



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

MARINA SHINZATO CAMELO

**ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA  
REGIONAL DA CEILÂNDIA/DF**

Brasília

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

MARINA SHINZATO CAMELO

**ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA  
REGIONAL DA CEILÂNDIA/DF**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem  
apresentado à Faculdade de Ceilândia da  
Universidade de Brasília como parte dos  
requisitos necessários para a obtenção do título  
de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Tania Cristina Morais  
Santa Barbara Rehem

Brasília

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

CAMELO, Marina Shinzato.

Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Regional da Ceilândia/DF/Marina Shinzato Camelo. 2014. 60f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Orientador: Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

1. Acolhimento. 2. Atenção Básica. 3. Enfermagem. I. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Regional da Ceilândia

**ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA  
REGIONAL DA CEILÂNDIA**

MARINA SHINZATO CAMELO

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem  
Orientadora

---

Prof(a). Dra. Walterlania Silva Santos  
Avaliadora

---

Prof(a). Dra. Josiane Maria Oliveira de Souza  
Avaliadora

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais e irmão. A todos colegas que dividiram comigo esses maravilhosos anos de graduação. Aos mestres que sempre foram referência de excelência, dedicação e humanidade, e aos profissionais que participaram deste estudo.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por Sua primazia em minha vida. Por permitir que eu chegasse até este momento contemplando em cada etapa sua infinita misericórdia e cuidado por mim. Por me mostrar a cada dia que o que realmente importa é o tanto que se ama. Por me dar um coração inflamado por esse Amor, que tudo é capaz de realizar e a se dispor. A Ele todo meu coração, meu amor e gratidão. À Maria Santíssima, que como mãe intercedeu por toda esta trajetória, guiando-me com seu exemplo de mulher, pura, doce e santa.

Aos meus pais muito amados João e Vera, que ao se decidirem por nossa família, o fizeram por inteiro, dando tudo por mim e meu irmão, sendo sempre referência de amor, carinho, trabalho e dedicação e principalmente por nos terem ensinado a fazer sempre a coisa certa, mesmo que o resto do mundo faça o contrário.

Ao meu maninho Pedro, por me agüentar desde sempre, com sua paciência e forma única de amar e se importar. Por seu coração sensível e reto, apaixonado pela vida e cheio de sonhos.

À minha madrinha Tia Ilse por estar sempre bem perto, acompanhando cada passo, sonho e conquista. Por não me deixar esquecer a importância dos estudos e me incentivar a nunca desistir.

A toda minha família, por ser este grande presente de Deus. Em especial aos meus afilhados João Gabriel e Bárbara, por serem anjos e me ensinarem uma nova forma de amar e cuidar. Às minhas primas Gabi e Lorena por serem as melhores irmãs que nunca tive.

Aos meus amigos queridos por dividirem este tempo e a vida comigo, em especial Mari, Samira, Flávio, Zé, Guga, Wisley, Aninha, Pequena, Andressa, Lene, Érica, Rodrigo, Paulo, Iza, Duda, Léo e toda Turma mais Bonita da Cidade por fazer dessa graduação um tempo de muitas alegrias. À Babi, minha parceira desde sempre no Acolhimento. Aos amigos que são uma promessa de Deus para minha vida: Nara, Camilinha, Mathi, Amanda, Maga, Dani, Adri, Tetê, Lisi, Thais, Carol, Pabline, Gui, Jorge, Matheus, Fê e Lais.

À professora Diana por me acolher desde o início do curso, sendo minha mentora e iniciando minha paixão pelo SUS, pelo Acolhimento e pela pesquisa em saúde.

À professora Tânia, que me orientou com muito zelo, carinho, empenho, paciência e dedicação. Por sua parceria sem igual, fundamental para a realização deste trabalho.

*“Muitas vezes as pessoas são egocêntricas, ilógicas e insensatas.  
Perdoe-as assim mesmo.*

*Se você é gentil, as pessoas podem acusá-lo de interesseiro.  
Seja gentil assim mesmo.*

*Se você é um vencedor, terá alguns falsos amigos e alguns inimigos verdadeiros.  
Vença assim mesmo.*

*Se você é honesto e franco, as pessoas podem enganá-lo.  
Seja honesto e franco assim mesmo.*

*O que você levou anos para construir, alguém pode destruir de uma hora para outra.  
Construa assim mesmo.*

*Se você tem paz e é feliz, as pessoas podem sentir inveja.  
Seja feliz assim mesmo.*

*O bem que você faz hoje, pode ser esquecido amanhã.  
Faça o bem assim mesmo.*

*Dê ao mundo o melhor de você, mas isso pode não ser o bastante.  
Dê o melhor de você assim mesmo.*

*Veja você que, no final das contas, é tudo entre você e Deus.  
Nunca foi entre você e os outros.”*

*Beata Madre Teresa de Calcutá*

CAMELO, Marina Shinzato. **Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Regional da Ceilândia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014. 60 p.

## RESUMO

**Introdução:** O Acolhimento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde é concebido como tecnologia e estratégia para reestruturação do processo de trabalho das equipes, sendo recomendado que seja realizado, considerando entre outros aspectos, com escuta qualificada, classificação de risco e equipe multiprofissional. Considerando a recomendação de que o acolhimento deve ser inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, se justifica a realização de estudos para compreender como ocorre esse processo nas Unidades Básicas de Saúde. **Objetivo:** Compreender o processo de Acolhimento das Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia. **Metodologia:** Estudo exploratório, transversal e de abordagem qualitativa desenvolvido no período de quatro meses nas Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia com 10 enfermeiros que trabalhavam com o Acolhimento na unidade. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, e para análise dos dados adotou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Dos dez entrevistados, nove eram do sexo feminino. Com predomínio de 50% na faixa etária de  $\geq 26$  e  $\leq 38$  anos. O tempo de formação variou de  $\geq 3$  a  $< 33$  anos, foi em média 12 anos e 6 meses. O tempo de trabalho na unidade foi em média de 3 anos e 1 mês, variando de  $\geq 3$  meses a  $< 14$  anos. O tempo de trabalho na Secretaria de Saúde foi em média 11 anos e 10 meses, variando de  $\geq 3$  anos a  $< 33$  anos. O tempo de trabalho no acolhimento foi em média de 3 anos e 4 meses, variando de  $\geq 2$  meses a  $< 14$  anos. A partir da análise dos discursos emergiram como categorias empíricas o acesso e o processo de trabalho. **Considerações finais:** Foi possível concluir a partir deste estudo que o Acolhimento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Regional de Ceilândia, mas não de forma estruturada nem embasada no que está preconizado pelo Ministério da Saúde. Ou seja, a lógica de atendimento predominante ainda é por ordem de chegada. Recomenda-se que o Acolhimento seja implantado, simultaneamente com a organização do sistema local de saúde, pois para que o mesmo seja resolutivo, é necessário que exista um efetivo sistema de referência e contra referência de forma a garantir a integralidade da assistência.



**Descritores:** Acolhimento; Atenção Básica; Enfermagem.

CAMELO, Marina Shinzato. **User Embracement in Primary Care Units in Ceilândia's Regional.** Completion of course work (Nursing course) – University of Brasília, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2014. 60 p.

## ABSTRACT

**Introduction:** The User Embracement as it is recommended by the Ministry of Health is designed as a technology and strategy for the restructuring of the team work process, and strongly recommended to be performed, with a qualified hearing, risk classification and a multiprofessional team. Considering the recommendation that the User Embracement should be inherent in the work process of primary care teams, it is justified the realization of studies to understand how this process in Primary Care Units occurs. **Objective:** To understand the process of User Embracement at Primary Care Units in Ceilândia's Regional. **Methodology:** An exploratory, cross-sectional and qualitative approach developed in four months at Primary Care Units at Ceilândia, with ten nurses who were working in the unit with User Embracement. Semi-structured interviews were used for data analysis and it was adopted the technique of content analysis proposed by Bardin. **Results:** Among the ten interviewed, nine were women. With a 50% prevalence in the age group  $\geq 26$  and  $\leq 38$  years. The time since graduation varied from  $\geq 3$  to  $< 33$  years, was on average 12 years and 6 months. The working time in the unit was an average of 3 years and 1 month, ranging from  $\geq 3$  months to  $< 14$  years. The working time in Secretariat of Health was on average 11 years and 10 months, ranging from  $\geq 3$  years to  $< 33$  years. The working time in the User Embracement was on average 3 years and 4 months, ranging from  $\geq 2$  months to  $< 14$  years. From analyzing the speeches the empirical categories that emerged were access and work process. **Final Considerations:** It was possible to conclude from this study that the User Embracement is conducted at the Primary Care Units in the Ceilândia's Regional, but not grounded in what is recommended by the Ministry of Health. The logic of the units is predominantly the order of arrival. It is recommended that the User Embracement needs to be effectively implemented, simultaneously with the organization of the local health system, there must be an effective reference and counter reference to ensure comprehensive care system.

**Keywords:** User Embrace; Primary Care; Nursing.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CS – Centro de Saúde

DF – Distrito Federal

ENF - Enfermeiro

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

IC – Iniciação Científica

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

RA – Região Administrativa

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS .....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipologia.....	26
4.2 Local de estudo.....	26
4.3 Amostragem.....	27
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	27
4.5 Coleta de dados.....	28
4.6 Análise dos dados.....	29
4.7 Aspectos éticos legais.....	29
5. RESULTADOS.....	30
6. DISCUSSÃO.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE	

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde passou a ser reconhecida internacionalmente como um direito a partir de 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Organização das Nações Unidas. Em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, a Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como um direito humano universal (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) fundado há mais de vinte anos, passou por diversas transformações até chegar à sua conformação atual. Nos anos 70, a Reforma Sanitária buscou garantir no Brasil, a saúde como um direito individual que deveria ser traduzido em um acesso universal a um sistema público de saúde, solidário e inclusivo. (BRASIL, 2006c) A Reforma Sanitária deu o marco inicial para a criação do SUS, dessa forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, demarcou um novo período na história da saúde no país. Houve uma grande representatividade social na 8ª CNS, trazendo a participação da sociedade civil para o debate das políticas e programas de governo (CARVALHO, 1995).

A Constituição Federal de 1988 institucionalizou o SUS, firmada na busca por um acesso à saúde que fosse universal e igualitário, e fornecesse um atendimento integral, dessa forma em todo o território brasileiro (BRASIL, 2003). Seu artigo 196 fundamenta que a saúde,

[...] como um direito de todos e dever do Estado, deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No período seguinte à promulgação da Constituição Federal de 1988, foram criadas as leis orgânicas da saúde, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, para regulamentar o SUS. A lei n. 8.080/90 decide sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, também como se dará a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição Federal, para normatizar as ações em todo território nacional (BRASIL, 2011a).

As Leis Orgânicas da Saúde incorporaram os princípios constitucional, federal e estadual e trazem para os municípios nova função diante do Sistema Único de Saúde. A integralidade, enquanto princípio está detalhado como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços em todos os níveis do sistema, que podem ser de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo (BRASIL, 2001a).

A descentralização político-administrativa é acentuada partir da municipalização das ações e serviços de saúde, pois os municípios passam a contar com redistribuição de atribuições e recursos para seu fortalecimento. Com a municipalização dos serviços muitas mudanças foram observadas, dentre elas a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1997, e efetivamente implantado no primeiro semestre de 1998, alterando o mecanismo financiamento do SUS (BRASIL, 2001b).

A lógica do pagamento por produção, modelo que era criticado por dar ênfase ao financiamento da doença em detrimento da atenção integral à saúde e privilegiar as localidades que já possuíam estrutura de serviço, evoluiu para a o financiamento per capita voltado para ações básicas de saúde (SILVA e DRAIBE, 2001). Assim o PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica, e de uma parte variável pertencente a incentivos voltados para ações específicas da atenção básica, sendo esta parte definida por critérios específicos de cada programa ( BRASIL, 2000).

A Portaria GM/MS n. 204/2007 define que o alcance das metas pactuadas pode ser valorizado com premiações, incentivos salariais, bônus ou outros mecanismos definidos à nível local. Se todas as equipes alcançam suas metas, o município também as alcançará, e também poderá receber aumentos nos valores do PAB, sendo um incentivo para alcance das metas da Atenção Primária à Saúde (APS).

Atenção Primária no Brasil passou por várias mudanças até a forma como é conhecida atualmente. A perspectiva da APS era focalizada, entendida como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social. O surgimento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass) nos anos 70, cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde, um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizava a APS como focalizada e com baixa resolutividade, sem

capacidade para fornecer uma atenção integral à população sendo a ênfase na cura ao invés da promoção da saúde. (MATTOS, 2000)

Um grande processo de mudança na APS iniciou-se no começo da década de 1990, quando o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em uma tentativa de alterar a porta de entrada do SUS para a atenção primária, o programa trazia a missão de reduzir a mortalidade infantil e materna através da oferta, às populações rurais e da periferia, de implementação de procedimentos simplificados de saúde que propusessem a prevenção dos agravos à saúde (VIANA e DAL POZ, 1998.).

O Ministério da Saúde percebeu a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família agregando novos elementos que pudessem potencializar a proposta reduzida do PACS e também incorporando novos profissionais para que os Agentes não funcionassem de forma isolada (PAIM, 1999). A partir dessa necessidade de ampliar e reordenar as ações da rede primária, em 1994, o Ministério de Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, pois não é uma intervenção vertical e paralela às práticas dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados possibilita a integração e promove a organização das atividades em uma localidade definida, almejando superar o modelo centrado na doença para o cuidado integral e continuado, tanto individualmente quanto no coletivo (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Inicialmente em sua implantação, a ESF estava limitada aos grupos populacionais de maior risco social e expostos às precárias condições sanitárias, em municípios de pequeno porte havendo pouca adesão nos de maior porte. O acesso aos serviços públicos era difícil, as instalações e equipamentos eram insuficientes e deteriorados, com filas enormes e baixo nível de qualidade e resolubilidade, que segundo Silva (1995) era herança do antigo modelo previdenciário. Além disto, a concepção da assistência de saúde pública era negativa, as



práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas (ROLLO e OLIVEIRA, 1997).

Com o processo de institucionalização do SUS completando duas décadas, a sua implantação e implementação muito progrediram, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização amplificou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país. Sendo um sistema de saúde único, o SUS necessita que haja um plano comum que conecte o processo de produção de saúde entre diferentes atores (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Mas um dos maiores problemas encontrados hoje é a dificuldade do acesso aos serviços do SUS e a baixa qualidade da assistência prestada. Sendo acesso aos serviços, a disponibilidade do usuário do serviço de saúde obter, quando necessita, cuidado à sua saúde de forma fácil e conveniente (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). De acordo com Benevides e Passos (2005), de um lado estão os usuários, que buscam a atenção com acolhimento e de modo definitivo, e de outro os profissionais de saúde, que reivindicam melhores condições de trabalho com acesso à capacitação profissional e também às relações democráticas com seus gestores.

Vários documentos e portarias foram publicados com objetivo de orientar a organização e a execução das ações na Atenção Primária, que segundo Rosário, (2010) gerou uma fragmentação normativa, comprometendo a própria compreensão do tema nas várias instâncias de gestão do SUS.

Neste cenário, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) surge para fazer uma revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil.

A PNAB representa a incorporação dos princípios e diretrizes do novo Pacto pela Saúde, entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS, expresso nas dimensões de: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2007). A PNAB aponta para a nova determinação dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento.

Diante disso, surge no cenário nacional, a compreensão de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde, que devem ser realizadas pela centralidade das ações nas necessidades dos usuários e na continuidade do cuidado de forma articulada, incorporando as diversas unidades e níveis de complexidade do SUS e reconhecendo a forma com que cada um dos diferentes níveis de atenção, se complementa e interdependem (BRASIL, 2006b).

A partir da Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, onde as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são entendidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, (BRASIL, 2010, p. 4) a Atenção Primária à Saúde ocupa um espaço prioritário nas relações horizontais dessa rede.

A APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, dentro da Rede de Atenção à Saúde se apresenta na prática como um instrumento de superação da fragmentação do sistema. A APS se apresenta como eficaz, na sua organização interna, como também na competência de responder atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário evidenciados (BRASIL, 2010).

Com a Portaria N. 2.488 de 21 de outubro de 2011 há a revisão da PNAB, que enfatiza a conformação do SUS em redes de atenção à saúde dando um destaque maior à importância e à complexidade do trabalho da Atenção Primária à Saúde, sendo, por exemplo, considerada mais adequada para enfrentar as doenças não transmissíveis.

Starfield (2002) considera como características específicas de uma APS bem estruturada a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais.

Os pronto-socorros encontravam-se lotados, apesar de muitas vezes a população atendida nestas unidades ter um perfil de resolubilidade no nível primário. Também é observado o baixo impacto que as ações da APS tinham sobre os problemas de saúde da população dominantes, realçado pelo aumento da incidência de doenças evitáveis e erradicáveis, mesmo com avanços científicos e tecnológicos alcançados até então (ROLLO e OLIVEIRA, 1997).

Para contemplar o usuário que busca atendimento nos serviços de urgência, o acolhimento com classificação de risco é utilizado como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. Caracteriza-se como uma das ações possivelmente decisivas na reorganização do serviço, partindo do uso de protocolos que priorizam o atendimento de acordo com o risco à saúde do paciente. Busca ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações (NASCIMENTO et al., 2011).

A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços de saúde do SUS, em meados da década de 90, buscando, além de ampliar o acesso, viabilizar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Desta forma, tem sido discutida, no cenário nacional, a necessidade de reelaboração dos modos de efetuar os serviços de saúde em direção a uma prática que se centre no sujeito e na produção de um cuidado com qualidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O tema do Acolhimento despertou interesse a partir da participação da aluna inicialmente no projeto de extensão do Acolhimento com Classificação de Risco, no Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e posterior participação em Projetos de Iniciação Científica (IC) sobre o tema. A partir da participação nas IC's e observação dos resultados encontrados, outros questionamentos surgiram, principalmente em torno das causas, da demanda, fluxo e funcionamento do sistema e das ferramentas e políticas que pudessem proporcionar uma maior resolubilidade dos serviços.

Trabalho realizado no Hospital Regional de Ceilândia identificou que problemas que deveriam ser resolvidos na APS estavam chegando a grande demanda ao Pronto Socorro

Pediátrico. De acordo com o protocolo com Classificação de Risco, que julga o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento para poder classificar os usuários para serem atendidos no Pronto Socorro, os níveis de classificação verde – prioridade não urgente; azul – consulta de baixa complexidade, correspondiam a 45,98% das queixas totais, sendo identificadas como queixas passíveis de resolução nas Unidades Básicas de Saúde (CAMELO, 2011).

Diante do exposto se justifica a realização de estudos para compreender como ocorre o processo de acolhimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde.

Este estudo partiu do pressuposto de que o acolhimento nas Unidades Básicas da Ceilândia não está implantado adequadamente o que faz com que os usuários busquem o hospital ou outros serviços de saúde como porta de entrada. Neste sentido, este estudo buscou responder a seguinte pergunta: como se dá o Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde na regional da Ceilândia?

Espera-se como finalidade desse estudo contribuir, com os seus resultados, para as discussões a respeito da organização dos serviços de atenção primária na regional de saúde da Ceilândia, particularmente no que diz respeito ao acolhimento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender o processo de acolhimento das Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar as Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia onde está implantado o acolhimento.

Entrevistar os enfermeiros que realizam o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Ceilândia.

Analisar o processo de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Ceilândia.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH), como política transversal criada em 2003 supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas da produção da saúde. Ao se falar em aumentar os níveis de transversalidade se cita o processo para superar a conformação das trocas no trabalho e nas comunicações nos eixos da verticalidade e horizontalidade: sendo o eixo vertical uma hierarquização dos gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal a criação de comunicações somente no mesmo nível. Dessa forma, ao ampliar o grau de transversalidade, produz-se uma comunicação que una os eixos vertical e horizontal (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Dessa forma a humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como tendência moldável do SUS que estimula um processo contínuo de contratação, de pactuação que se confirma a partir do fortalecimento das redes e dos coletivos. Uma política é guiada por princípios, mas também precisa estar intimamente ligada com modos de fazer, com maneiras práticas de transformação e criação de realidades adequadas (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

A PNH busca a promoção da universalidade da assistência e a governabilidade das equipes interdisciplinares para o desenvolvimento de um trabalho coletivo, humano e eficaz, por meio de transformações concretas no desenvolvimento dos trabalhos e na gestão dos serviços (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

Neste novo cenário, o Acolhimento alcança o discurso oficial do Ministério da Saúde, como uma das diretrizes de maior pertinência da PNH para a operacionalização do SUS (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que requer a responsabilização do profissional pelo usuário do serviço, pois esse passa a ouvir sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, utilizando-se de uma escuta qualificada capaz de analisar a demanda. A partir dessa interação, há a construção de uma relação que possibilita uma pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta mais acertada a cada cliente no serviço (BRASIL, 2006a).

O serviço visa prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, em direção ao paciente e sua família na continuidade da atenção em outros serviços de saúde a partir de uma articulação que garanta a eficácia desses encaminhamentos. A referenciação compreende o processo de qualificar a produção de saúde juntamente à responsabilidade pela necessidade não capaz de ser direcionada no mesmo momento, de uma maneira ética e resolutiva que garanta o acesso ao cliente. Desta forma, todos os profissionais de saúde praticam acolhimento a partir da busca por assegurar atenção integral, resolutiva e responsável a partir da articulação entre as redes internas dos serviços e as redes externas para o seguimento da assistência, quando necessário (BRASIL, 2008).

A conformação do Acolhimento se configura como um dos parâmetros para implementação de ações na atenção básica, pois é um processo que intervêm nas práticas de produção e promoção de saúde, com a responsabilização do trabalhador e equipe pelo usuário, desde a sua chegada à unidade até a saída. Promove a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos outros níveis do sistema, dessa forma elimina filas, organiza o atendimento com o amparo na priorização de riscos/vulnerabilidade em direção à resolutibilidade dos agravos (BRASIL, 2008).

O debate em torno do Acolhimento se intensificou mais a partir de 2000, no panorama da humanização da saúde, apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde, que direcionava para as dificuldades enfrentadas pelo SUS e sua discordância com o modelo econômico vigente, evidenciado pelo autoritarismo, clientelismo, exclusão e complexidade de organização social com o crescimento das iniquidades sociais (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

O acolhimento vem para propor a inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, o atendimento a todas as pessoas que procuramos serviços de saúde, torna-se um princípio, e garante a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde passa a assumir sua missão inicial, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, que seja capaz de resolver os problemas de saúde da população, de também reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que seria a equipe de acolhimento. A equipe do acolhimento se encarrega da escuta qualificada do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde e de

transformar a relação entre trabalhador e usuário, baseando-se em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

É importante também observar a atuação do enfermeiro, frente a essa reorganização da atenção básica. O enfermeiro, além de trabalhar acolhendo, também garante a retaguarda do atendimento realizado pelos auxiliares de enfermagem. Esse novo papel da enfermagem na Unidade Básica de Saúde, com o Acolhimento, não se deu sem tensões, pois no modelo tradicional, a assistência se centra no médico e o enfermeiro não realizava todo o seu potencial técnico, reduzindo assim, sua capacidade de intervenção. É importante lembrar que, além de utilizar todo seu arsenal técnico, o profissional enfermeiro, com a reorganização do processo de trabalho a partir do Acolhimento, se vê dotado de maior autonomia na função que desempenha. Assim, contribuem nesse processo os protocolos que orientam sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe de acolhimento, também conduz o enfermeiro na prescrição de vários exames e medicamentos, o que aumenta a capacidade de resolubilidade deste profissional na assistência, favorecendo dessa forma enormemente o fluxo dos usuários (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Assim, a corresponsabilização apresenta importância fundamental no cuidado, que abrange a construção do vínculo serviço-usuário, assegura o controle social das políticas públicas e melhora a gestão dos serviços de saúde. É importante ressaltar que o acolhimento proposto se ampara no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, incluindo os usuários, os profissionais de saúde e os gestores, evidenciando a necessidade de reorganizar o serviço de saúde com modificações na forma de gestão, com a ampliação dos espaços interdisciplinares e democráticos de conversa (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Neste sentido, o acolhimento deveria ser concebido como uma rede de conversação, tendo o papel de receber, interligar e mover-se por esse espaço, com o objetivo de oferecer aos usuários possibilidades completas de trânsito no sistema (TEIXEIRA, 2007).

Franco, Bueno & Merhy (1999) destacam que o acolhimento deve alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, pois ele só será executável com a participação democrática da gestão, envolvendo a interação com a equipe. Essa mudança no processo de trabalho implica a adesão dos trabalhadores à nova estratégia que propõe o protagonismo de



todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas (BRASIL, 2006a).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 2011 teve como eixo temático “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”. Evidenciando que entre os seus desafios atuais, no contexto nacional, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento e à efetividade e resolutividade das suas práticas. Diante disso o MS lançou em 2011 e 2012 os Cadernos de Atenção Básica I e II para tratar, fornecer informações, ofertas para reflexão e experimentação sobre a prática do Acolhimento (BRASIL, 2012).

O volume I do Caderno trata do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, atingindo aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. O volume II, como desdobramento do primeiro, explica a abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, empregando o saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, voltando a atenção para riscos e vulnerabilidades, pois são as unidades básicas o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2012).

As atribuições dadas ao enfermeiro enquanto membro de equipe de referência na qual os pacientes são vinculados está em realizar a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados. Enquanto membro da equipe de acolhimento do dia, ficar na linha de frente do acolhimento, atendendo aos usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas da unidade (BRASIL, 2012).

Diante disso, as equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações de promoção e prevenção no território, no tanto no cuidado indivíduo, familiar ou coletivo, pois é preciso levar em conta que os cuidados tomam percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras formas de serviços para atenderem às necessidades de saúde de uma forma integral (BRASIL, 2011).

Cadernos de Atenção Básica I e II trazem que o cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, sempre aliado a uma gestão local reflexiva e práticas de atenção satisfatórias, garantindo um atendimento humanizado, resolutivo e que assegure a criação de vínculo entre

as equipes de atenção básica e os usuários, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção do SUS (BRASIL, 2012).

Em resumo, é evidente a partir do apresentado, que a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter capacidade ampliada de escuta, e análise, como também um repertório ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde da população, às quais as equipes estão constantemente expostas. E aqui reside o estímulo e a graça do trabalho na atenção básica, como também uma potente ferramenta para legitimação da saúde. Neste contexto, o Acolhimento é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipologia**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e transversal.

Segundo Minayo (2005) a abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, dessa forma, opera levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e a interpretação e a intencionalidade que lhe conferem os autores.

A pesquisa se caracteriza como exploratória quando o tema é pouco explorado e o pesquisador precisa buscar novas abordagens através de levantamento bibliográfico sobre o tema estudado. Este tipo de estudo propicia uma aproximação do pesquisador ao tema e objeto de estudo, proporciona uma visão geral acerca do problema e permite aprofundar conceitos preliminares sobre o tema a ser pesquisado. No estudo transversal, o pesquisador em determinado instante, verifica simultaneamente a ocorrência ou não da exposição ou do efeito nos indivíduos da amostra a ser estudada (HADDAD, 2004).

### **4.2. Local de estudo**

O estudo foi desenvolvido em dez das onze Unidades Básicas de Saúde da Ceilândia (UBS).

A Região Administrativa (RA) de Ceilândia se caracteriza por ter uma população urbana estimada, segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2013, de 449.592 habitantes. Do total de habitantes da RA, 22,57% têm até 14 anos de idade. No grupo de 15 a 59 anos, que concentra a força de trabalho, encontram-se 62,98% do total. A faixa etária de 60 anos ou mais é representada pelo total de 14,45% dos habitantes (CODEPLAN, 2013).

O número de domicílios urbanos estimados é de 126.765 e, considerando que a população urbana estimada é de 449.592 habitantes, a média de moradores por domicílio urbano é de 3,55 pessoas. Na Região, 98,76% das construções são permanentes (CODEPLAN, 2013).

No tocante à ocupação dos moradores da Ceilândia, observa-se que, 46,71% têm atividades remuneradas, enquanto 11,21% estão aposentados. Os desempregados somam 6,94% desta população (CODEPLAN, 2013).

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal está organizada em quinze regionais de saúde. Ceilândia integra uma das regionais, que possui atualmente, um Hospital Regional, um Laboratório Regional e doze Centros de Saúde (CS) sendo que o CS nº1, fica ao lado do Hospital Regional da Ceilândia, passou a funcionar como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad); um Posto de Saúde Urbano e um Posto de Saúde Rural, 1 Núcleo de inspeção; (SES/DF, 2007) e hoje há 12 ESF e 11 PACS de acordo com o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES) (SCNES, 2013).

O número de leitos existentes no HRC estão divididos entre: 1) Leitos cirúrgicos: Cirurgia Geral 27, Proctologia 5, Ginecologia 29, Ortopedia 8. 2) Leitos Clínicos: Clínica geral 83, Neonatologia 6, Obstetrícia 55, Pediatria 57. 3) Leitos Complementares: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto 6, UTI neonatal 8, Unidade de Internação Neonatal 22 (SES/DF, 2007).

Quanto à aquisição de Plano de Saúde, observa-se que 83,08% da população da RA IX não conta com esse serviço. Dos que o têm, 12,02% são planos empresariais e apenas 3,98%, planos individuais (CODEPLAN, 2013).

Quanto à utilização de hospital público ou Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 88,85% da população declararam que faz uso desses serviços. Do total que o utiliza, 87,55% o fazem na própria Região, 6,15% em Taguatinga e 4,91% em Brasília (Plano Piloto). Em relação à localização do posto de saúde utilizado pela população de Ceilândia, somente 8,87% declararam não utilizar esse serviço público. Dos que o utilizam, 98,60% procuram o posto de saúde da própria RA (CODEPLAN, 2013).

#### **4.3. Amostragem / População do estudo: critério de inclusão/exclusão**

A população é composta pelo enfermeiro que realiza acolhimento nas UBS da regional da Ceilândia que participaram do estudo. Somente uma das onze UBS não aceitou participar do estudo, pois afirmou que não estava implantado o acolhimento na unidade.

Foram considerados como critérios de inclusão, necessariamente, ser enfermeiro da UBS, trabalhar com o acolhimento, aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

#### **4.4. Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados mediante o preenchimento de um formulário elaborado para esta finalidade. (Apêndice A)

No processo de elaboração do formulário houve testagem do mesmo com vistas à realização dos ajustes necessários antes do início das entrevistas. Este teste foi realizado com um enfermeiro que não estava envolvido diretamente na pesquisa e possuía ampla experiência, tanto do ponto de vista assistencial quanto gerencial, na atenção básica

#### **4.5. Coleta de dados**

A coleta de dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, com questões norteadoras, durante quatro meses. (Apêndice A)

Para uma entrevista semiestruturada, o roteiro deve se apoiar nas variáveis e indicadores que sejam primordiais e suficientes para o levantamento de dados empíricos, podendo ser organizados em pontos temáticos. Esses pontos servirão para orientação e guia para o andamento da conversa, de tal forma que permita flexibilidade no diálogo e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância (MINAYO, 2005).

Após o consentimento do profissional em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada a entrevista, com agendamento prévio, em um local reservado da unidade.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, mantendo o conteúdo literal das falas para análise.

#### **4.6. Análise de dados**

Na análise dos dados, foi adotada a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, modalidade temática, com a utilização das três etapas: organização dos dados, exploração e categorização dos achados nas entrevistas, agrupando os dados de acordo com sua similaridade semântica para realizar a sua interpretação (PINTO, 2012).

#### **4.7. Aspectos ético legais**

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N. 466/2012 este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde/DF – FEPECS/SES/DF. Após a aprovação pelo Comitê de Ética com o parecer nº 614.772, previamente antes de iniciar a pesquisa, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) para os participantes, de acordo com os critérios pré-estabelecidos.

Após a obtenção do consentimento foi iniciado o período de desenvolvimento do estudo. Foram explicadas para todos os participantes a finalidade e as etapas da pesquisa, bem como garantida a manutenção do sigilo ético e confidencialidade dos dados, de modo a minimizar as possibilidades de riscos desta pesquisa. Foi explicado sobre a possibilidade de desistência em participar da mesma a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo.

Como se trata de uma pesquisa que envolve entrevista, um possível risco era que alguma pergunta causasse constrangimento ao entrevistado. Para minimizar este risco o entrevistador (aluno) foi previamente treinado, de modo a minimizar as possibilidades de riscos.

Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para a implantação/implementação do processo do Acolhimento nas UBS de Ceilândia, trazendo potenciais benefícios para os usuários do SUS.

## 5. RESULTADOS

Participaram das entrevistas 10 enfermeiros da APS, com predomínio do sexo feminino, nove enfermeiras. A faixa etária era de  $\geq 26$  a  $< 61$  anos, sendo cinco enfermeiros na faixa etária de  $\geq 26$  e  $\leq 38$  anos, quatro na faixa de  $> 39$  e  $< 61$  anos e um enfermeiro  $\geq 61$  anos. O tempo de formação foi em média 12 anos e 6 meses variando de  $\geq 3$  a  $< 33$  anos, cinco enfermeiros com tempo de formação  $\geq 3$  e  $\leq 7$  anos, quatro  $> 7$  e  $< 33$  anos e um enfermeiro  $\geq 33$  anos de formação. O tempo de trabalho na unidade em média foi 3 anos e 1 mês, variando de  $\geq 3$  meses a  $< 14$  anos, sendo quatro enfermeiros  $\geq 3$  meses e  $\leq 1$  ano, cinco  $> 2$  anos e  $< 14$  anos e um  $\geq 14$  anos de trabalho na unidade. O tempo de trabalho na Secretaria de Saúde foi em média 11 anos e 10 meses, variando de  $\geq 3$  anos a  $< 33$  anos, sendo cinco enfermeiros  $\geq 3$  e  $\leq 20$  anos, quatro  $> 20$  e  $< 33$  anos e um enfermeiro trabalhando  $\geq 33$  anos. O tempo de trabalho no acolhimento foi em média de 3 anos e 4 meses, variando de  $\geq 2$  meses a  $< 14$  anos, sendo 4 enfermeiros  $\geq 2$  meses e  $\leq 1$  ano, cinco enfermeiros  $> 1$  e  $< 14$  anos no acolhimento e um  $\geq 14$  anos.

Ao analisar o conjunto das falas dos profissionais, verifica-se que o acolhimento tem estreita ligação com a forma de organização da rede local de serviços, envolvendo recursos humanos, recursos físicos e ambientais. Nesse sentido, apreendeu-se como categorias empíricas, o acesso e o processo de trabalho, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Categorias empíricas e as falas dos enfermeiros. Ceilândia, Distrito Federal, 2014.

CATEGORIAS E DEPOIMENTOS	
ACESSO	PROCESSO DE TRABALHO
<p><i>“A gente atende toda demanda espontânea.” (Enf.2)</i></p> <p><i>“Geralmente o usuário faz a entrada na portaria e ele recebe, por essa pessoa que fica no balcão de informações, se ele não sabe o seu atendimento, [...] ela encaminha esse usuário para a sala específica e depois que ele é atendido na sala específica os devidos encaminhamento são feitos ali mesmo no atendimento. Ele recebe orientação para onde mais ele pode ir.” (Enf.2)</i></p> <p><i>“[...] onde ele chegar, onde ele for atendido, ele vai ser acolhido, independente se ali é o local específico que ele tem que ir ou não.” (Enf.2)</i></p> <p><i>“O acolhimento é um momento que a gente pode receber de maneira humanizada, prestando</i></p>	<p><i>“[...] a gente já em tendeu que não é uma sala. É todo um serviço voltado para o acolhimento.” (Enf.2)</i></p> <p><i>“O trabalho do enfermeiro inclui educação em saúde, as orientações, palestras, a própria consulta, envolve o acolhimento muito grande para ter adesão dessa clientela.” (Enf.2)</i></p> <p><i>“Existem outros profissionais atuando no acolhimento. Existe uma pessoa que fica no balcão de informações ali fora, o próprio guarda do posto, o balcão de marcação de consultas, todos eles participam desse processo todo, até a equipe de limpeza. No momento da dúvida, surgiu alguém necessitando, eles fazem esse acolhimento dando essas orientações.” (Enf. 2)</i></p>

*informações, é um primeiro contato que o usuário do serviço tem com o serviço. Então é uma forma de bem receber, de selar uma credibilidade, da pessoa junto a você e da pessoa junto ao serviço.” (Enf.3)*

*“[...] então, existe uma demanda reprimida, existe uma quantidade muito pequena de vagas para os pacientes nas consultas médicas então existe sempre uma parcela de pessoas que não vão conseguir ter acesso ao médico.” (Enf.3)*

*“[...] aqueles que chegam de demanda livre, que não estão agendados, eles ficavam perdidos pelo corredor, eles não conseguiam ter alguém recebê-los. Então agora eles têm.” (Enf.3)*

*“[...] mas de qualquer forma ele foi recebido, ele foi acolhido, ele teve alguém que ouviu ele. Ele não vai embora numa incerteza [...]” (Enf.3)*

*“Não há limite de vagas para eu atender essas pessoas, porque são todas que chegarem que devem ser acolhidas.” (Enf.3)*

*“[...]os pacientes acabam chegando aqui na madrugada, porque existe um número de vagas, eles precisam conseguir um espaço nessa fila. Então 5 da manhã já tem paciente chegando. Aí há risco de violência, há pacientes idosos que não podem sair nesse horário, há uma série de inconvenientes para o paciente nessa forma[...]” (Enf. 3)*

*“[...] então essa recepção, no caso, ou acontece no nosso dia a dia mesmo, ou as vezes no corredor, alguém passa e te aborda, as vezes você pode estar dando uma orientação.”(Enf.5)*

*“[...] hoje a gente ainda vive aquela velha história, de vir ao centro de madrugada [...]” (Enf.5)*

*“[...] não existe uma classificação de risco. A questão é quem chegou primeiro.” (Enf.5)*

*“[...] se o acolhimento funcionasse, se nós tivéssemos estrutura para isso [...] o acolhimento seria o momento que quando ele precisasse, ele viria aqui [...] sem necessitar de ficar numa fila, de madrugada.” (Enf. 05)*

*“[...] geralmente ele chega na portaria, tem uma queixa, não tem a consulta agendada [...]”(Enf.6)*

*“Se precisar de atendimento no dia, normalmente a gente deixa algumas vagas em aberto e faz o encaminhamento médico. Se o agendamento for do dia, a gente já faz a evolução de enfermagem e já encaminha, já coloca no consultório do médico, já traz para a sala de medicação, depende da situação*

*“[...] a gente tem uma equipe envolvida, comprometida, que tem disposição, tem ânimo. Claro que não é 100%, mas que na grande maioria, a gente tem uma equipe bem animada, que se bem treinada ele pode colaborar muito mais nesse processo de acolhimento.”(Enf.2)*

*“[...] então eu os recebo, eu os acolho, eles podem falar, eles são recebidos dentro da sala, eles são tratados com humanidade, e algumas demandas de enfermeiro são reconhecidas por mim nesse contato. Quer dizer que eles recebem uma consulta de enfermagem e algumas das suas questões podem ser resolvidas a partir desse primeiro contato.” (Enf.3)*

*“[...] aqui na clínica médica, sou eu que faço. Por compromisso próprio, é pessoal mesmo, profissional pessoal, ninguém passou essa demanda pra mim, a unidade não solicitou que eu fizesse o acolhimento. Eu é que implantei e estou fazendo. [...]” (Enf. 3)*

*“É o paciente chegar, você receber, você ouvir, né? Que também faz parte do acolhimento. E através dessa escuta qualificada, que em alguns locais tem até um local específico, tem um local da escuta qualificada, que é quando você para, ouve, você identifica qual é a demanda do paciente, qual a necessidade dele, para aí então você ser resolutivo, para aí então você trazer uma resposta.” (Enf.3)*

*“Hoje a gente ainda não tem estruturado um sistema para ouvir a demanda do paciente, depois classificar a necessidade dele e demandar o atendimento dele” (Enf.5)*

*“[...] porque demanda o que, demanda tempo, você tem que parar, tem que escutar.” (Enf.5)*

*“[...] todos os enfermeiros do centro participam. Normalmente cada um tem dois períodos na semana, manhã e tarde. A gente combinou com o gerente do centro, com o chefe de enfermagem que a gente faria o acolhimento, os enfermeiros, desde que tivessem vagas para o atendimento médico.” (Enf.6)*

*“O papel do enfermeiro é escutar o paciente, ver se aquela queixa precisa de atendimento imediato, ou ver se ele pode aguardar uma consulta agendada.” (Enf. 6)*

*“Aqui a sala do acolhimento mesmo, só tem o enfermeiro, porém a conversa que a gente tem, que a chefia tem, é que todos os funcionários façam o acolhimento.” (Enf.6)*

*“O primordial no acolhimento é a escuta qualificada.”(Enf.6)*

*“[...] não existe um protocolo, não se segue um*



<p>que o paciente chega.” (Enf. 6)</p> <p>“[...] é de livre demanda [...] aí eles tentam dar vazão, eles tentam direcionar para onde ele tem que ir [...]” (Enf.7)</p> <p>“[...] então o percurso do usuário vai variar de acordo com a demanda que ele te trouxer [...]” (Enf.7)</p> <p>“Se eu escuto e não posso resolver, eu direciono e me asseguro de que foi feito esse recebimento, essa demanda foi aceita. O que acontece muito dos problemas que a gente recebe, a gente encaminha e se perde. Então a gente não cumpriu todas as etapas [...]” (Enf. 8)</p> <p>“[...] quando isso é implantado em todos os serviços, esse usuário não fica perdido no sistema, fica sempre direcionado, ele entende a espera, ele entende a sequência.” (Enf.8)</p> <p>“A partir da escuta qualificada eu vou avaliar dentro da atenção primária o que são as necessidades que devem ser atendidas no imediato ou mediato, ou posterior, ou encaminhar para outra referência [...] então o acolhimento na atenção primária não pode ser baseada exclusivamente nos sinais e sintomas e sim pela própria lógica da situação daquele usuário.” (Enf. 8)</p> <p>“A principal dificuldade nossa é que a gente tem uma clientela muito grande, sabe a nossa área é muito extensa. E também a necessidade é muito grande, nós temos um grande número de pessoas adoecidas.” (Enf.9)</p> <p>“A nossa porta é livre demanda, bateu é atendido.” (Enf.10)</p> <p>“E quando não tem médico, a gente vê uma forma, a gente fala pra vir em outro horário [...] pode também fazer encaminhamento pro pronto socorro.” (Enf.11)</p> <p>“A gente tem um problema muito grande de questão de sala, espaço físico, consultório, então a gente não conseguiu implantar porque não está tendo consultório nem para as próprias consultas.” (Enf.12)</p> <p>“[...] aqui facilidade não tem não. Dificuldade tem bastante. Primeiro: a população é a maior.” (Enf.12)</p>	<p>protocolo de classificação de risco, não tem [...]” (Enf.7)</p> <p>“Existe sim um protocolo específico. O protocolo da atenção primária tem sim.” (Enf.8)</p> <p>“Todos profissionais devem estar envolvidos, desde a recepcionista, o segurança, o pessoal da limpeza, os técnicos, os agentes comunitários, enfermeiros e médicos. Porque se um elo desse não funciona toda a cadeia se perde.” (Enf.8)</p> <p>“[...] acolher não é um cargo, é uma atribuição de todos nós.” (Enf.8)</p> <p>“[...] quando eu cheguei aqui já estava implantado. O acolhimento aqui é escalado uma enfermeira.” (Enf.9)</p> <p>“Não existe um fluxo oficializado não, a gente vai mais pela necessidade mesmo.” (Enf.9)</p> <p>“Existem outros profissionais que participam do acolhimento. Técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, até o médico se estiver aí na salinha, faz o acolhimento também.” (Enf.10)</p> <p>“Como aqui não é um serviço de emergência, não sei se a gente faz classificação de risco. Porque é atenção básica, a classificação de risco a gente só faz quando chega alguma situação de emergência.” (Enf.10)</p> <p>“[...] fora isso a gente trabalha com uma área adstrita, a gente começa a conhecer os pacientes, fica fácil fazer o acolhimento. Já conhece pelo nome, fica tudo mais fácil.” (Enf.10)</p> <p>“O papel do enfermeiro é mais de estar orientando, de promover a saúde dele. Resolução dos problemas daquele paciente, direcionar ele, pra onde ele vai, ver se ele vai pro médico. É tentar ajudar aquele paciente, ver o problema de saúde que ele tá naquele momento.” (Enf.11)</p> <p>“[...] tinha até um protocolo, mas assim acaba que a gente nem utiliza, porque não implantou o acolhimento de verdade.” (Enf.12)</p> <p>“Eu acho que é assim. Deveria ocorrer da forma que foi preconizado, que é uma sala de escuta qualificada, com profissional treinado para a função, que no caso é o enfermeiro que eles pedem pra fazer essa orientação pros pacientes.” (Enf.12)</p>
--	---

## 6. DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção Básica brasileira (PNAB), apresenta dentre as características do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento (PNAB, 2006).

Na revisão da PNAB, Portaria N. 2.488 de 21 de outubro de 2011, o acolhimento continua presente enquanto característica do processo de trabalho das equipes, sendo recomendado que seja realizado com escuta qualificada, classificação de risco e em uma sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea com avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à essa demanda e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2011c).

O acolhimento começou a ser discutido nos serviços de saúde na década de noventa. Esta nova vivência proporcionou uma alternativa de construção de um modo de atendimento ao usuário que procura o serviço local de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Aproximando o conceito para prática em saúde, podemos compreender que o acolhimento é uma ferramenta que possibilita garantir acesso de maneira solidária ao usuário do serviço de saúde (SOUSA et al., 2008). Ele pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (RAMOS; LIMA, 2003).

A partir desse estudo observou-se que ainda prevalece o trabalho em saúde com moldes tradicionais, centrados na consulta médica, por meio da distribuição de fichas para demanda aberta (SOUZA et al., 2008). Dessa forma muitos usuários ainda deixam a unidade de saúde sem resolver seu problema.

Entretanto, foram identificadas nas falas dos enfermeiros, tentativas de atenuar esse problema a partir de propostas locais de reorganização que buscam reverter a lógica do

atendimento de quem chega primeiro, para aquele que mais precisa. Desta forma, o acolhimento esteve presente nas falas como estratégia para viabilizar a articulação entre o trabalhador de saúde e o usuário, com a abertura para o diálogo, destacando o comprometimento e o vínculo, resgatando assim os princípios da universalidade, integralidade e o da equidade do SUS (SOUSA et al., 2008).

Conforme já referido anteriormente, do presente estudo emergiram duas categorias: acesso e processo de trabalho, consideradas como essenciais para o estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, alicerçadas na humanização.

#### 4.1 ACESSO

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA et al., 2008).

O acolhimento deve ser visto, portanto, 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. Dessa maneira, é imprescindível qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

Dessa forma a APS se apresenta como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Para tal deve ser orientada, dentre outros, pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado e da integralidade da atenção (BRASIL, 2007).

Starfield, (2004) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa

experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da execução do cuidado de acordo com as necessidades/ tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (SOUZA et al., 2008).

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância da observação de aspectos geográficos, socioeconômicos. No contexto atual de construção do SUS, é fundamental o aperfeiçoamento dos caminhos trilhados e experimentados, sendo o acolhimento essa diretriz operacional dos serviços de saúde já observada nas unidades, como relato o enfermeiro:

*“Geralmente o usuário faz a entrada na portaria e ele recebe, por essa pessoa que fica no balcão de informações, se ele não sabe o seu atendimento, [...] ela encaminha esse usuário para a sala específica e depois que ele é atendido na sala específica os devidos encaminhamento são feitos ali mesmo no atendimento. Ele recebe orientação para onde mais ele pode ir.” (Enf.2)*

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield, (2004): porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Se caracteriza como um momento tecnológico com potencialidades conferindo qualidade nos serviços de saúde (SOUZA et al., 2008). De forma a não se limitar apenas ao ato de receber, mas se estabelece uma seqüência de vários atos e condutas que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade.

A literatura reforça a importância do acesso e do acolhimento como categorias potentes e estratégicas para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Configuram-se em elementos centrais de qualificação da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação (SOUZA et al., 2008). Nesse sentido, é

fundamental a avaliação de experiências com a utilização do acolhimento a partir do olhar de profissionais e usuários de como estão sendo produzidos no cotidiano de suas práticas.

Assim sendo necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

*“[...] aqueles que chegam de demanda livre, que não estão agendados, eles ficavam perdidos pelo corredor, eles não conseguiam ter alguém recebê-los. Então agora eles têm.” (Enf.3)*

Em estudo semelhante realizado na APS, constatou-se que ainda existem muitas dificuldades de acessibilidade e acesso devido à desproporção entre demanda e oferta de serviços (SOUZA et al., 2008) Na unidade os usuários reconheceram fatores facilitadores, entretanto, como a equipe de saúde prioriza o agendamento para usuários vinculados a ações programáticas, parte da clientela fica dependente de vagas e, devido à grande demanda, persistem filas e insatisfação, na medida em que os problemas que chegam à unidade sequer são resolvidos. Tal situação, em parte, foi atribuída ao número reduzido de médicos na unidade e à falta de especialistas, como também observado no presente estudo no relato de alguns enfermeiros.

*“E quando não tem médico, a gente vê uma forma, a gente fala pra vir em outro horário [...] pode também fazer encaminhamento pro pronto socorro.” (Enf.11)*

Este mesmo estudo (SOUZA et al., 2008) revelou que a dificuldade de acessibilidade na unidade básica de saúde deveu-se à grande demanda, predominantemente espontânea, e expressa sofrimento para profissionais e usuários, fator também observado nesta regional de saúde.

*“A principal dificuldade nossa é que a gente tem uma clientela muito grande, sabe a nossa área é muito extensa. E também a necessidade é muito grande, nós temos um grande número de pessoas adoecidas.” (Enf.9)*

As questões relacionadas com acesso apareceram quando foram discutidas as dificuldades e facilidades com destaque para problemas que interferem na continuidade do atendimento, como a adequação do espaço físico.

*“A gente tem um problema muito grande de questão de sala, espaço físico, consultório, então a gente não conseguiu implantar porque não está tendo consultório nem para as próprias consultas.” (Enf.12)*

Uma realidade ainda muito vivenciada em outros estados (SOUZA et al., 2008) e não somente do Distrito Federal é que o acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios burocráticos, sem priorização de riscos, o acolhimento não faz parte da agenda. As limitações para o acesso evidenciaram filas e insatisfações, em que parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades. Da mesma forma, expõem os usuários a riscos comuns em grandes metrópoles, ocasionando sentimentos de medo e de constrangimento, pois necessitam buscar formas para garantir o atendimento, se submetendo a longas esperas em filas, expostos a todo tipo de situação:

*“[...] os pacientes acabam chegando aqui na madrugada, porque existe um número de vagas, eles precisam conseguir um espaço nessa fila. Então 5 da manhã já tem paciente chegando. Aí há risco de violência, há pacientes idosos que não podem sair nesse horário, há uma série de inconvenientes para o paciente nessa forma[...]” (Enf. 3)*

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a APS pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade.

As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na co-gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral. No discurso desse enfermeiro, percebe-se o papel singular do acolhimento, na gestão e manutenção dessas relações:

*“[...] se o acolhimento funcionasse, se nós tivéssemos estrutura para isso [...] o acolhimento seria o momento que quando ele precisasse, ele viria aqui [...] sem necessitar de ficar numa fila, de madrugada.” (Enf. 05)*

As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade no acesso, pois para que aconteça o usuário necessita ter garantido a utilização e consumo dos serviços e ações de saúde.

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à produção de serviços de saúde. É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com apropriado saber técnico (RAMOS; LIMA, 2003).

#### 4.2 PROCESSO DE TRABALHO

Dentre os objetivos do acolhimento, encontra-se o de 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 (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

As equipes de saúde da atenção básica, necessitam estar abertas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos, diminuir o isolamento e abandono. (BRASIL, 2011b)

Por estarem próximos aos usuários em momentos de grande fragilidade e necessidade, os profissionais se tornam referência. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave (BRASIL, 2011b).

Assim o acolhimento também consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, se constituindo vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito ativo no seu processo de saúde, como demonstra em sua prática um dos enfermeiros entrevistado:

*“[...] então eu os recebo, eu os acolho, eles podem falar, eles são recebidos dentro da sala, eles são tratados com humanidade, e algumas demandas de enfermeiro são reconhecidas por mim nesse contato. Quer dizer que eles recebem uma consulta de enfermagem e algumas das suas questões podem ser resolvidas a partir desse primeiro contato.” (Enf.3)*

O acolhimento é um modo de desenvolver os processos de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Esse processo inclui um atendimento com resolutividade e responsabilização, fazendo também as orientações para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, estabelecendo meios para garantir o sucesso desse encaminhamento (BRASIL, 2004).



*“Se precisar de atendimento no dia, normalmente a gente deixa algumas vagas em aberto e faz o encaminhamento médico. Se o agendamento for do dia, a gente já faz a evolução de enfermagem e já encaminha, já coloca no consultório do médico, já traz para a sala de medicação, depende da situação que o paciente chega.” (Enf. 6)*

Os enfermeiros das unidades de saúde expressaram a necessidade de adequar a teoria do acolhimento à prática cotidiana. Verificou-se, nas falas de alguns profissionais, adesão à proposta feita pelo MS, (BRASIL, 2011b) e também a busca por melhor definição do que seria essa prática.

*“O papel do enfermeiro é mais de estar orientando, de promover a saúde dele. Resolução dos problemas daquele paciente, direcionar ele, pra onde ele vai, ver se ele vai pro médico. É tentar ajudar aquele paciente, ver o problema de saúde que ele tá naquele momento.” (Enf.11)*

Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não deve se reduzir a uma etapa nem a um lugar, conforme relato abaixo:

*“[...] a gente já entendeu que não é uma sala. É todo um serviço voltado para o acolhimento.” (Enf.2)*

Dentre as 10 entrevistas, apenas dois enfermeiros relataram realizar o processo de trabalho no acolhimento de forma sistematizada. Não utilizam protocolos previamente estabelecidos ou baseados nas orientações do Ministério da Saúde para o Acolhimento na Atenção Primária.

*“Dentro da unidade básica protocolizado, aqui no centro... não existe classificação de risco. É a mesma coisa do acolhimento, não existe*

*protocolo, não se segue um protocolo de classificação de risco, não tem, não existe.” (Enf. 7)*

Um relato interessante de um dos profissionais, foi que apesar de já ser estruturada, recomendada aos centros de saúde, o acolhimento não é reconhecido como política ou tecnologia estruturante para a prática:

*“Eu não sei te dizer que se a gente parasse pra perguntar a respeito do acolhimento no centro, o que as pessoas te diriam. Não sei se funcionaria muito bem. Elas realizam o acolhimento. Mas eu não sei te dizer se elas conhecem como isso.” (Enf. 7)*

O acolhimento é um elemento positivo na organização do processo de trabalho e permite uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários. Volta-se à atenção permanente e o respeito às necessidades do usuário, atenção e trato diferenciados a partir das necessidades de saúde demandadas de forma individual. Buscando como ferramenta principal a escuta qualificada, possibilitando uma boa comunicação, conforme relato:

*“A partir da escuta qualificada eu vou avaliar dentro da atenção primária o que são as necessidades que devem ser atendidas no imediato ou mediato, ou posterior, ou encaminhar para outra referência [...] então o acolhimento na atenção primária não pode ser baseada exclusivamente nos sinais e sintomas e sim pela própria lógica da situação daquele usuário.” (Enf. 8)*

Da mesma forma, este processo deve ser bem vivido por ambos os atores, algo que será aos poucos se tornando realidade, conforme os usuários forem se apropriando do acolhimento como um instrumento também a ser bem utilizado por eles.

*“Dentre as muitas dificuldades, tem muito profissional que não sabe acolher e em muito paciente que não sabe ser acolhido [...]” (Enf.10)*

Para os profissionais, o acolhimento aparece como um elemento importante para organizara demanda e o processo de trabalho, mas exige muito esforço e dedicação profissional. A pressão dos usuários pelo atendimento imediato e a recusa de ser acolhido por outro profissional, a exemplo do auxiliar ou enfermeiro, antes de chegar ao médico, refletem-se na equipe e os leva a também refletirem sobre o impacto no meio profissional do acolhimento.

*“[...] pois quando é feito um trabalho de sensibilização e a gente entende o acolhimento, até as relações interpessoais mudam, e diferente.” (Enf. 5)*

Alguns relatos evidenciaram que o acolhimento produziu, na equipe, uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde dos usuários.

*“Eu vejo muitos benefícios com relação ao acolhimento, [...] a questão da organização, a questão até do acolhimento não só com relação ao usuário, mas com relação à equipe. Pois quando é feito um trabalho de sensibilização a gente entende o acolhimento. Até as relações interpessoais mudam, é diferente.” (Enf. 5)*

Por ser uma proposta relativamente nova, o acolhimento ainda se encontra como uma prática em construção. Os profissionais reconheceram sua importância, mas o conceberam como um momento de escuta restrito à recepção do usuário para triagem. Declararam a existência de condições desfavoráveis para sua realização, como a grande demanda e a sobrecarga de trabalho.

*“Aqui facilidade não tem não, dificuldade tem bastante. Primeiro: a população é a maior [...] então o centro de saúde, é um centro pequeno, não tem o número de profissionais suficiente para a demanda, não tem espaço físico suficiente pra demanda. Então, às vezes, a gente deixa de atender por conta de lugar, de espaço físico. Um dos maiores problemas aqui é o espaço físico e falta de profissional também. Acaba que não tem o suficiente para a demanda.” (Enf. 12)*

Alguns conceitos emergiram nos discursos dos enfermeiros como sendo essenciais para uma continuidade nos serviços: escuta qualificada, boa comunicação, atenção permanente como evidenciado no discurso a seguir:

*“O primordial no acolhimento é a escuta qualificada, é ouvir e definir se ele precisa de um atendimento, se é médico, se é de enfermagem, se às vezes é uma procura que não é daqui da nossa unidade, é pra uma especialidade.”* (Enf.6)

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2011b). Dessa forma, o estudo também observou que se faz necessária uma integração dos serviços em Rede de Atenção à Saúde, para que a mudança seja um processo estruturado e contínuo de modo a garantir resolutividade.

*“[...] aqui na clínica médica, sou eu que faço. Por compromisso próprio, é pessoal mesmo, profissional pessoal, ninguém passou essa demanda pra mim, a unidade não solicitou que eu fizesse o acolhimento. Eu é que implantei e estou fazendo. [...]”* (Enf. 3)

A necessidade dos serviços de saúde em direcionar a proposta de um acolhimento eficaz, transformando a triagem em escuta qualificada, precisa ser discutido em equipe como uma tentativa de compreender o acolhimento em saúde como uma nova possibilidade ética inclusiva (SOUSA et al., 2008) Os profissionais de enfermagem identificam-se com esta prática no estudo. A integração entre a equipe destacou-se como fortaleza no estudo, os fatores limitantes percebidos, referem-se a capacitação dos trabalhadores sobre a política de humanização, assim como deficiência estrutural e de recursos humanos.

*“[...] implantar, até que eles exigiram que fosse implantado aqui na secretaria, só que aqui no centro de saúde ..., a gente tem um problema muito grande de questão de sala, espaço físico, consultório, então a gente não conseguiu implantar porque não está tendo consultório nem para as próprias consultas. Então para esse acolhimento ser como deveria ser, direitinho, evoluir paciente, colocar no sistema, teria que ter uma sala com computador pra fazer esse acolhimento que na verdade aqui não existe. Então acaba que a gente faz o “acolhimento corredor”. Paciente pede informação, os técnicos têm alguma dúvida, nos chamam, a gente vai lá e orienta o paciente. Tem a classificação que também deveria acontecer, aí quando, por exemplo, tem excesso de paciente para o atendimento naquele dia querendo atendimento com médico, então a gente vai lá, faz uma triagem, que não deixa de ser um acolhimento também, faz uma triagem com esses pacientes, vê quais que têm maior necessidade de ser atendido no dia e orienta os demais ou remarca consulta, ou já encaminha para onde tem que ser encaminhado. Aqui funciona dessa forma.” (Enf. 12)*

Faz-se necessário resgatar sempre com a equipe o conhecimento técnico da equipe ampliando suas ações, sendo sempre o fazer acolhimento um local para trocas, pois podem haver várias definições embasadas na prática de cada um, como as presentes a seguir:

*“Se a gente for falar teoricamente tem várias palavras que são sinônimos de acolhimento, que é acolher, é receber, que é abraçar. Então são várias palavras que descrevem o que na verdade a Secretaria fala a respeito do acolhimento é justamente você dar uma resposta ao paciente, uma resposta efetiva. É o paciente chegar, você receber, você ouvir, né? Que também faz parte do acolhimento. E através dessa escuta qualificada, que em alguns locais tem até um local específico, tem um local da escuta qualificada, que é quando você para, ouve, você identifica qual é a demanda do paciente, qual a necessidade dele, para aí então você ser resolutivo, para aí então você trazer uma resposta. Então acolhimento abrange tudo isso, que é desde o momento que você recebe, você ouve, até o momento que você dá realmente a resposta que o paciente precisa.” (Enf. 5)*

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece uma maior participação do usuário durante a prestação de serviço. Este espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SOUZA et al., 2008). No estudo, os profissionais reconheceram que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários:

*“[...] a gente trabalha com uma área adstrita, a gente começa a conhecer os pacientes, fica fácil fazer o acolhimento. Já conhece pelo nome, fica tudo mais fácil.” (Enf. 10)*

O acolhimento é visto como a produção de relações de escuta e responsabilização:

*“É o paciente chegar, você receber, você ouvir, né? Que também faz parte do acolhimento. E através dessa escuta qualificada, que em alguns locais tem até um local específico, tem um local da escuta qualificada, que é quando você para, ouve, você identifica qual é a demanda do paciente, qual a necessidade dele, para aí então você ser resolutivo, para aí então você trazer uma resposta.” (Enf.5)*

Segundo Medeiros et al, (2010) a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e à satisfação do usuário, fundamentais no processo de mudança do trabalho em saúde. Essa relação também foi percebida por um dos enfermeiros:

*“[...] acho que já ficou claro em todas as minhas falas a percepção de que dá uma diferença qualitativa pro trabalho, ela é enorme, ela é clara mesmo.” (Enf. 2)*

Faz-se necessária, uma maior aproximação ao que é preconizado pela PNH, volumes I e II do Caderno de Atenção Básica n. 28 sobre o Acolhimento à demanda espontânea, (BRASIL, 2011, 2012) para que o Acolhimento seja tratado como instrumento eficaz e necessário para a reorganização dos serviços e uma melhor cobertura populacional. E podendo também utilizar um protocolo institucionalizado de Classificação de Risco para que o profissional Enfermeiro renove sua prática de forma autônoma (BRASIL, 2011b). Dessa forma a partir de alguns discursos, é ressaltada a necessidade da implantação e efetivação das práticas estruturadas:

*“O acolhimento a gente faz mais ou menos dentro, a gente ainda não tem muito bem estruturado, mas a gente faz mais ou menos dentro da classificação de risco. Inclusive existe muita pouca literatura de acolhimento na atenção primária. Então o atendimento é priorizado pelo risco, de saúde do paciente. A gente fez um protocolo aonde tem os critérios, mas não é bem ainda um protocolo da unidade. [...]Não existe um fluxo oficializado não, a gente vai mais pela necessidade mesmo.”(Enf. 9)*

Portanto, o acolhimento surge nesse contexto como um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde em um serviço, não se limitando a recepção do paciente, mas em uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde, como esclarece a PNH, a qual exemplifica que acolhimento e inclusão do usuário devem promover a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. (MEDEIROS et al., 2010) Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a implementação do SUS tenha avançado nos últimos anos, principalmente em função do processo de descentralização, ainda existem desafios a serem superados com destaque para as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, conforme evidenciado neste estudo.

As UBS são preconizadas como a porta de entrada preferencial para o sistema. Assim de um lado estão os usuários, que buscam a atenção com acolhimento de modo resolutivo, e este estudo demonstra que do outro lado estão os profissionais de saúde, que reivindicam melhores condições de trabalho com acesso à capacitação profissional e também participação mais efetiva na gestão dos processos de produção da saúde. Ou seja, demonstra claramente, neste caso na Regional da Ceilândia, que a implementação do SUS é permeada por conflitos e contradições.

A partir deste estudo compreendeu-se que o Acolhimento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Regional de Ceilândia, mas não de forma estruturada nem embasada no que está preconizado pelo Ministério da Saúde. Ainda a lógica das unidades é predominantemente por ordem de chegada como evidenciam os discursos dos enfermeiros, os quais demonstraram, entre outras preocupações o fato do usuário necessitar se deslocar para a unidade básica, na madrugada, para entrar na fila, na tentativa de marcar uma consulta.

Nos relatos há o consenso de que todos os funcionários da UBS devem realizar o Acolhimento, e que o enfermeiro é um ator fundamental neste processo. A fala dos enfermeiros evidenciou que estes não realizam o Acolhimento com Classificação de Risco a partir de um protocolo ou instrumento construído coletivamente. Muitos profissionais afirmaram desconhecer a existência da Classificação de Risco na Atenção Básica, um inclusive fala que não deve ser aplicado na APS e sim apenas no hospital.

Por conseguinte, os resultados deste estudo pretendem contribuir para o redirecionamento de atividades e criação/implantação do Acolhimento na Regional da Ceilândia de forma que o atendimento seja agilizado com consequente bem-estar do usuário.

Entretanto, vale ressaltar que, para a UBS trabalhar com o acolhimento, o que pressupõe, entre outros aspectos, o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, faz – se necessário que o sistema local de saúde esteja organizado com base na referência e contra



referência de forma a garantir a integralidade da assistência. Ou seja, não basta a UBS, mais especificamente, os profissionais desejarem incorporar o acolhimento no seu processo de trabalho. Precisa-se de uma articulação em rede de atenção.

O fato do instrumento utilizado na entrevista ter sido testado apenas com uma profissional e a população do estudo ter sido composta apenas por profissionais enfermeiros, não incorporando outros profissionais que também estão ou deveriam estar envolvidos no processo de acolhimento, traduz-se em limitações deste estudo.

Nesse sentido, ressalta-se ainda a importância de pesquisas futuras, voltadas para a opinião dos usuários sobre o acesso nas UBS da Ceilândia. E também de estudos que possam enriquecer a discussão sobre a temática do Acolhimento com Classificação e Estratificação de Risco dentro dos ambientes da atenção primária no Distrito Federal, pois a maioria dos estudos realizados trazem como cenário a área hospitalar.

.

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comun Saúde Educ**, p. 9(17):398-406, 2005.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília. 1994. 20p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde**., 2000. 24p. il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**., Rio de Janeiro, 2001a. 344 p., tab., graf.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Básica (PAB): parte física**/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 32 p. il.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 604p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)> Acesso em: 18 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde - HumanizaSUS**, Brasília, 2004. 32p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)> Acesso em: 13 set. 2013

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2006a. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde: avanços e desafios**. CONAAS. Brasília: Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2006b. 164p. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass\\_progestores/sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf)> Acesso em: 02 Nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília. 2006c. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao do SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)> Acesso em: 14 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf)> Acesso em: 12 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2011a. 208 p. – (Série E. Legislação de saúde). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Coletanea\\_Normas.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Coletanea_Normas.pdf)> Acesso em: 22 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília. 21 out. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 22 set 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, v. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II), 2012.

CAMELO, M. S.; MARTINS, A. D. M.; PINHO, D. L. M. **Acolhimento com classificação de risco: tecnologia para reorganização do acesso e cuidado no sistema de saúde do DF**. In: VIII Congresso de Iniciação Científica do DF “A Arte de Fazer Pesquisa e Produzir Conhecimento no Século XXI”, 2011. Resumos. Brasília, 2011.

CARLOS, E. F. et. al. Programa de Saúde da Família: Inclusão dos Usuários na Escolha dos Serviços Oferecidos. **R bras ci Saúde** 13(2):63-68, 2009.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro. 1995. 135 p.

CODEPLAN. **PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PDAD 2013**. Ceilândia: Governo do Distrito Federal, 2013.

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

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comun Saúde Educ**, p. 9(17): 287-302, 2005.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Rio de Janeiro; s.n; 2000. 307 p. graf.

MEDEIROS, F. A. et al . Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud pública**, Bogotá , v. 12, n. 3, June 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p. ilus.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2071-2085, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Ago. 2014.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e Desafios do acolhimento na reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema

Único de Saúde de Belo Horizonte, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, p. 18(7):1893-1902, 2013.

NASCIMENTO, E. R. P et. al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 19(1), p. 84-88, 2011.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: ALMEIDA, R. &. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489 – 503.

PINTO, I. C. E. A. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade.. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 20, n. 5, Outubro, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000500013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 nov. 2013.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, Fev, 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Ago. 2014.

ROLLO, A.; OLIVEIRA, R. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY EE **O agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, Lugar Editorial, 1997. p. p. 321-352.

ROSARIO, M. D. S. A segurança das informações em saúde sob responsabilidade do DATASUS: uma análise com enfoque na privacidade e na confidencialidade., Rio de Janeiro, 2010.

SCNES. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES)**. [S.l.]: [s.n.], 2013.

SES/DF. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal**. [S.l.]: [s.n.], 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_df.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf). Acesso em: 13 nov 2013.

SILVA, P. L. B.; DRAIBE, S. M. Avaliação da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: PAB, Programas e Incentivos. **UNICAMP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP)**, 2001.

SOUSA, C. R. P. et al. Acolhimento acolhedor em saúde: fragmentos de uma experiência. **Revista Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 27 n.1, p. 33-39, jan./jun, 2008.

SOUZA, E. C. F. de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 12 jul. 2014.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma prática de conversação. In: PINHEIRO R, M. R. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco: [s.n.], 2007. p. 89-112.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família no Brasil. **Physis**, v.8, n.2., [S.l.]: [s.n.], 1998. p.17-38.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS DO ACOLHIMENTO

Nº: \_\_\_\_\_

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

Caracterização:

Código: (Três primeiras letras do nome) \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Nº Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na unidade: \_\_\_\_\_

Tempo no Acolhimento: \_\_\_\_\_

#### Questões Norteadoras:

- Você poderia me contar como foi implantado e como funciona o acolhimento aqui nesta UBS?
- Qual o papel do enfermeiro no acolhimento?
- Qual o percurso do usuário após o acolhimento?

Questões Complementares:

- Existe protocolo específico para o acolhimento?
- Quais as atividades desenvolvidas por você no Acolhimento?
- Existem outros profissionais que participam da equipe de acolhimento? Em existindo quais as atribuições?
- Qual o percurso do usuário após o acolhimento na rede de atenção?



## APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O (a) Senhor (a) esta sendo convidado (a) a participar do projeto: **ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIONAL DA CEILÂNDIA**. O objetivo desta pesquisa é compreender o processo de acolhimento das Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia. Espera-se como finalidade desse estudo contribuir, com os seus resultados, para as discussões a respeito da organização dos serviços de atenção primária na regional de saúde da Ceilândia, particularmente no que diz respeito ao acolhimento.

A sua participação é de grande importância para a realização do presente trabalho e alguns critérios serão considerados:

- A participação na pesquisa é voluntária e consistirá de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim desejar.
- Asseguramos que seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os resultados serão utilizados somente para fins científicos.
- As informações obtidas serão divulgadas na Universidade de Brasília e poderão ser publicadas posteriormente. Os dados obtidos ficarão sob a guarda do pesquisador.
- O presente TCLE está elaborado em duas vias. Uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o pesquisador.

Desde já, agradeço a sua participação na pesquisa. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo da pesquisa e concordo com a utilização devida, nesta pesquisa, das informações por mim prestadas.

---

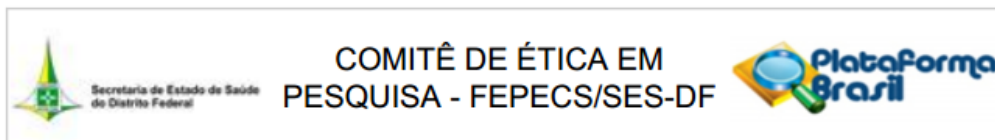
Nome/Assinatura do(a) participante:

---

Nome/Assinatura do pesquisador:  
TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BÁRBARA REHEM

Ceilândia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa– FEPECS/SES-DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Regional da Ceilândia/DF

**Pesquisador:** TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25086814.0.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 614.772

**Data da Relatoria:** 14/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

"A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços de saúde do SUS, em meados da década de 90, buscando, além de ampliar o acesso, viabilizar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade. Diante do exposto se justifica a realização de estudos para compreender como ocorre o processo de acolhimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde. Neste sentido, este estudo busca responder a seguinte pergunta: como se dá o Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde na regional da Ceilândia? Tem como objetivo compreender o processo de acolhimento das Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia. Será realizado um estudo com abordagem qualitativa, tendo como cenário as 11 UBS da Regional de Saúde da Ceilândia. Serão entrevistados os enfermeiros que trabalham no acolhimento, sendo utilizado um instrumento para coleta de dados com questões norteadoras. As entrevistas serão gravadas e transcritas, sendo mantida o conteúdo literal das falas, Em seguida serão analisadas por meio de análise de conteúdo de Bardin."

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Compreender o processo de acolhimento das Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia.

**Objetivo Secundário:**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 614.772

- Identificar as Unidades Básicas de Saúde na Regional da Ceilândia onde está implantado o acolhimento.
- Entrevistar os enfermeiros que realizam o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Ceilândia.
- Analisar o processo de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Ceilândia."

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos:

Como se trata de uma pesquisa que envolve entrevista, um possível risco é que alguma pergunta cause constrangimento ao entrevistado. Para minimizar este risco o entrevistador (aluno) será previamente treinado, de modo a minimizar as possibilidades de riscos.

Benefícios:

Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para a implantação/implementação do processo do Acolhimento nas UBS de Ceilândia, trazendo potenciais benefícios para os usuários do SUS."

Embora o pesquisador tenha sido sucinto na descrição dos possíveis riscos, no TCLE é apresentado os dados referentes aos sigilo e confidencialidade dos dados, conforme descrição abaixo:

"- A participação na pesquisa é voluntária e consistirá de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

- Asseguramos que seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os resultados serão utilizados somente para fins científicos."

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

"Na análise dos dados, será adotada a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, modalidade temática, com a utilização das três etapas: organização dos dados, exploração e categorização dos achados nas entrevistas, agrupando os dados de acordo com sua similaridade semântica para realizar a sua interpretação."

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

Foram apresentados adequadamente os termos obrigatórios:

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 614.772

- Folha de Rosto assinada pelo pesquisador principal e pelo responsável pela instituição em que será realizada a pesquisa;
- Curriculum vitae dos pesquisadores;
- Projeto de pesquisa completo contendo cronograma da pesquisa e planilha de orçamento;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Termo de Concordância.

**Recomendações:**

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

Projeto aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 14 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**

**luiz fernando galvão salinas  
(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com