessária a realização de contato com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Sapucaia do Sul. Pelo fato da vivência e trabalho que desempenho em uma das unidades de saúde da rede municipal foi um ponto facilitador.

Realizou-se um levantamento junto às unidades de saúde da família do município, identificando e descrevendo os entendimentos sobre acolhimento humanizado, tanto na visão do usuário como da equipe. Dentro deste processo foi assegurado um retorno do trabalho para as equipes de saúde.

5.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para esta pesquisa, optou-se pelo método qualitativo não deixando de lado as questões quantitativas. Entende-se que o método quantitativo preocupa-se com causas e efeitos, com o propósito de controlar eventos, e o método qualitativo tenta construir a realidade através de informações provenientes dos aspectos subjetivos envolvidos no estudo. A união dos dois métodos dá-se em vista as vantagens de um método poder compensar as limitações do outro, complementando assim as deficiências existentes em cada um dos estudos quando aplicados individualmente (SANTOS, 1999).

A pesquisa quantitativa utiliza a linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis. É utilizada quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa, ela torna possível estabelecer as prováveis causas a que estão submetidos o objeto de estudo, assim como descrever em detalhes o padrão de ocorrência dos eventos observados. Seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e produz resultados passíveis de generalização. O pesquisador descreve, explica e prediz (TEIXEIRA, 2001; 2004).

O estudo qualitativo busca entender os fenômenos segundo as perspectivas dos participantes do tema estudado, e a partir deste ponto o pesquisador situa sua interpretação em relação a esses fenômenos. A pesquisa qualitativa visa à construção da realidade, que não

pode ser quantificada, trabalhando com o universo de crenças, valores e significados (GODOY 1995; MARCONI, LAKATOS, 2004; MINAYO 2003; MINAYO, 2007).

5.2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

5.2.1 - População alvo

Foi composta por uma amostragem do total de USF do município de Sapucaia do Sul (total de 13 Unidades). Todos os serviços elegíveis, dentro dos parâmetros de escolha, participaram do sorteio das equipes que compuseram o estudo, as quais através de um questionário semi estruturado criado exclusivamente para este estudo, que buscava um levantamento das condições de promoção, atenção e cuidado a saúde dos usuários, descrevendo como passou a ocorrer o acesso dos usuários às unidades de Saúde da Família com a implantação do Acolhimento Humanizado pelas USF no município de Sapucaia do Sul. O questionário sobre “Acolhimento humanizado” (Apêndice A). A população em estudo foi formada por 4 usuários e 4 profissionais trabalhadores da unidade de saúde, escolhidos aleatoriamente em cada uma das unidades sorteadas para participarem do estudo.

5.2.1.1. Amostra

Para a seleção da amostra foi realizado um sorteio entre todas as equipes existentes no município, sendo cada uma representada por uma letra do alfabeto a começar pela letra “A” até contemplar todas as unidades. Após todas as unidades representadas serão colocadas às letras em um recipiente e solicitado ao Secretário Municipal de Saúde que realize o sorteio das unidades que representaram a amostra do estudo. Adotou-se como critério para escolha do número de unidades que participaram do estudo um “n” de 4 unidades, que representam trinta por cento (30%) das equipes. Em cada unidade sorteada foi aplicado o questionário a um usuário do serviço e um funcionário do quadro permanente do mesmo, ambos escolhidos aleatoriamente para que evitar que ocorra indução ou viés. A escolha dos profissionais para

participar da pesquisa ocorreu do mesmo modo das unidades que participaram do estudo, sendo colocadas letras que representam os nomes e solicitado ao coordenador do serviço que realize o sorteio, e em relação aos usuários, esses foram escolhidos aleatoriamente, conforme seu ingresso na unidade de saúde em seu horário de funcionamento.

5.2.2 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as USF existentes no município de Sapucaia do Sul e posteriormente foi realizado um sorteio entre todas para que fosse retiradas as quatro unidades que fizeram parte da avaliação em relação ao processo de Acolhimento Humanizado.

5.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Equipe de Saúde da Família;
- Usuários;
- Humanização;
- Acolhimento.

5.4. INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados a partir de um questionário elaborado especificamente para a pesquisa, contando com questões abertas e fechadas, encontra-se descrito no Apêndice “A”.

5.5. PLANO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados e informações iniciou a partir do momento que o projeto obteve o aval para o mesmo ser desenvolvido e a liberação por parte da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a execução do projeto e o sorteio das unidades realizado pelo secretário de saúde, será feito contato com os serviços elegidos. Os dados foram coletados pelo pesquisador em entrevistas individuais com cada pesquisado, através da aplicação do instrumento de pesquisa (Apêndice A). Foi realizado um encontro com cada entrevistado de modo aleatório, ou seja, sem dia pré definido, adotou-se como parâmetro de intervalo para realização o mês o projeto teve o aceite para realização do estudo junto a prefeitura.

Se caso o sujeito da pesquisa estivesse impossibilitado de escrever suas próprias respostas, seja por limitação física ou analfabetismo, o pesquisador após a leitura do instrumento de pesquisa para o pesquisado transcreveria as respostas conforme forem verbalizadas para o instrumento.

5.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram posteriormente organizados, em banco de dados para análise descritiva e tabulação. Foi realizada análise quantitativa e qualitativa dos mesmos.

Os dados foram analisados quanto às variáveis descritas.

Para a construção das tabelas deste estudo os dados foram digitados no Microsoft Office Excel 2007. Na análise qualitativa foram trabalhadas as questões abertas presentes nos instrumentos da pesquisa, e após leitura intensiva dos dados num segundo momento foi efetuada a categorização e sistematização. A análise dos dados foi realizada através da exploração temática do material, que consiste na codificação dos textos em unidade de registro (MINAYO, 2000).

5.7. ASPECTOS ÉTICOS

A viabilidade do estudo em questão dependeu diretamente do consentimento das instituições envolvidas na pesquisa.

Em relação à instituição, foi apresentado o projeto de pesquisa, o qual descrevia com detalhes os objetivos que o mesmo procurava atingir. A partir da aprovação da instituição envolvida, foi feito contato com as USF escolhidas, fazendo esclarecimentos dos objetivos deste projeto. Os locais que participaram do estudo receberam garantia de confidencialidade, anonimato, proteção de imagem, garantindo a utilização das informações para fins científicos de pesquisa.

Buscou-se utilizar uma linguagem e técnicas acessíveis, para facilitar a compreensão de todos. A participação por ser voluntária permitiu e garantiu a recusa em participar, sem que isso resultasse em prejuízos ou perdas de benefícios, bem como foi possível a desistência no decorrer da aplicação da pesquisa (OPAS/OMS, 1996; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Resolução 196/96).

Conforme a OPAS/OMS (1996), todos os aspectos estarão registrados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constavam também assinaturas, tanto do pesquisador, como do participante (Apêndice B).

Além disso, colocou-se à disposição da instituição envolvida e sociedade, a devolução dos resultados obtidos através deste estudo, mediante entrega de cópia do relatório de pesquisa e/ou de outra forma de apresentação que os locais julgarem oportuna.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 DADOS QUANTITATIVOS

O estudo foi composto por oito pessoas, quatro usuários e quatro funcionários dos serviços, de uma amostra de quatro equipes de saúde da família do total de 13 no município, sorteadas aleatoriamente e onde foram aplicados os questionários. Dessas quatro unidades posteriormente foram sorteados um profissional de cada uma delas e escolhido aleatoriamente um usuário por serviço. No início da aplicação da pesquisa foi questionado os usuários e profissionais da amostra da pesquisa seu conhecimento sobre acolhimento, se os mesmos já conheciam ou tinham ouvido falar sobre acolhimento, e pode perceber que 62,5 % dos entrevistados desconheciam o tema em estudo, 100% dos usuários não tinha ouvido falar sobre acolhimento em contra partida 75% dos trabalhadores já conheciam a temática como pode ser visto na tabela abaixo.

TABELA 1 – Conhecimento dos usuários e funcionários entrevistados sobre acolhimento.

Variável	Amostra	Conhecimento sobre acolhimento	%	Desconhecem sobre acolhimento	%
Trabalhadores					
SIM		3	75		
NÃO		1	25		
Total		4	100		
Usuários					
SIM		0	0	2	
NÃO		4	100	8	
Total		4			
Total		8	100	10	100

A tabela 2 refere-se à avaliação feita pelos usuários e funcionários entrevistados sobre mudanças nos serviços de saúde e serviços prestados aos usuários com a implantação do acolhimento. Revelou-se que 87,5% dos entrevistados visualizam mudanças no acesso e na maneira como os usuários são abordados nos serviços.

TABELA 2 – Percepção dos usuários e trabalhadores em relação há mudanças ocasionadas pelo acolhimento.

Variável	Amostra	SIM	%	NÃO	%
Acolhimento como gerador de mudanças no acesso					
Usuários		4	100	0	0
Trabalhadores		3	75	1	25
Total		7	87,5	1	12,5

A Tabela 3 trás o questionamento feito aos usuários e trabalhadores em relação a efetivação e implantação do acolhimentos nas praticas dos serviços de saúde da família e se os mesmos percebem dificuldades para que o mesmo se efetive. Os profissionais entrevistados em sua maioria (100%) afirmaram que sim e apenas 25% dos usuários entrevistados disseram que sim também como podemos ver na tabela abaixo.

TABELA 3 – Limitação para efetivação da implantação do acolhimento.

Variável	Amostra	SIM	%	NÃO	%
Limitação para efetivação da implantação do acolhimento segundo:					
Usuários		1	25	3	75
Trabalhadores		4	100	0	0
Total		5	60	3	40

6.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos foram analisados conforme a Análise de Conteúdo de Minayo, através da exploração temática do material, o que consistiu na codificação dos textos em unidade de registros (2000). Em relação aos dados obtidos na entrevista, chegou-se aos seguintes resultados:

6.2.1– O conhecimento sobre Acolhimento

Em relação ao conhecimento sobre acolhimento não foi possível dividir as respostas em grupos, pois dos oito entrevistados, apenas três, sendo eles trabalhadores da Rede de Serviço, manifestaram conhecer o assunto, o que resultou nas seguintes falas como se segue:

“É uma forma de escuta qualificada dos problemas da população de forma resolutiva” (Profissional/ESF “K”); “É uma espécie de informações ao paciente, triagem ambulatorial, não necessariamente um atendimento clínico”. (Profissional/ESF “B”); “É uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, um de seus dispositivos”. (Profissional/ESF “H”).

Ao falarmos em acolhimento não podemos restringir o conceito do mesmo ao problema da recepção da “demanda espontânea”. O acolhimento na porta de entrada das unidades de saúde só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. Como diretriz podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, construído a cada encontro e através dos encontros, portanto, como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potencia nos processos de produção de saúde. Embora se saiba que o acolhimento está vinculado ao modo de escuta que se faz informações passadas, não necessitando ser uma consulta clínica (BRASIL, 2006).

Em consonância com o autor Franco et al (1999), Acolhimento para os profissionais é atender 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.

6.2.2 – A abordagem aos usuários antes e após a implantação do Acolhimento

Relacionando à maneira que os usuários eram abordados, recebidos nos serviços das unidades de saúde antes da implantação do acolhimento e o modo como ocorre hoje após a implantação gerou respostas que foram divididas nos seguintes grupos: Acessibilidade ao serviço ; Resolutividade no acolhimento; A sobrecarga na mudança de foco.

6.2.2.1 – Acessibilidade ao serviço:

Dos oito integrantes da pesquisa, três usuários e quatro profissionais, relataram que com acolhimento os usuários passaram a ter mais acesso aos serviços da unidade, e mesmo não tendo sua consulta médica no dia são acolhidos e tem suas demandas encaminhadas. Fato este se exemplifica nas falas a seguir: (Profissional/ESF “A”): *“Antes era aquilo dos pacientes chegarem as cinco horas da manhã na fila, era dez, doze fichas e o décimo terceiro ia para casa sem atendimento, tinha que procurar outra unidade, hospital, não tinha isso de olhar, ver o paciente. Hoje o usuário que tem necessidade de atendimento, pelo menos o primeiro atendimento ele vai ter”.*

(Usuário/ESF “A”): “Antes eram distribuídas fichas, mas agora mudou para melhor. Antes tinha que vir às seis horas da manhã para tirar ficha. Agora é agendamento. Agora não precisa vir cedo. É hora marcada. Ficou bem melhor. Antes às vezes a gente não conseguia ficha e daí não era atendido e tinha que voltar no próximo dia”.

(Usuário/ESF “K”): “Tinha que vir de madrugada para pegar ficha eram dez, doze fichas e às vezes acabava as fichas logo. Era bem difícil conseguir atendimento, tinha gente que posava ou chegava cinco horas da manhã e as vezes não conseguia atendimento. Agora a gente vem e consegue agendar não precisa vir de madrugada, as vezes consegue consulta rápido e se for urgente consulta no mesmo dia”.

Um serviço de saúde que tem seu trabalho pautado nos princípios do SUS necessita buscar formas de acolher seus usuários diferentes daquela que, após passar horas em uma fila, recebe a informação de que não há mais consultas ou fichas. Para Ramos e Lima (2003) ao sentir-se acolhida, a população procura para além de seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

Perdura ainda em muitos lugares o acesso aos serviços por meio de fichas/dia, aonde os usuários para terem acesso a essas acabam por ter que adormecer e amanhecer em filas mesmo sem a garantia que conseguiram a mesma. O acesso às unidades de saúde e o acolhimento prestados por essas, articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios é importante qualificar o acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos que possam influenciar no acesso aos serviços. Visto que se tem o acolhimento como diretriz operacional dos serviços de saúde (BRASIL, 2006; LIMA et. al, 2007).

6.2.2.2 – Resolutividade no acolhimento:

Dos entrevistados, sete apontaram que com a implantação do acolhimento nas unidades de saúde do município, a abordagem aos usuários passou a ser mais resolutiva, como podemos perceber em algumas falas a seguir:

(Profissional/ ESF”K”): “Depois da implantação do acolhimento a gente escuta o paciente e através da escuta a gente classifica ele conforme o risco e encaminha ele onde terá atendimento, caso a própria unidade não consiga resolvê-lo”. (Profissional/ ESF “B”): “Antes havia fichas e agora é agendamento...Quem não conseguia voltava no outro dia para

tentar novamente. Agora é por agendamento, as consultas são agendadas por padrão, mas nos casos agudos passa o paciente para o ambulatório para a triagem”.(Usuário/ ESF “A”):... “Antes tinha que vir às seis horas da manhã para tirar ficha. Agora não precisa vir cedo. É hora marcada. Ficou bem melhor. Antes às vezes a gente não conseguia ficha e daí não era atendido e tinha que voltar no próximo dia”.(Usuário/ESF “K”):...”Era bem difícil conseguir atendimento, tinha gente que posava ou chegava cinco horas da manhã e às vezes não conseguia atendimento. Agora a gente vem e consegue agendar não precisa vir de madrugada”.

À medida que nos apropriamos desta ferramenta que se chama *Acolhimento*, podemos melhorar nossa maneira de atender nossos usuários desde a porta de entrada nos serviços de saúde, independente do nível de complexidade. A escuta qualificada, empregando critérios de classificação de risco em algumas vezes, estando disposto a ouvir e tentar ser resolutivo dentro de seu campo de atuação, só vem a beneficiar tanto os usuários como os serviços de saúde. O acesso dos usuários aos serviços de saúde é uma preocupação constante no cotidiano das pessoas que necessitam de atendimento, bem como dos profissionais que prestam o atendimento. Toda a equipe de saúde deve encontrar-se preparada e disposta para contornar os problemas decorrentes da estrutura física que muitas vezes há nos serviços, tentando viabilizar e facilitar o acesso aos serviços oferecidos (BRASIL, 2006; SOUZA, et al, 2008).

Nesse sentido pode-se visualizar a necessidade de reorganização do processo de trabalho, a fim de que haja um deslocamento do eixo central, ou seja, do médico para uma equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Ainda a esse respeito, Camelo et al (2000) chama a atenção para o fato de que não é o bastante agendar a consulta, realizar um procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar. É preciso mais. A qualidade do atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema.

6.2.2.3 – A sobrecarga na mudança de foco:

Embora tenha sido mencionado apenas por um entrevistado, tal temática serve para refletir sobre, quando, aonde e quem deve realizar o acolhimento e de que modo este deve ocorrer. Cabe a equipe tornar claro para o usuário o que significa ser acolhido em uma unidade de saúde. A resposta a seguir transcreve um pouco sobre isso:

(Profissional/ ESF “H”): “O acolhimento ainda não está entendido pela comunidade que entendem que o atendimento será médico, querem a resolutividade pelo médico. O que

conta é a consulta médica, não confiam no técnico ou na enfermagem. Aumentou a resolutividade com a implantação do acolhimento, mas também aumentou a carga de trabalho dos profissionais, o que gera descontentamento por parte dos profissionais, pois tem que atender toda a demanda, não importando a hora que o paciente chega. O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Para os profissionais, o acolhimento aparece como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, mas exige muito esforço e dedicação profissional. A pressão dos usuários pelo atendimento imediato, especificamente médico e a recusa de ser acolhido por outro profissional, a exemplo do auxiliar ou enfermeiro, antes de chegar ao médico, refletem-se na equipe como estresse, cansaço e busca por solução (SOUZA, et al. 2008; FALK, et al. 2010).

6.2.3 – Limitação para efetivação da implantação do acolhimento nas ESF

Entre os entrevistados, cinco responderam que percebem algumas limitações para implantação do acolhimento nas ESF, e estas limitações estão relacionadas ao modo de acesso aos serviços e a estrutura dos mesmos. Com base nestas informações criaram-se os seguintes grupos: O espaço físico e o acolhimento; Quadro funcional reduzido; Resistência a mudanças.

6.2.3.1 – O espaço físico e o acolhimento:

Os espaços oferecidos pelas unidades muitas vezes não oferecem acomodações adequadas para que se possam acolher os usuários de modo adequado. Levando em consideração que muitas são unidades antigas, sem reformas e adequação dos espaços ao aumento da população dificulta um acolhimento mais adequado como se percebe nas falas a seguir: *(Profissional/ESF “B”): “A equipe muito pequena para acolher a todos e a população é muito grande. Estratégia é sinônimo de qualidade, assim fica difícil ter qualidade, pois vai passando os atendimentos muito rápidos”.*

(Profissional/ ESF “H”): “Recursos humanos que às vezes são insuficientes, espaço físico insuficiente, pois se acolhe às vezes no mesmo lugar onde está sendo feito o curativo, falta de referência e falta de cobertura de ESF aumentando muito a demanda de pessoas não cadastradas nas unidades onde buscam o atendimento”.

Para Neves e Rollo (2006), o acolhimento não pode se resumir a um espaço ou um local, mas sim à uma postura ética, não pressupondo hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angustias e invenções tomando para si a

responsabilidade de tentar ser resolutivo na demanda que vem do usuário que procura o serviço. O acolhimento não se constitui como uma etapa de um processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

6.2.3.2 – Quadro funcional reduzido:

O aumento da população e o aumento do acesso aos serviços das unidades, a busca por informações e as demandas diárias, faz com que pensemos na necessidade de adequar o quadro de funcionários para melhor ofertar atendimento e um acolhimento de acordo com as normativas do ministério da saúde. As falas que contemplam este grupo se descrevem também no grupo anterior.

“..a equipe é muito pequena para acolher a todos e a população é muito grande”. “Os recursos humanos que às vezes são insuficientes...”

Conforme as falas anteriores, pode-se perceber que de acordo com Souza, et. al (2008), há existência de condições desfavoráveis para a realização e efetivação do acolhimento, com grande demanda e sobrecarga de trabalho, aumento da pressão pela busca de atendimentos, comprometendo agendas de atividades grupais intra-equipe e com os usuários. Acaba sendo um gerador de estresse e cansaço, ficando evidente que os profissionais carecem também de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador).

6.2.3.3 – Resistência a mudanças:

As mudanças geralmente fazem com que as pessoas se “movimentem” e isso para alguns podem gerar desconforto, pois fará com que se mecham, com os usuários de um serviço não é diferente, percebe-se que mesmo as mudanças que são pra trazer melhorias no atendimento aos usuários alguns ainda resistem à mesma. Isso ficou evidenciado nas falas que se seguem: *(Profissional/ ESF “A”): “Por parte de alguns usuários, alguns ainda querem pegar ficha, acham melhor do que agendar”.*

(Profissional/ ESF “K”): “A maioria da população prefere ficha e a gestão que impôs o acolhimento para a população sem explicar como funciona o acolhimento”.

Em relação a mudanças, Barbosa et al (2007), afirma que ela deve ocorrer de forma lenta e gradativa sendo que o agendamento deve demorar algum tempo para ser consolidado, mas se for construído sob bases sólidas e de maneira resolutiva, a população poderá vir a se constituir em grande aliada desse novo modelo de atenção.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental à equipe conhecer como os usuários avaliam o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento. Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. O processo de Acolhimento deve iniciar desde o momento da chegada do usuário à unidade. O usuário deverá ser informado, orientado e esclarecido sobre o funcionamento da mesma. Os profissionais da unidade devem valorizar em qualquer momento os conhecimentos e crenças dos usuários, procurando adequá-los aos conceitos atuais. Todos os profissionais da equipe deverão estar aptos para participar deste processo, utilizando uma mesma linguagem. O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissionais no atendimento. Alguns usuários ainda encontram-se “apegados” ao modelo de ficha-dia, filas, e deste modo a mudança no modelo de abordagem do usuário nos serviços de saúde gera ainda uma certa resistência, mesmo que a mudança seja pra melhor (LIMA, et. al 2007).

Com a implantação do acolhimento percebe-se que muitas demandas foram sendo resolvidas, bem como visualizando que muitas não careciam de consultas médicas. Na medida em que o Acolhimento vem sendo efetivado nas unidades de saúde da família do município de Sapucaia do Sul pode-se perceber por parte da maioria dos profissionais e dos usuários o quanto o trabalho rende mais, o quanto as ações e atividades são otimizadas e como o respeito e a procura pela equipe de saúde da família são intensificados. Mas infelizmente não são todos os profissionais e usuários que compreendem o que realmente significa o Acolhimento, os seus objetivos e benefícios, tanto para a equipe quanto para os usuários da Estratégia Saúde da Família.

Diante do exposto neste trabalho, percebe-se que o Acolhimento pode colaborar para a garantia de um atendimento qualitativo e humanizado facilitando a promoção de uma assistência integral de forma que cada profissional possua uma visão integral do ser humano que adentra as unidades de saúde. Mas essa realidade só poderá existir se o Acolhimento for entendido como um processo de responsabilização de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho de uma equipe qualificada e capacitada para tal juntamente com uma postura acolhedora e ética por parte de todos os envolvidos neste processo.

Por fim, conclui-se aqui que ainda há muito a ser trabalhado em termos de acesso e acolhimento nas unidades de saúde, acesso e acolhimento constituem-se como desafios na

construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde, com vistas à efetivar e qualificar o atendimento, buscando alcançar a integralidade e a resolutividade do cuidado, buscando a concretização de um modelo de cuidado humanizado, centrado nas necessidades do usuário (LIMA, et. al 2007; SOUZA, et al. 2008; FALK, et al. 2010). Dessa maneira qualificar e capacitar a equipe multiprofissional para desenvolver o Acolhimento, sensibilizar a população sobre os limites na implantação do Acolhimento são de extrema importância na construção desse processo de Humanização na saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, DS; LUNARDI FILHO, WD; LUNARDI VL. A construção de um processo disciplinar de humanização à luz de Freire. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**: A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar. FURG. 2005. 15p.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Oct. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000500012&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>.

BARBOSA, AAA, BRITO, EWG, COSTA ICC. **Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município**. Ciência Odontológica Brasileira 2007; 10:53-60.

BOFF L. **Saber cuidar: Ética do humano- compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde **Política nacional de humanização. Humaniza SUS**. 2005 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389. Acesso em: 12 de março. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília, v.4, p.60. 2006.a.

_____. Portarias nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=3082>. Acesso em: 19 de julho de 2009.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. p.226

CAMELO, SHH, et. al **Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.** Rev.latino-am.enfermagem 2000; 8(4):30-37.

CAVALCANTE FILHO, João Batista et al . Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400007>.

CORRALIZA, J. A.. Emoción y ambiente. In J. I. Aragonés, & M. Américo. **Psicología ambiental**. Madrid, España: Ediciones Pirâmide. 1998. 281-302p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos: Resolução 1896/96.** Brasília, 1996. 17p.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues, et. al. **Acolhimento como Dispositivo de Humanização: Percepção do Usuário e do Trabalhador em Saúde.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010.

FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** Betim, MG. Caderno de Saúde Pública, v.15, p. 345-53. 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> . Acesso em 17 de fevereiro de 2012.

GODOY, Arilda, S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas, v.35, n.2, p.57-63, mar./abr. 1995.

GOMES, MCP; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface-Comunic, Saúde, Educ, v.9, n17, p.287-301, mar/ago. 2005.

LIMA, Maria Alice as Silva, et.al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** Acta Paul Enferm, v.20 (1), p.07-12. 2007.

LUCCHESI, Patrícia T.R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990-1995.** Planejamento e Políticas Públicas, v.14, p.15-75. 1996.

MARCONI, Marina de Andrade; LACATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004. 312p.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Caminhos do pensamento: Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2003. 379 p.

MINAYO, Maria Cecília De Souza (org). **Pesquisa Social - Teoria Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2007.108 p.

NERY, Sônia Regina et al . Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800014&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800014>.

NEVES, Claudia Abbês Baeta, ROLLO, Adail. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Edição. 2006. Brasília- DF.

OPAS/OMS. Unidad de Enfermedades Transmisibles. Área de Prevención y Control de enfermedades: **Normas éticas para investigaciones com sujetos humanos**. Washington, 1996. 7p.

PAIM, JS. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In, ROUQUAYROL, MZ e ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 473-87p.

PESSINI, L. **Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar**. Bioética, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.cfm.org.br> . Acesso em: 25 de março 2011.

PINHEIRO, Glicia Rodrigues e BOMFIN, Zulmira Áurea Cruz. Revista **Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.9, n.1, p. 45-74, mar. 2009.

SANTOS, Sílvia, R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n.6, p.401-406. 1999.

SOUZA, Elizabeth, et. al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n 1, p.100 - 110, 2008.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As Três Metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 4.ed. Belém. UNAMA, 2001. 208p.

TEIXEIRA, Elizabeth; RANIERI, Maria Santana Soares. **Diretrizes para a Elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso.** 2.ed. Belém.EDUEPA , 2004. 104p.

THOMAS, Claricia; CARVALHO, Vivina Lanzarini. **O cuidado ao término de uma caminhada.** 1 ed. Santa Maria: Palloti, 1999.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano o resgate necessário.** 3. ed., Porto Alegre: Sagra, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A (Questionário)**Acolhimento humanizado**

Ano: _____

Unidade de Saúde: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ anos

1) Você já tinha ouvido falar em acolhimento?

() Sim () Não - Se sim, responda a questão seguinte:

2) O que você sabe sobre Acolhimento Humanizado?

3) Como era feito a abordagem aos usuários que procuravam os serviços da unidade antes da implantação do acolhimento e como ocorre hoje após a implantação?

4) Você acha que houve mudanças no acesso e na maneira que os usuários são abordados hoje após a implantação do Acolhimento Humanizado:

() sim ou () não

5) Você visualiza alguma (s) limitação (ões) para efetivação da implantação do acolhimento:

() Sim () Não

Se sim, cite-as:

Apêndice B

(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

O processo de humanização esta entre as prioridades da Política Nacional de Humanização do Ministério da saúde, e buscando efetivação desse processo podemos pensar na maneira como acolhemos os usuários que utilizam os serviços de saúde, mais especificamente falando, as unidades de saúde da família.

Este trabalho tem como objetivo, avaliar de que maneira o Processo de Acolhimento Humanizado pode influenciar nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de Sapucaia do Sul.

Sendo assim, você está sendo convidado a participar deste estudo, que será de fundamental importância para o conhecimento e aprimoramento do processo de acolhimento humanizado nas USF.

Para participar da pesquisa você precisará responder um questionário que contém questões sobre alguns aspectos relacionados ao acolhimento;

Se alguma das perguntas lhe deixar desconfortável ou confuso, você poderá deixar de responder o questionário e até interromper a pesquisa;

Caso não queira participar do estudo, nenhum prejuízo ocorrerá no seu atendimento aqui no serviço ou em suas atribuições no mesmo;

Todas as informações contidas neste questionário serão utilizadas somente para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa respeitando o anonimato de cada pesquisado;

Todos os dados colhidos, serão analisados sob forma de tabelas e gráficos e não haverá identificação individual dos participantes do estudo.

O pesquisador Responsável por este projeto de Pesquisa é _Rose Tais de Marques Alves Fone(51) 96627547

Data: ___/___/___

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção.

Nome e assinatura do
Usuário/Funcionário

Nome e assinatura do
Responsável legal, quando for
o caso

Nome e assinatura do
Responsável pela pesquisa

Apêndice C (Carta de Apresentação)

Para: Sr. Secretário Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

Digníssimo, Sr. Eloir Winck

APRESENTAÇÃO

Apresentamos a aluna do curso de Pós Graduação da UFRGS **ROSE TAIS DE MARQUES ALVES**, pós-graduanda do curso Gestão em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com CNPJ, que deseja fazer uma pesquisa de campo, nessa instituição, no período de março de 2012, no turno diurno, para aplicação de um questionário, referente a uma pesquisa científica, cujo título é: **ACOLHIMENTO HUMANIZADO: O ACESSO DO USUÁRIO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFLUENCIANDO NA REORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS**, tendo como orientador o professor Takeyoshi Imasato.

Porto Alegre, 28de fevereiro de 2012.

Dr^a Mariana Baldi

Coordenadora do Curso de Pós Graduação da UFRGS