



Sales Silva Nascimento

**O acolhimento no processo de trabalho em saúde no município Itabuna - Bahia**

Teixeira de Freitas

2021

Sales Silva Nascimento

**O acolhimento no processo de trabalho em saúde no município de Itabuna - Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

Coorientadora: Prof. Dra. Lina Rodrigues de Faria

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Teixeira de Freitas

2021

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)**  
**Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

N244a Nascimento, Sales Silva, 1990-

O acolhimento no processo de trabalho em saúde no município de Itabuna - Bahia / Sales Silva Nascimento. – Teixeira de Freitas: UFSB, 2021. -  
61f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, Centro de Formação em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

Orientador: Dr. Luiz Antonio de Castro Santos.

1. Acolhimento nos serviços de saúde – Itabuna (BA). 2. Humanização da assistência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família – Itabuna (BA). I. Título.

CDD – 614

**Elaborada por Raquel da Silva Santos – CRB-5ª Região/ 1922**

Sales Silva Nascimento

**O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.  
Aprovado em: 30/09/2021.

Banca Examinadora



---

Dr<sup>a</sup>. Soraya Dantas Santiago dos Anjos- UESC (Membro externo)



---

Dr<sup>a</sup>. Rocio Elizabeth Chavez Alvarez – UFSB ( Membro Interno)



---

Marcos Caseiro – UNIFESP/EPM (Membro externo)

---

Profa. Dra. Lina R



(Membro Interno)

Teixeira de Freitas

2021

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente a todos aqueles que de certa forma, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta pesquisa fosse realizada.

De modo especial, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Antonio de Castro Santos e minha à coorientadora Professora Doutora Lina Rodrigues de Faria pelo esforço e ajuda inestimável na orientação desta pesquisa.

Sou grato também aos demais professores do mestrado, Jane, Tom, Márcio e Rocío, bem como aos meus colegas de mestrado pelas importantes contribuições nesta trajetória.

Por fim sou grato a todos os participantes desta pesquisa pela boa vontade e colaboração que foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

## RESUMO

No processo de trabalho de uma equipe de saúde da família o acolhimento é fundamental para organização dos serviços, favorecendo maior acesso aos usuários, escuta qualificada e direcionamento adequado dos problemas. Esta pesquisa teve por objetivo analisar o acolhimento aos usuários da atenção básica de um município no estado da Bahia, compreendendo as facilidades e dificuldades existentes nesse processo a partir das percepções dos profissionais de saúde e dos usuários. A pesquisa teve um caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Em relação ao procedimento técnico foi realizado um estudo de campo em que houve uma observação direta das atividades dos grupos estudados e de entrevistas com informantes para captar suas percepções sobre o processo analisado. Num primeiro momento, foi realizado um estudo bibliográfico sobre conceitos como acolhimento, humanização, vulnerabilidades, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde, processo de trabalho e participação social, bem como a análise dos documentos municipais sobre o acolhimento em saúde. Posteriormente, a observação sistemática e a aplicação de dois roteiros de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e usuários. Como resultado desta pesquisa foi percebido que há uma insatisfação tanto de usuários quanto de profissionais de saúde no que se refere à inadequada estrutura física das Unidade de Saúde, à sobrecarga de alguns profissionais de saúde no momento do acolhimento, principalmente o recepcionista bem como a falta de resolutividade de alguns setores como marcação de exames que gera um sentimento de acolhimento inadequado na população.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Acolhimento. Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

In the work process of a family health team, user embracement is essential for the organization of services, favoring greater access to users, qualified listening, and adequate addressing of problems. This research aimed to analyze the reception of users of primary care in a municipality in the state of Bahia, understanding the facilities and difficulties in this process from the perceptions of health professionals and users. The research had a descriptive and exploratory character with a qualitative approach. Regarding the technical procedure, a field study was carried out in which there was direct observation of the activities of the studied groups and interviews with informants to capture their perceptions about the analyzed process. At first, a bibliographic study was carried out on concepts such as welcoming, humanization, vulnerabilities, Family Health Strategy, Primary Health Care, work process and social participation, as well as the analysis of municipal documents on welcoming in health. Subsequently, systematic observation and application of two semi-structured interview scripts with health professionals and users. As a result of this research, it was noticed that there is dissatisfaction both among users and health professionals regarding the inadequate physical structure of the Health Units, the overload of some health professionals at the time of reception, especially the receptionist, as well as the lack of resoluteness in some sectors, such as scheduling exams, which generates a feeling of inadequate reception in the population.

**Keywords:** Humanization of Assistance. User Embracement. Primary Health Care. Family Health Strategy.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Unidades de Saúde segundo abrangência Módulo/Área de cobertura, no Município de Itabuna, no Estado da Bahia – 2018.....	25
--	----



## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial CEP- Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde CS- Centro de Saúde
ES	Equipe de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família OMS- Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica PNH- Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde USF- Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na área de saúde iniciou-se em 2009 com a aprovação no curso de medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Durante os anos de curso tive grande identificação com a saúde pública e com a Medicina de Família e Comunidade.

O curso de medicina da UESC tem como norte metodologias ativas de ensino aprendizagem e dentre elas trabalha com Práticas de Integração Ensino-serviço-comunidade, o que me proporcionou a oportunidade de ver a saúde por um ângulo diferente do tradicional, pude perceber e viver as influências dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Após minha graduação no final do ano de 2014 iniciei meu trabalho na Atenção Básica do município de Itabuna-BA pelo programa Mais Médicos para o Brasil no qual trabalho até o presente momento. Trabalho em uma comunidade carente com uma população com diversas dificuldades socioeconômicas e sofrimentos diversos, o que me fez perceber o quanto acolher as pessoas é fundamental para amenizar seus problemas

Nas vivências deste trabalho, entendi que o tema acolhimento necessita ser mais estudado e valorizado dentro do Sistema Único de Saúde pois ele é um item fundamental para o seu sucesso.

Por este motivo resolvi realizar uma pesquisa que avaliasse a satisfação dos profissionais e dos usuários com o acolhimento realizado nos serviços de saúde desse município.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	15
2.3 As Vulnerabilidades E Os Riscos Em Saúde E A Importância Do Acolhimento Às PopulaçõesFragilizadas .....	18
2.4 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO19	
2.5 TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE ...	20
2.6 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE ITABUNA .....	23
<b>3 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>25</b>
3.1 Objetivos Específicos .....	25
<b>4 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
5.1 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	27
5.2 AMOSTRA .....	28
5.3 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS .....	28
5.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	29
<b>6 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>30</b>
6.1 O acolhimento: percepções dos profissionais de saúde.....	31
6.1.1 ACOLHIMENTO: SIGNIFICADOS .....	31
6.1.2 O ACOLHIMENTO NA PRÁTICA.....	33
6.1.3 ACOLHIMENTO: FRAGILIDADES .....	35
6.1.4 ACOLHIMENTO: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS .....	36
6.2 O Acolhimento: Percepções dos usuários .....	37
6.2.1 O contato inicial .....	37

<b>6.2.2 Satisfação dos usuários .....</b>	<b>39</b>
<b>6.2.3 Acolhimento algo a melhorar .....</b>	<b>39</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO A – TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B – TCLE USUÁRIOS .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DE SOM DE VOZ.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO E – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO F – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização, cuja diretriz mais importante é o acolhimento, surge como proposta aos problemas referentes ao acesso aos serviços de saúde pública e à qualidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde nas unidades, que persistem mesmo com os avanços e conquistas nas últimas décadas no Sistema Único de Saúde (SUS), e com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Problemas esses que decorrem da forma de organização do atendimento ao usuário prestado nos serviços de saúde, com marcação de exames e consultas, distribuição de atribuições entre os profissionais de saúde, avaliação dos riscos em saúde, das vulnerabilidades, dos agravos e graus de sofrimento.

A qualidade da assistência do acolhimento na atenção básica relaciona-se a diversos fatores que interagem entre si e, conseqüentemente, ocasionam respostas que vão interferir no processo de trabalho dos membros da equipe multidisciplinar no Sistema Único de Saúde.

A prática do acolhimento constitui ferramenta fundamental para a reorganização do processo de trabalho, pois possibilita, também, o cuidado efetivo e a resolutividade das ações desenvolvidas. Portanto, no processo de trabalho de uma equipe de saúde da família, o acolhimento é fundamental para organização do serviço, proporcionando aos pacientes qualidade no acesso aos serviços e escuta mais qualificada, com o direcionamento adequado de seus problemas em busca de uma resolubilidade eficaz.

O acolhimento pretende direcionar o cuidado para o usuário e não para a sua doença apenas, mudando o foco da atenção para o trabalho em equipe multiprofissional. A abordagem exige do profissional maior comprometimento com o processo saúde/doença da população, daí a importância da implantação e efetivação do acolhimento como forma de garantir o acesso a todos os usuários aos serviços de saúde.

Segundo Hennington (2005), acolher significa humanizar o atendimento. O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS, podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011). O acolhimento facilita, dinamiza e

organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas e melhorarem o trabalho.

Ainda segundo Hennington (2005), o acolhimento reduz a fragmentação dos atendimentos prestados, pode resolver o problema da demanda e evitar as listas de espera, além de substituir a triagem pela intervenção, buscando resgatar princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde.

O acolhimento é, portanto, diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo de trabalho (BREHMER; VERDI, 2010).

O presente estudo enfatiza a importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família. O acolhimento é uma fase do atendimento nos serviços de saúde que vem ganhando importância na recepção do usuário nas unidades básicas de saúde (UBS). Após a evolução das políticas de saúde pública, o acolhimento vem sendo integrado à estrutura organizacional da Atenção Básica (AB). O presente estudo busca fortalecer o significado de acolhimento pretendido pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH).

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, o acesso à saúde passou a ser um direito social, fruto do Movimento Sanitário na década de 1970 que tinha por objetivo transformar o paradigma da saúde brasileira de uma abordagem predominantemente biológica dos problemas para uma abordagem em que fossem considerados outros fatores dentre os determinantes e condicionantes da distribuição das doenças. Buscou-se também mudar o caráter privativo e restrito do acesso aos serviços de saúde para um acesso público e universal com o Estado desempenhando papel central na democratização do acesso à saúde e reestruturação do sistema de serviços de saúde (VIACAVA et al., 2018)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei 8080/1990 tendo como princípios e diretrizes: a universalidade de acesso a saúde; a igualdade na assistência; a integralidade do cuidado; a participação da comunidade e a descentralização político-

administrativa. A Lei 8080 foi complementada pela Lei 8142/1990 que reforça a participação popular por meio da instituição de Conselhos e Conferências de Saúde (VIACAVA et al., 2018)

O SUS é responsável por oferecer serviços em todos os níveis de atenção, sejam eles primários, secundários ou terciários, porém sabe-se que a Atenção Primária em Saúde (APS) é tratada pela Organização Mundial em Saúde (OMS) como a principal política para reorganização da atenção à saúde desde a década de 70, com o objetivo de promover melhor organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde, inicialmente nos países menos desenvolvidos e posteriormente se expandindo para os demais países (CECILIO et al., 2012)

A APS é o acesso preferencial nos serviços de saúde e o primeiro contato dos usuários com as equipes, pois é o nível que teoricamente está mais perto das famílias e das comunidades, devendo coordenar os fluxos dos pacientes dentro dos diversos serviços de saúde existentes na rede com objetivo de promover maior equidade e resolubilidade neste acesso (CECILIO et al., 2012)

No Brasil desde o movimento da Reforma Sanitária, passando pela criação do SUS até os dias atuais, vários foram os modelos de APS executados dentro dos serviços de saúde denominadas, em geral, Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis por prestar este atendimento dito básico à população. Esses modelos se diferenciavam por características como tipo de atendimento médico, agendado e não agendado, incorporação ou não da atenção odontológica e outras categorias profissionais, modos de trabalhar o território e o processo de trabalho e a incorporação das ações programáticas em saúde (CECILIO et al., 2012)

Dentre essa multiplicidade de modelos de APS, o Ministério da Saúde (MS) em 1994 define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo estruturante do SUS e posteriormente em 2006 por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ratifica e amplia seus objetivos, sendo a estratégia preferencial e modelo substitutivo para a organização da Atenção Básica (CECILIO et al., 2012).

A Estratégia de Saúde da Família iniciou com o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde. Desde então, a ESF é definida como modelo preferencial para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no País. Por meio dessa estratégia, o cuidado é ofertado por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) em suas relações com a família e com a comunidade (ROSA, LABATE, 2005).

O surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, faz parte de uma mudança de tendência no que se refere ao modo como as políticas de saúde passaram a ser vista no Brasil após a criação do SUS, em que há uma maior valorização do cuidado com a família e a comunidade. Apesar de por vezes ser vista como um atendimento simplificado e de baixa complexidade, no PSF há incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da família e da comunidade, principalmente de grupos mais vulneráveis, tornando-se, assim, essas práticas, de alta complexidade -- apesar da utilização, na maioria das vezes, de práticas ou técnicas leves e “leve-duras” em sua abordagem cotidiana, não dispondo frequentemente de equipamentos de alta complexidade, o que leva a interpretações equivocadas (ROSA, LABATE 2005).

Porém, sabe-se que em alguns municípios que adotaram o PSF, ainda não há um debate específico sobre modo de relação entre os profissionais e a população local, e o PSF significou mais uma modificação institucional como nova divisão de trabalho entre os profissionais, alteração em sua remuneração, diferente local de atenção do que uma maior proximidade com o cotidiano das famílias e comunidade (ROSA; LABATE 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha com a concepção de atenção à saúde com foco na família e na comunidade, por meio de práticas que possibilitam novas relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com base neste aspecto, foi possível a concepção e a construção de um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário. No entanto, para que haja uma reorganização das práticas de atenção à saúde é preciso que ocorra um processo permanente de capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010; BRITO, NETO 2018).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança na assistência e no cuidado em saúde, com interação constante de trabalhadores de diferentes áreas de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja efetivo e integral. Neste sentido, o acolhimento é um importante instrumento de (re)organização do processo de trabalho das equipes de saúde bem como um mecanismo de ampliação do acesso do usuário ao Sistema de Saúde (Brasil, 2011; Soratto, et.al., 2015).

No Brasil, o acolhimento foi proposto como um dispositivo para reorganizar o processo de trabalho dos serviços de saúde, colocando em evidência as formas de cuidado. É uma das perspectivas da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que define o acolhimento como um processo a perpassar todos os atendimentos, uma postura de escuta que leve em conta as necessidades de saúde dos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).



## 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade e a dignidade do cuidado em saúde, além de reestruturar as iniciativas de humanização no SUS e organizar a gestão do trabalho em saúde (PASCHE; PASSOS, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS entende a “indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (p.4). Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo o desafio de experimentar novas formas de organização dos serviços e práticas do cuidado (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS direciona estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos e pode efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. “Há um pouco mais de uma década a PNH fomenta mudanças na atenção e na gestão ao convidar os sujeitos envolvidos a (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira” (MARTINS; LUZIO, 2017, p.14).

A PNH fez uma inflexão no interior das demais políticas de saúde, visando à integralidade das práticas e buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão. E, inclusive, produziu desvios nos modos tradicionais de fazer políticas, nos programas verticais e uniformes da gestão federal que ainda hoje determinam as ações em todos os cantos do país. (MARTINS; LUZIO, 2017, p.14).

Os entraves e os desafios do SUS foram tomados como ponto de partida para a PNH, que buscou reescrever as experiências, enfatizando a potência para reinventar a clínica, a gestão e os modos tradicionais de trabalhar em saúde. Diante dos diversos impasses dentro do SUS principalmente da organização do sistema de saúde é importante o constante debatesobre a humanização do cuidado e o questionamento do modelo tecno assistencial no que se refere à disponibilização de tecnologias, recursos e saberes à população, sendo necessário por

isso retomar a agenda da reforma sanitária questionando as práticas de saúde realizadas pelos profissionais e equipes no sentido de buscar uma prática organizada, justa e humana, que amenize o sofrimento das pessoas.(PASCHE; PASSOS, 2011)

O acolhimento, uma das principais diretrizes da PNH visa reorganizar os serviços de saúde, com o intuito de oferecer respostas às demandas da sociedade. Traduz a intenção de um atendimento com garantia de acesso aos serviços e a humanização das relações no processo saúde/doença/cuidado. De acordo com o Ministério da Saúde, não há uma única e melhor forma de acolher à demanda espontânea, mas variadas condutas de ajustes desse processo a depender da realidade vivenciada por cada equipe, necessitando, neste sentido, que os profissionais de saúde assumam o papel de protagonistas no processo saúde/doença, no melhor acolhimento à população (BRASIL, 2011).

O acolhimento traz uma nova proposta de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Para isso segue alguns princípios operacionais que envolvem 3 aspectos principais: atender a todos os usuários que procuram os serviços de saúde de acordo com o princípio da universalidade, cabendo ao serviço de saúde acolher, escutar e dar uma resposta positiva com o objetivo de gerar resolubilidade para os problemas de saúde da população; reorganizar o processo de trabalho de forma que exista uma equipe de acolhimento composta por uma equipe multiprofissional tanto para uma escuta inicial quanto para a continuidade do atendimento; qualificar a relação entre trabalhadores e usuários de forma que se torne mais humanizada e solidária (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A partir do encontro entre trabalhadores e usuários, o profissional de saúde utiliza as chamadas “caixas de ferramentas tecnológicas”, sendo estas, segundo a acepção corrente, compostas por saberes e seus desdobramentos. Existiriam três tipos de caixas de ferramentas nesse processo. A primeira caixa de ferramentas seria constituída pelas tecnologias ou práticas ditas “duras”, que permitem manusear os equipamentos para realizar exames físicos, exames laboratoriais e de imagem, que contribuem para o raciocínio clínico. Seriam constituídas por trabalho “morto” das máquinas e trabalho “vivo” dos operadores. A segunda caixa de ferramentas teria por referência as práticas “leve-duras”, constituídas pelos saberes bem definidos como a clínica e a epidemiologia, executadas no próprio agir profissional no momento da consulta em interação com o usuário, existindo, por hipótese, uma tensão entre a “dureza” do olhar e do raciocínio estruturado, e, por outro lado, a “leveza” exigida pelo usuário, podendo, contudo, predominar a dureza ou a leveza neste ato, a depender da maleabilidade do profissional de saúde. A terceira caixa de ferramentas permitiria a interação trabalhador-usuário, ao trabalhar com as relações, com a escuta, o interesse, o vínculo e a

confiança. Essa prática ou tecnologia chamada leve permite que o profissional e o usuário compartilhem informações e entendam um ao outro de maneira singular, possibilitando uma melhor compreensão do estado de saúde das pessoas. Neste momento surge uma maior possibilidade de o usuário agir de forma ativa, interagir e mostrar sua visão, e também de promover alterações na conduta do profissional com quem interage. A tecnologia leve seria a ferramenta básica do processo de acolhimento (MERHY; FEUERWERKER, 2002). Importante assinalar o equívoco, que parece desafiar o tempo (e bibliografias sem conta), no emprego do termo “tecnologia” para designar o que a rigor são “práticas”. Quando a moda recente se refere às tais “tecnologias de saúde”, o que se deve é insistir no emprego da noção de “práticas de saúde”. Ao termo “tecnologias” reserva-se a aplicação dos múltiplos usos de equipamentos e correlatos. “Tecnologia leve” não se aplica a “cuidado”, práticas de acolhimento não são em absoluto técnicas, muito menos “tecnologias”.

O acolhimento, a rigor, é noção carregada de sentido afetivo, de proximidade, de pertença. Por essa razão é que, durante o acolhimento, tem-se uma escuta qualificada e realizada por todos os profissionais da equipe. Há diversas modelagens de acolhimento, cabendo à equipe testá-las e escolher as que mais se adequam às necessidades, e que essas escolhas sejam pactuadas e analisadas tanto por profissionais quanto por usuários. “Nesse sentido é válido enfatizar que, ao se trabalhar com a tecnologia (sic) das relações durante o atendimento, o acolhimento constitui-se como uma das primeiras ações a ser desenvolvida portada a equipe no momento de receber o usuário na unidade de saúde” (BRASIL 2011, COELHO, JORGE, ARAÚJO, 2009, p. 442).

Neste cenário, várias estratégias são possíveis para qualificar o atendimento com um acolhimento efetivo e que favoreça a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade. Entre estas estratégias está a identificação de pessoa ou famílias que estejam em situações de vulnerabilidade, sendo este risco identificado neste primeiro contato ou por meio de busca ativa pelos membros da equipe de saúde da família. Além disso, deve-se considerar populações que em si já vivem em situação de risco e vulnerabilidade, necessitando de um olhar especial, como a população indígena, quilombola, assentadas, populações ribeirinhas (BRASIL, 2009).

O conceito de vulnerabilidade social tem sido discutido por diferentes autores, com definições próximas, mas acentuações diversas dos fatores relevantes como a questão econômica e as relações sociais. É importante destacar a pluralidade de significados que as palavras vulnerabilidade e risco adquirem em diversos contextos. De acordo com Oviedo e Czeresnia (2015), o conceito vulnerabilidade relaciona-se ao de risco em saúde “com base em

complexos processos de fragilização biossocial que exprimem, de maneira inextricável, valores biológicos, existenciais e sociais” (p. 237), associados a diferentes contextos históricos, econômicos e políticos.

Porém, independentemente das perspectivas adotadas pelos vários autores, parece haver consenso quanto ao fato de a vulnerabilidade social não ser somente consequência da exposição a perigos, mas sim o resultado de condições de desigualdades relacionadas à pobreza, idade, sexo, classe social, entre outros fatores condicionantes (MENDES, 2015).

### **2.3 AS VULNERABILIDADES E OS RISCOS EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO ÀS POPULAÇÕES FRAGILIZADAS**

O termo vulnerabilidade é interdisciplinar e está presente tanto na área da saúde quanto em outras áreas, associado ao sentido de fragilidade. Na área do direito se relaciona às pessoas com diminuição da capacidade de agir ou enfraquecidas biológica ou socialmente, sendo necessário garantir os direitos dessas pessoas que precisam de proteção diferenciada. Na área da saúde coletiva o termo vulnerabilidade tanto individual quanto coletivamente, se associa com os principais determinantes e condicionantes de saúde como por exemplo: desigualdade perante a lei e sujeição à violência, dificuldade de acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego (SEVALHO, 2018).

Nesta concepção de determinantes sociais de saúde relacionada à vulnerabilidade expande-se a concepção do processo saúde-doença para além do modelo biológico, possibilitando a elaboração de políticas de saúde que atinjam os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios que modificam seu estado de saúde. Destaca-se que a concepção de vulnerabilidade vai ainda mais além, tendo em sua gênese também a fragilidade de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018)

O conceito de vulnerabilidade vem se tornando um referencial importante principalmente a partir de estudo sobre HIV/AIDS, onde apenas a análise de riscos se tornou insuficiente principalmente quando se atua em prevenção de agravos. A abordagem da vulnerabilidade tem como contribuição fundamental a abordagem mais abrangente do processo saúde-doença e estruturação de programa de saúde ao observar a suscetibilidade dos

indivíduos à ocorrência de eventos deletérios, possibilitando sua aplicabilidade para análise de diferentes objetos de interesse (RUOTI, MASSA E PERES, 2011).

Um desses objetos de interesse é justamente o acolhimento em saúde do indivíduo e da comunidade compreendendo o princípio da equidade como norteador das ações e enfatizando que, na realização do acolhimento é necessário ter habilidade para identificar e classificar riscos e vulnerabilidades, uma vez que permite que o princípio da equidade seja contemplado por meio de atendimentos prioritários para aqueles que necessitam mais do serviço naquele momento.

Neste sentido, a equipe deve realizar o acolhimento de forma humanizada, promovendo uma escuta qualificada, com classificação de riscos e vulnerabilidades de acordo com protocolos e critérios para definição de agendamento de consultas. Além disso, deve realizar o atendimento às urgências, caso haja necessidade, permitindo assim uma maior resolubilidade do serviço (BRASIL, 2011).

O acolhimento promove e fortalece a inclusão e a participação social, essencial na política do SUS, tendo um conjunto de técnicas altamente potentes, que associam a reorganização dos serviços de saúde no processo de trabalho à constituição de dispositivos de autoanálise e auto-gestão, que em conjunto possibilitam modificar a forma de gestão da Unidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

## **2.4 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO**

Os movimentos sociais em saúde surgiram no Brasil no final da década de 1970 destacando-se os movimentos populares em saúde originados nos bairros das periferias devido à ausência de serviços essenciais de saneamento e saúde bem como o movimento médico em busca de melhores condições de trabalho e precariedade do exercício profissional. Em comum esses movimentos tinham o fato de tentar melhorar as condições de saúde e a busca pela redemocratização do país. Nesse processo foram utilizadas diversas formas de mobilização como greves, passeatas e a organização de plenárias de saúde nas unidades subnacionais culminando na Constituinte, em 1986, transformando a luta pela saúde pública em uma questão nacional e vinculada aos problemas estruturais da sociedade brasileira (SILVA, 2015).

De acordo com Silva (2015) apud Greschman, (1995), esses movimentos atravessaram três fases distintas. A primeira foi caracterizada por exigências específicas e por

responsabilizar o Estado pela ausência dos serviços. No segundo momento, percebe-se que não basta apenas deixar a cargo do Estado a resolução dos problemas levantados, deve-se também participar do processo decisório das políticas, ampliar o movimento para além do bairro e unificar a intervenção política. A terceira fase foi definida como de “acesso a formas orgânicas de política” ou de “institucionalização”, coincidindo com o momento em que é formada a Plenária Nacional de Saúde (SILVA, 2015).

A participação popular faz parte da construção do SUS e de suas políticas, incluindo a Política Nacional de Humanização. Apesar do termo humanização estar presente com mais ênfase no âmbito da saúde pública dos anos 1990 até os dias atuais, ele vem sofrendo influências e contribuições desde a década de 1950 tanto da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da defesa do parto humanizado fruto da luta principalmente do movimento feminista e da luta antimanicomial, sendo que este movimento ganha expressão em 1970, a partir da grande mobilização de setores da sociedade civil organizada em um momento de luta pela redemocratização do país com o objetivo de extinguir castigos corporais, mentais, psicológicos bem como uso excessivo de drogas (CONCEIÇÃO, 2009).

As reivindicações do movimento de Reforma Sanitária mostravam a necessidade da construção de um sistema de saúde que fosse além de universal proporcionasse um acesso de qualidade com um acolhimento adequado, incluindo nisso uma crítica ao modelo hospitalocêntrico até então vigente onde o processo de trabalho em saúde era fragmentado, o poder era centralizado, a relação ensino-serviço-comunidade não existia, longas filas para os mais diversos serviços prestados e outros, reclamações estas expostas no fim da década de 1970 até o período que culminou com a pactuação do Sistema Único de Saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

Uma vez garantido o acesso aos usuários, a equipe deve pensar no acolhimento desses, e para isso os profissionais de saúde devem estar preparados para trabalhar com diferenças culturais, sociais, econômicas, comportamentais. Cada usuário deve ser acolhido, ouvido e atendido com respeito à particularidade que apresenta. As equipes multiprofissionais e interdisciplinares devem acolher esse usuário e estabelecer vínculos efetivos e de confiança com todos os atores que atuam na unidade e usuário.

## 2.5 TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

O processo social e político de construção do SUS, sustentados nos princípios da universalidade do acesso, integralidade do cuidado, na equidade e na Atenção Básica como coordenadora do cuidado, levou ao entendimento da necessidade do trabalho interprofissional e interdisciplinar nas redes de atenção à saúde. Esse processo levou a produção de propostas inovadoras de execução do trabalho em equipe centrado nas necessidades individuais e coletivas da população. Com isso busca-se superar o tradicional processo de trabalho fragmentado com um modelo tecnoassistencial que proporcione a colaboração interprofissional (CÂMARA, et al, 2016).

Existem muitas dificuldades para que se consiga um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar nos serviços de saúde pois é necessário um permanente rompimento com práticas enraizadas nos serviços como fruto de formação disciplinar e de valorização das especializações, bem como da própria forma como o trabalho na área da saúde tem se organizado. Ao longo da história o modelo disciplinar de formação tradicional baseado no trabalho profissional sem integração entre as áreas de conhecimento vem sendo suplantado por um trabalho mais integrador, em que os diferentes olhares de cada profissional sobre um mesmo objeto contribuam potencializando a possibilidade de resolubilidade de um problema, bem como contemplando o princípio da integralidade do cuidado preconizado pelo SUS (GELBCKE, et al, 2012).

Com relação à divisão do trabalho em saúde, a prática médica é considerada o núcleo original da técnica científica na área da saúde da qual derivam outros trabalhos especializados. Estes trabalhos que se agregam ao trabalho médico constituem um grupo de diversas áreas profissionais que são necessárias para uma totalidade de ações que promovam um atendimento integral em saúde. No início dos anos de 2000 havia um movimento de desprestígio e desvalorização social de profissões da área da saúde em relação ao trabalho médico, pois ainda vigorava a ideia de que algumas profissões eram superiores as outras, dentro de um modelo de subordinação das categorias de trabalho, refletindo em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressava tanto as diferenças técnicas quanto as desigualdades entre as áreas de saúde (PEDUZZI, 2001).

Neste período os profissionais da área de saúde tendiam a manter as relações assimétricas de subordinação historicamente existentes, bem como seguir o modelo biomédico, deixando em segundo plano outros saberes e ações relativos ao cuidado em saúde que envolvem o lado educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional que são temas periféricos ao trabalho central que é a assistência médica individual. Porém, observa-se que em equipes multiprofissionais em que no trabalho coletivo há menor relação de subordinação

e menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre melhor integração na equipe, favorecendo maior possibilidade de os sujeitos agirem livres de coação e submissão, dando espaço para que todos possam demonstrar suas capacidades de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, na busca de consensos sobre a finalidade e o modo de executar o trabalho (PEDUZZI, 2001).

O trabalho nos serviços de saúde sempre é organizado de forma extremamente parcelado e de forma vertical, sendo organizado a partir do trabalho do médico e sucessivamente vai-se organizando o trabalho dos outros profissionais, sendo este processo consequência por um lado da consolidação das corporações profissionais e por outro, no caso dos médicos, das especializações do saber. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado, pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais; por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber. A organização parcelada do trabalho acaba por fixar os profissionais em determinada parte do projeto terapêutico, consequência deste trabalho fracionado que faz com que os trabalhadores se alienem de seu objeto de trabalho e fiquem, por vezes, sem conhecimento do produto final de seu trabalho. Devido a essa falta de interação com o produto final do trabalho não haverá compromisso com o paciente e com a sua continuidade do cuidado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Cada vez mais os estudos ressaltam a importância do trabalho multiprofissional para a concretização dos princípios do SUS, porém ainda há grandes desafios nos dias atuais, principalmente envolvendo a predominância da lógica disciplinar e fragmentada que ainda está presente na formação dos profissionais e no trabalho em saúde. Em consequência disso ainda é difícil mudar as relações de trabalho para que se tenha uma prática multiprofissional de fato pois ainda predomina a formação fragmentada por especialidades, com poucas vivências interdisciplinares e sem a real articulação dos saberes (PAIVA et al, 2019).

Dentro desse contexto, há um investimento do Ministério da saúde na criação das Residências Multiprofissionais de Saúde como forma de superar esse desafio da formação disciplinar e fragmentada. A Residência Multiprofissional em Saúde deve ser vista com o principal modelo de formação para o trabalho multiprofissional em saúde pois tem o potencial de contribuir para a articulação entre as profissões e proporcionar um atendimento integral. Nela há um grande incentivo para o trabalho em equipe, interação entre trabalhadores com cada profissional tendo seus espaços de participação, proporcionando assim uma ampliação das potencialidades dos atendimentos às populações (PAIVA et al, 2019).

O acolhimento é um instrumento importante das práticas e das relações entre profissionais, gestão e usuários, abrindo possibilidades de produção de processos instituintes,



ou seja, capazes de gerar transformações no processo de trabalho em saúde e, conseqüentemente, na atenção à saúde prestada aos usuários.

Segundo Merhy (2002), o processo de trabalho em saúde se caracteriza por ser um espaço caracterizado por distintas lógicas. Este espaço dos “atos de saúde”, acolhimento e cuidado liga o trabalhador (e a gestão) com o usuário de maneira complexa. O trabalho em saúde é, portanto, resultado de um “ato vivo”, numa relação mediada pela intercessão entre trabalhador e usuário, tendo o acolhimento e o cuidado como princípios orientadores.

## 2.6 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE ITABUNA

O município de Itabuna está localizado na região sul do Estado da Bahia, com um território de aproximadamente 401km<sup>2</sup> e 212 mil habitantes, com mais de 97% de sua população vivendo na zona urbana. O povoamento começou quando a região servia como principal ponto de passagem de tropeiros que se dirigiam a Vitória da Conquista. Na região cortada pelo rio Cachoeira, surgiu o Arraial de Tabocas em 1857, em meio à mata que então era desbravada. O nome Tabocas, segundo a tradição, deve-se a um imenso jequitibá, de cuja derrubada fora feita uma disputa, sendo aquele o 'pau da taboca'. O povoamento deu-se apenas a partir de 1867, principalmente por migrantes sergipanos, dentre os quais 'Félix Sevirino de Oliveira, depois conhecido como Félix Sevirino do Amor Divino' e José Firmino Alves, que fundou na entrada de Itabuna a Fazenda Marimbeta.

Os migrantes vieram da Chapada dos Índios, atual Cristinápolis - SE, e a eles se atribui a fundação cidade. Elevado à categoria de vila com a denominação de Itabuna, pela Lei Estadual n.º 692, de 13-09-1906, desmembrado do município de Ilhéus. Sede no distrito de Tabocas. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1908. Elevado à condição de cidade com a denominação de Itabuna, pela Lei Estadual n.º 807, de 28-07-1910. (IBGE, 2020).

O município de Itabuna possui uma ampla rede saúde com atendimentos em todos os níveis de atenção, possui dentro da Atenção Básica em Saúde 01 Centro de Saúde (CS), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Unidades de Saúde da Família (USF). Estes estabelecimentos em alguns casos possuem mais de uma equipe de saúde por Unidade. Estão divididos em 04 módulos administrativos. O módulo 01 comporta 01 UBS e 06 USF com um total de 10 Equipes de Saúde (ES). O módulo 02 engloba 02 UBS e 06 USF com 10 ES. O

módulo 03 tem 04 UBS, 02 USF e 01 CS, com 12 ES. Por fim o módulo 04 possui 05 UBS, 04 USF e 17 ES (Quadro 1). Possui ainda Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de diversos outros serviços nos outros níveis de Atenção como Policlínica de Especialidades, Centro de tratamento oncológico, Hospitais Materno-Infantis, Hospitais Gerais de Clínica e Cirurgia, Centros de Oftalmologia, sendo inclusive referência para municípios menores da sua região de saúde

Quadro 1 - Unidades de Saúde segundo abrangência Módulo/Área de cobertura, no Município de Itabuna, no Estado da Bahia – 2018.

Módulo	Unidade de Saúde	Bairros/Distritos	Número de Equipes
1	UBS Alberto Teixeira Barreto	Califórnia, Fátima, Parque Boa Vista	3 ESF
	USF Bairro de Fátima I	Fátima	1 ESF
	USF Bairro de Fátima II	Fátima	2 ESF
	USF Raymundo Brandão Freire	Nova Califórnia	1 ESF
	USF Corbiniano Freire	Santa Inês	1 ESF
	USF João José Soares	João Soares, Fátima, Jardim das Acácias	1 ESF
	USF Ubiratan Moreira/ Francisco Benício	Itamaracá, Mutuns	1 ESF
2	UBS Moisés Hage	Lomanto Júnior, Bananeira, Odilon, Santa Catarina, Novo Lomanto, Santa Clara	1 ESF
	UBS Calixto Midlej Filho	Nova Itabuna	1 ESF
	USF Manoel Leão	Manoel Leão	1 ESF
	USF Manoel Rodrigues	Ferradas	1 ESF
	USF Nova Ferradas	Nova Ferradas	2 ESF
	USF Élson Duarte	Urbis IV, Sinval Palmeira, Brasil Novo	2 ESF
	USF Mário Alves Peixoto	Brasil Novo, Morumbi, Jorge Amado	1 ESF
	USF Jorge Amado	Rua de Palha e Roça do Povo	1 ESF
3	UBS Roberto Santos	Santo Antônio, Jardim Alamar, Jardim Itamar, Jardim Grapiúna	3 ESF
	USF Aurivaldo Peixoto Sampaio	São Lourenço, Vila Paloma, Loteamento Nossa Senhora das Graças, Nossa Senhora da Vitória	1 ESF
	Centro de Saúde José Maria de Magalhães Neto	Centro	2 ESF
	USF Jacinto Cabral	Novo Horizonte, Corbiniano Freire	1 ESF
	UBS Dílson Cordier	São Roque, Caixa D'Água, Monte Cristo, Antique	2 ESF
	Referenciado para UBS Isolina Guimarães	Castália, Alto Maron, Alto Mirante, Pontalzinho	
	UBS Isolina Guimarães	Zildolândia, Centro	2 ESF
	UBS Nilton Ramos	Mangabinha, Berilo, Bananeira	1 ESF
4	UBS José Edites do Santos	São Caetano, Banco Raso, Jardim Vitória	3 ESF
	UBS Amália Lessa	Novo São Caetano, Fonseca, Novo Fonseca e Vale do Sol, Carlos Silva	2 ESF
	USF João Monteiro	Pedro Jerônimo, Daniel Gomes	2 ESF
	USF Cândido Pereira	Maria Pinheiro	1 ESF
	USF Simão Fitterman	São Pedro	2 ESF
	USF John Leahy	Zizo	1 ESF
	UBS Lavignia Magalhães	Conceição, São Judas e Vila Zara	2 ESF
	UBS Antônio Menezes Filho	Vila Anália, Sarinha	2 ESF
	UBS Lourdes Alves	Jardim Primavera, Jaçanã, Conj. Hab. Ceplac	2 ESF

### **3 OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo de trabalho em relação ao acolhimento pelos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde do município de Itabuna-BA, compreendendo suas fragilidades, potencialidades e os reflexos no atendimento/cuidado, a partir das percepções dos profissionais de saúde e dos usuários.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer a Política Nacional de Humanização e suas contribuições para o entendimento dos conceitos de acolhimento e cuidado humanizado;
- Conhecer a Política Municipal de Acolhimento no município de Itabuna-BA;
- Analisar o processo de trabalho em relação ao acolhimento pelos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde do Município de Itabuna-BA;
- Compreender os vários aspectos que influenciam e repercutem no acolhimento a partir da percepção dos usuários e dos profissionais nas Unidades de Saúde do município de Itabuna-BA;
- Avaliar fortalezas e fragilidades do acolhimento nas Unidades de Saúde do município de Itabuna-BA;
- Contribuir para melhoria do processo de trabalho e do acolhimento na rede de saúde de Itabuna, com base no conceito de acolhimento proposto pela Política Nacional de Humanização.

#### **4 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO**

- Como vem sendo realizado o acolhimento nas Unidade de Saúde da Atenção Básica no município de Itabuna, considerando, os princípios e diretrizes do SUS, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Básica?
  
- Qual a percepção de profissionais de saúde e usuários da Atenção Primária em Saúde do município de Itabuna sobre o acolhimento realizado nestas unidades?

## **5 METODOLOGIA**

Em um primeiro momento, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre acolhimento e processo de trabalho no contexto da saúde da família. O levantamento bibliográfico foi efetuado nas bases de dados da LILACS, BIREME e SCIELO no período entre junho 2019 a maio de 2020, utilizando os descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde, humanização, vulnerabilidades, participação social, processo de trabalho, Acolhimento.

O presente estudo propõe uma reflexão do processo de trabalho dos profissionais de saúde e do acolhimento aos usuários da atenção básica. Trata-se de uma reflexão da importância do acolhimento que deve ser realizado com competência e resolubilidade pela equipe de saúde da família.

A pesquisa tem caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e/ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2019).

### **5.1 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS**

Em relação ao procedimento técnico utilizado no trabalho, foi realizado um estudo de campo. Tipicamente, o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da

observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo (GIL, 2019).

A observação é o instrumento básico de coleta de dados em todas as áreas, sendo importante para a construção de conhecimentos. Segundo Lakatos e Marconi (2003), a observação sistemática, também designada como estruturada, planejada e controlada, pode ser classificada como observação cuidadosa de um ou mais comportamentos específicos num ambiente particular. Nesse tipo de observação há planejamento de ações, o pesquisador está interessado em comportamentos específicos e frequentemente tem hipóteses prévias sobre os comportamentos. Foi utilizado um roteiro para guiar esta observação sistemática. (ANEXO B)

No segundo momento, foram aplicados dois roteiros de entrevistas semiestruturadas, com os profissionais de saúde (ANEXO C) e com os usuários (ANEXO D) para compreensão da percepção desses grupos no tocante às fragilidades relativas ao processo de acolhimento. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para facilitar a análise dos dados.

## 5.2 AMOSTRA

No município de Itabuna existem 31 Unidades de Saúde na rede Básica de Saúde, divididas em 04 módulos operacionais. Foram escolhidas, por meio de sorteio, 02 Unidade Básicas de Saúde e 02 Unidades de Saúde da família, para que se possa ter uma melhor visão do acolhimento nos dois principais modelos de estabelecimentos da rede básica.

Como critério de Inclusão para escolha das Unidades, entende-se que deveriam possuir no mínimo 01 equipe mínima de saúde da família e recepcionista. Como critério de exclusão, foram excluídas Unidades em reforma ou que estão abrigando temporariamente outras equipes, além daquelas Unidades situadas em local de conflito de facções criminosas e que poderiam colocar em risco os participantes da pesquisa.

A amostra dos sujeitos da pesquisa foi composta por profissionais de saúde das Unidade de Saúde do município sendo entrevistados: 01 profissional de nível superior, 01 profissional de nível técnico e 01 profissional de nível médio em cada Unidade perfazendo um total de 12 entrevistados. Com relação aos usuários foram entrevistados 07 usuários em cada Unidade em um total de 28 usuários. Todos escolhidos a partir da disponibilidade dos profissionais e usuários a partir de uma análise da equipe de cada Unidade.

### **5.3 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS**

Durante a coleta de dados as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Para análise dos dados foi utilizada a técnica da análise do conteúdo que de acordo com Bardin 2011 é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, conforme o esquema apresentado na pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização do material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais. Inicialmente é realizada uma leitura flutuante que é o primeiro contato com os documentos, onde se irá conhecer o texto das entrevistas, depois virá a formulação das hipóteses e objetivos e por fim elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

Na segunda fase o material será explorado e se fará a codificação, classificação e categorização das unidades de sentido sendo realizado um estudo analítico do documento com base nas hipóteses e referencial teórico. A terceira fase se refere ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta fase ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais com análise crítica e reflexiva (BARDIN, 2011).

### **5.4 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e somente se iniciou a pesquisa após aprovação do mesmo, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pelo CEP em 04 de maio de 2021 conforme parecer número 4.691.005. Por ser uma pesquisa que envolve seres humanos foi fornecido aos participantes uma explicação sobre todos o processo envolvido na pesquisa sendo solicitado sua autorização para entrevista através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi entregue uma cópia do mesmo ao entrevistado, respeitando-se a ética profissional e o sigilo dos dados ou informações que possam causar prejuízo aos sujeitos da pesquisa.

O período de coleta de dados ocorreu entre os dias 20/05/2021 até o dia 01/07/2021.

## 6 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, na observação sistemática, nas 4 Unidades de Saúde pesquisadas foi possível observar que, em geral, primeiro local que o paciente procurar quando chega na unidade de saúde é a recepção. Apenas de forma eventual havia um profissional da equipe para acolher estes usuários na entrada ao chegarem na Unidade de Saúde.

Em algumas situações, os usuários ao adentrarem na Unidade, encontravam alguns profissionais que circulavam pela Unidade e os abordavam em busca de informações, sendo neste momento acolhidos e direcionados para o serviço solicitado ou iam embora após esclarecer suas dúvidas.

De forma mais comum os usuários formavam filas na recepção após abertura da Unidade, aguardando por algum tempo até ser acolhido inicialmente e a partir daí eram direcionados para o setor solicitado, porém percebeu-se que nestes momentos havia uma sobrecarga do profissional recepcionista para acolher todos estes usuários. Nestes momentos de sobrecarga, observou-se que em alguns momentos os Agentes Comunitários de Saúde iam para o setor da recepção para ajudar no acolhimento.

Apesar de esperar em filas por atendimento seja algo recorrente na caminhada do usuário nos serviços de saúde, esta demora é um dos motivos de insatisfação pois ele se sente lesado em relação ao seu direito de acesso à saúde. (GOMIDE et al, 2017).

Um outro ponto observado é o alto fluxo de usuários nas Unidades de Saúde em detrimento do baixo número de profissionais de saúde nos serviços, o que de certa forma atrapalha a realização de um acolhimento de melhor qualidade, já que o acolhimento pode e deve ser feito por todos os profissionais da Unidade de Saúde, porém quando estes são em pouca quantidade, ficam ocupado com suas outras funções não sobrando profissionais suficientes para realizar o acolhimento inicial de qualidade.

Surge então uma importante necessidade de reorganização destes serviços quanto ao seu processo de trabalho para superar estes entraves existentes na saúde do município, pois acolher os usuários sempre será um desafio em qualquer serviço, pois acolher consiste em abrir o serviço para uma demanda programada ou espontânea que trazem problemas diversos, necessitando que o serviço tenha plasticidade para se adequar aos recursos escassos e aspectos sociais da vida diária (POERSCH; ROCHA, 2016).

Optou-se neste trabalho por separar a análise de dados das entrevistas em duas partes, já que foram aplicados dois questionários diferentes, sendo um para profissionais de saúde e outro para usuários.



## 6.1 O ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### 6.1.1 Acolhimento: significados

O acolhimento como diretriz operacional envolve o processo de produção da relação usuário-serviço promovendo a acessibilidade nos serviços de saúde que ao receber os usuários desses serviços promove vínculo entre equipe e população. Esse movimento envolve atos como recepcionar, atender, escutar, orientar e amparar estes usuários, devendo as equipes desenvolver estratégias para operacionalizar este processo (SOUZA, 2018). É, uma “postura ética” que implica na escuta do usuário em suas queixas e no compromisso de resposta às suas necessidades.

De acordo com Benevides e Passos (2005), o acolhimento nas práticas de produção de saúde nas ESFs favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

Os profissionais de saúde das unidades avaliadas entendem o acolhimento como um momento inicial de contato do paciente com o serviço de saúde e com os profissionais em que deve haver uma escuta do paciente de forma humanizada, sendo que muitas vezes esses pacientes chegam fragilizados na unidade de saúde com necessidade de uma escuta atenta para que se consiga resolutividade do seu problema como é possível perceber nos seguintes relatos:

*Acolhimento é aquele primeiro momento da escuta, de procurar entender a demanda do paciente, de como pode ser resolvida e agindo de forma humanizada.*

*O profissional de saúde precisa ter humanidade para tratar os pacientes que já chegam frágeis na unidade de saúde da família.*

*O acolhimento tem a ver com você receber usuários quando eles chegam na unidade de saúde. É você escutar, que é muito importante nesse processo para conseguir dar uma resolutividade para a questão dele.*

*O acolhimento é essencial, e o local onde o paciente procura informação sobre alguma doença. Se ele não for bem acolhido ele pode não voltar na unidade e ter uma piora da doença. E ele sendo bem acolhido, ele vai cuidar da doença ou ser encaminhado para alguma outra unidade/setor.*

Além disso os profissionais de saúde veem o acolhimento como uma importante ferramenta para organização do fluxo de serviços da unidade, ou seja, do seu processo de trabalho. Compreendem que o acolhimento não deve ocorrer só no início do processo, deve

ocorrer desde a entrada até a saída do paciente da unidade para promover um maior vínculo e resolutividade do problema do paciente como pode ser percebido nas seguintes falas

*O acolhimento é tudo, desde a entrada do paciente até a saída da unidade, e isso inclui toda a equipe, atendente, técnica de enfermagem, médico, marcador de consulta. É essencial para que o paciente saia satisfeito e dê boas referências.*

*Se o acolhimento é bem feito tudo flui de uma maneira melhor flui de uma maneira mais entrosado para que a comunidade se sinta mais pertencente à unidade o acolhimento seria essa forma de direcionar esses pacientes para a melhor forma de atendimento.*

*Se inicia desde a recepção, informar bem aquele que procura o serviço, encaminhar para a equipe responsável por aquela necessidade, seja médico, nutricionista, enfermeiro, odontólogo. Receber bem essa pessoa. Essa pessoa precisa ser bem recebida independentemente de onde mora e da classe social. O acolhimento é prestar o serviço que é fornecido na unidade de saúde, sendo que um bom acolhimento vai desde o primeiro momento que se chaga na unidade começando pela recepção.*

Embora para muitos profissionais o acolhimento signifique uma prática de recepção do usuário por meio de atitudes e comportamentos que levam em conta uma assistência integral com resolubilidade dos problemas e/ou encaminhamentos necessários (Junges et al., 2012), alguns estudos indicam que a maioria dos profissionais acredita que o acolhimento está relacionado à prática da triagem, na qual se seleciona, encaminha e direciona o usuário para agilizar o processo de trabalho e facilitar o acesso.

Para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde é necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas. Acolher ultrapassa a perspectiva de acesso ao serviço de saúde; é mais que uma ação de porta de entrada e recepção do usuário. É um processo contínuo que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais para identificar necessidades de saúde derivadas de processos sociais, físico-biológicos, mentais e ambientais. É a responsabilização interessada e ativa pela condição de saúde do usuário que resulta em adequação do serviço de saúde ao perfil da população atendida. (GUEDES, 2013, pág 32)

Cabe destacar que o entendimento de que há vários sentidos de humanização presentes na visão dos trabalhadores possibilita identificar aspectos que dificultam ou facilitam a efetivação da humanização no âmbito do SUS.

### 6.1.2 O acolhimento na prática

Apesar do entendimento dos profissionais de saúde sobre os conceitos de acolhimento e como ele deve ser realizado, nota-se que na prática o acolhimento ainda está muito voltado para a recepção do serviço de saúde. Alguns profissionais relatam que os pacientes ao chegarem na Unidade de Saúde são encaminhados para a recepção onde serão “acolhidos” e poderão falar sobre suas demandas e a partir dali serão direcionados para os demais serviços da unidade como pode ser notado nestas falas:

*Tem uma pessoa que fica na recepção e faz esse primeiro acolhimento para saber o motivo da ida a unidade direcionando aonde ele deve ir.*

*O paciente se encaminha até a recepção aguarda na sala de espera depois é atendido pelo médico.*

*Mudamos a recepção para frente do posto para facilitar o acolhimento, evitando a circulação dos pacientes dentro da unidade sem necessidade. Ter empatia com cada situação, procurar ajudar e resolver as demandas que são colocadas pelos pacientes.*

*geralmente ele é acolhido da melhor forma, nem todos têm o mesmo acolhimento, mas também assim, só estamos com um recepcionista e a demanda dessa unidade é muito grande então, às vezes, o recepcionista não dá tempo de responder direito aquele usuário, porque para para responder o outro, então ficam algumas coisas respondidas sem muita atenção e o usuário acha que está respondendo mal.*

Essa prática de acolhimento voltado para recepção do serviço de saúde é uma prática que dificulta o processo de trabalho da equipe já que sobrecarrega apenas um setor que é o da recepção com demandas que poderiam ser mais bem direcionadas por outros profissionais de saúde que fizessem esse acolhimento inicial.

É de fundamental importância que os demais profissionais do serviço de saúde participem do acolhimento inicial aos usuários, de forma simultânea, como forma de organizar o acesso dos usuários, principalmente no período de abertura da Unidade em que, muitas vezes, estes profissionais podem ser os responsáveis final por resolver a demanda do paciente. Posteriormente, estes profissionais assumem suas demais atribuições (BRASIL, 2011).

Os profissionais de saúde têm a necessidade de manter suas especificidades dentro de seu trabalho especializado nos serviços de saúde, no entanto também devem flexibilizar a divisão do trabalho dentro da Unidade de Saúde. Ou seja, dentro de uma equipe multiprofissional, os profissionais irão realizar intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executarão ações comuns com diversos saberes integrados que incluem: recepção, acolhimento, grupos educativos e outros. (PEDUZZI, 2001)

No entanto, há também alguns relatos dentre as entrevistas de profissionais informando que nos seus serviços o acolhimento não é realizado somente pela recepção, ele é realizado pelos mais diversos profissionais que estão dentro da unidade no momento, na medida em que eles identificam pacientes que chegam à Unidade, eles ouvem suas demandas e direcionam para o setor adequado reduzindo essa sobrecarga que fica sobre o recepcionista da unidade, como é percebido nos relatos a seguir.

*Tem uma pessoa na entrada onde fica responsável para fazer o primeiro acolhimento para saber qual a demanda desse paciente tem para organizar e encaminhar para o setor correto.*

*O paciente chega um pouco perdido na unidade e cada profissional vai orientando qual área deve procurar.*

*O paciente chega na unidade é abordado por uma pessoa da equipe para saber o que ele deseja naquele dia.*

Importante destacar que ainda se faz necessário qualificar a maneira como vem sendo desenvolvido o acolhimento nas Unidades de Saúde, uma vez que trabalhado de forma desarticulada e pontual, pode ser resumido à atividade de triagem, fragilizando sua principal função: a humanização.

A literatura em geral, destaca que não existe uma uniformidade quanto à prática do acolhimento, uma vez que cada serviço tem suas peculiaridades e individualidades. Desta forma, é necessário organizar o serviço, que deverá ser pautado em normatizações e, principalmente, em incentivos à educação permanente (Coutinho, Brabieri, Santos, 2015).

Um dos maiores entraves durante o processo de acolhimento dos pacientes, é a forma de acolher a demanda espontânea das Unidades, já que, em geral, os pacientes agendados eram acolhidos e direcionados para seus respectivos setores de atendimento, ficando por fim, a necessidade de acolher a demanda espontânea e conduzi-la da melhor forma.

Nesse sentido, é preciso entender que o acolhimento da demanda espontânea com qualidade e equidade não basta distribuir senhas em número limitado o que gera filas na madrugada por falta de vagas e nem realizar uma triagem para ver quais pacientes precisam de atendimento médico. A equipe precisa refletir sobre o conjunto de ofertas que ela tem disponibilizado para atender às demandas da população pois estas ofertas necessitam estar à disposição na escuta qualificada dos pacientes. (BRASIL, 2013)

É importante que haja uma definição prévia sobre como cada funcionário irá participar do acolhimento, quais profissionais irão receber os pacientes na chegada, quem irá avaliar riscos e vulnerabilidade, quais perfis de pacientes necessitarão de atendimentos médicos e de enfermagem no dia e quais as diversas ofertas de cuidados serão disponibilizadas. É fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar

de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.  
(BRASIL, 2013)

### 6.1.3 Acolhimento: fragilidades

A principal fragilidade relatada pelos profissionais durante as entrevistas foi a falta de profissionais para conseguir realizar um acolhimento adequado. Nas Unidades analisadas o número de pacientes adscritos à unidade superava o limite preconizado pelo programa de saúde da família, sendo que, muitas vezes, havia duas unidades em um mesmo espaço físico, porém sem o número de profissionais correspondente o que gera um alto fluxo de pacientes para uma baixa quantidade de profissionais de saúde. O que se pode perceber nas falas a seguir.

*Eu acho que a falta de mais profissionais principalmente na recepção... acaba havendo uma sobrecarga do profissional...  
A maior dificuldade é o alto fluxo de paciente.  
A principal dificuldade que eu percebo é a falta de mais profissionais de saúde dentro da unidade.*

Segundo Marin et., al. (2013), a carência de disponibilidade de horário para atendimento médico, a demora do agendamento de consulta e a frequente falta de profissional são as principais fragilidades do acolhimento nas unidades de saúde.

Além disso é citado que a falta de comunicação tanto entre a equipe quanto entre usuários e equipe de saúde gera uma dificuldade no momento do acolhimento. Sabe-se que a comunicação é item fundamental nas relações interpessoais, sejam elas no serviço de saúde ou em outras situações. Com o acolhimento não é diferente. As seguintes falas retratam essa situação:

*O que muitas vezes dificulta o acolhimento é a falta de informação do paciente sendo até agressivo para pedir uma informação.  
Muitas vezes o que dificulta pessoais a falta do conhecimento de quem faz o primeiro contato com o paciente muitas vezes mandando embora sendo que poderia ser resolvido na rotina da unidade muitas vezes o problema do acolhimento é a falta de comunicação e falta de entendimento.*

Saber se comunicar é um dos aspectos essenciais para compreender o acolhimento, pois este processo favorece a estruturação da relação entre trabalhadores e usuários. Essa comunicação deve ocorrer de forma humanizada com atitudes de respeito para com o outro, solidariedade, confiança e atenção ao usuário. (NEVES; PRETTO; ELY, 2013).

Há muitas barreiras na comunicação entre profissionais de saúde e usuários decorrentes de linguagens e saberes diferentes, limitações orgânicas de ambos os lados ou da

tentativa de impor valores sem respeito o saber do outro. Surge então uma necessidade de adaptação de ambos os lados para que a comunicação em saúde seja mais resolutiva. (CORIOLANO-MARINUS, et al, 2014)

#### **6.1.4 Acolhimento: Estratégias e desafios**

Os profissionais de saúde entrevistados entendem que para um bom acolhimento é necessário que algumas estratégias sejam implantadas, entre elas, acreditam ser necessário que haja reuniões de equipe para discutir como será feito o acolhimento dentro da unidade, bem como, capacitação desses profissionais, além de salas de espera com os próprios usuários para que para que eles entendam melhor o processo de trabalho da unidade.

*Fazemos reunião para resolver problemas e falar também sobre o acolhimento.*

*A capacitação sobre o acolhimento, mas a equipe ainda tem dificuldades em colocar isso em prática*

*Já teve sala de espera com os estudantes da residência falando sobre acolhimento, atividades lúdicas de como o acolhimento é essencial. São atividades rotineiras com a equipe.*

É fundamental que as equipes de saúde trabalhem com Educação Permanente em Saúde pois esta valoriza o trabalho como fonte de conhecimento e permite avaliar o cotidiano como fonte do processo de aprendizagem dos profissionais de saúde de maneira interdisciplinar e multiprofissional com o objetivo de construir espaços coletivos de reflexão e avaliação (ALMEIDA, 2016).

A Educação Permanente estrutura-se a partir das necessidades do processo de trabalho. Consiste no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. Supõe “ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde” (BRASIL, 2009, p.22).

O desafio é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto e o processo de trabalho por meio da educação como um instrumento de transformação social, de reformulação de práticas e de reflexão sobre comportamentos,

crenças, atitudes e valores que incentivem o acolhimento e a humanização nos serviços de saúde.

Além disso os profissionais entendem que um dos grandes desafios dentro do acolhimento em saúde é saber fazer uma escuta qualificada e saber se comunicar com os usuários do serviço de saúde. Ter paciência e educação para explicar como funciona o processo de trabalho dentro de unidade de saúde da família ou de unidade básica de saúde como é relatado nas seguintes falas:

*Quando o paciente é acolhido e tira as dúvidas ele fica satisfeito quando ele é maltratado na porta de entrada ele nem quer saber dos outros atendimentos e não quer ir mais da unidade.*

*Muitas vezes o paciente fica sem resolver o problema por falta de paciência da equipe.*

Há uma grande necessidade de que nas perspectivas do cuidado em saúde haja uma escuta qualificada dos pacientes, como uma prática que envolve relações de diálogo, vínculo e acolhimento. Isso possibilita compreender o sofrimento do paciente valorizando suas experiências dentro de seu cotidiano, sendo de fundamental importância para o paciente se sentir satisfeito com o acolhimento recebido (MAYNART, 2014).

Os princípios norteadores para a efetivação de uma ação acolhedora devem ser, portanto, o atendimento a toda a demanda, a escuta sensível e qualificada, além da organização do fluxo de atendimento em conjunto com as unidades básicas de saúde.

## **6.2 O ACOLHIMENTO: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS**

### **6.2.1 O contato inicial**

A maioria dos entrevistados relata que o contato inicial com equipe de saúde é um contato com bom acolhimento, pois eles são escutados e podem falar suas demandas, sendo direcionados para os setores adequados. São tratadas de maneira gentil e empática. Referem ainda que esse bom acolhimento ocorre de forma frequente nas diversas vezes em que eles vão à unidade por algum tipo de demanda como relatado nas seguintes frases

*A equipe tem muita atenção às vezes ao chegar ficamos sem saber onde ir tem disponível para direcionar perguntando do que se trata e orientando.*

*São profissionais bem educados e nos recebem com carinho e muito bem*

*Eu gosto muito daqui a equipe sempre me recebe bem, nos tratam muito bem, tanto os médicos como as enfermeiras são ótimos.*

*Eu acho um atendimento bem agradável, são bem receptivos e educados.*

*São profissionais atenciosos.  
Acho legal, a equipe trata bem e corpo clínico é bom. Sou bem acolhida e bem recebida.*

Neste ponto as falas dos pacientes vão ao encontro do entendimento de que o acolhimento deve ser uma prática presente nas relações de cuidado entre trabalhadores e usuários, nos modos de receber e escutar as pessoas com uma atenção por meio de escuta qualificada, valorizando as queixas dos usuários e identificando suas demandas, e forma a facilitar o acesso (SOUZA et al, 2008).

Quando os profissionais de saúde reconhecem as necessidades de saúde dos usuários, se estabelece um processo em que há o acolhimento do outro, compreensão das singularidades e oferta de saberes que promovem intervenções baseados no vínculo, produção de autonomia e corresponsabilidade (LOPES et al, 2015).

Entretanto, em apenas uma unidade de saúde a maioria dos usuários não está satisfeita com a forma como é acolhida ao chegar na unidade, pois entendem que há uma grande demora para o atendimento e não são tratados de forma adequada no contato inicial e por vezes, não tem a atenção necessária por parte dos profissionais de saúde como pode-se ver nas seguintes frases:

*Não tem ninguém para atender a gente quando a gente chega leva um tempo muito grande.  
Às vezes a gente chega aqui pergunta uma coisa o povo trata a gente com 7 pedras na mão.  
para mim tem umas pessoas boas e tem outras pessoas também que atende mal as pessoas  
A situação é triste a gente só quer uma informação e perde bastante tempo  
Estou sentindo uma melhora no atendimento, antes o atendimento era péssimo, os profissionais desprezavam e não se importavam com os problemas.*

Foi possível perceber que muitos pacientes entendem que um bom acolhimento requer menor tempo de espera para resolver sua demanda, parte disso está associado ao fato de que os pacientes em geral chegam muito cedo na Unidade, às vezes, até 03 horas antes da Unidade abrir devido ao receio de não ser atendido ou pegar uma ficha. Isso faz com que o paciente tenha a sensação de que sempre demora muito para ser atendido.

O modo como se trata o paciente dentro dos serviços de saúde implica diretamente na satisfação do usuário com o serviço. Esta abordagem necessita ser de forma humanizada e acolhedora com escuta, solicitude e respeito, proporcionando a construção do vínculo entre usuários e profissionais. Essa atenção envolve o cuidado humano, o reconhecimento de necessidades, de forma ética, respeitando os direitos uns dos outros (DATO, 2019).



### 6.2.2 Satisfação dos usuários

Uma parte dos usuários de saúde está satisfeito com o acolhimento inicial recebido na Unidade, porém o segmento do seu fluxo dentro da Unidade gera algum grau de insatisfação, já que muitas vezes, os seus problemas não são resolvidos na integralidade.

Além disso alguns usuários durante as entrevistas relataram que não há um tratamento adequado por parte de alguns funcionários do serviço, bem como não há uma organização com relação ao agendamento dos pacientes e a demanda espontânea, fazendo com os que os pacientes tenham que chegar bem cedo na Unidade, por vezes, na madrugada, com longas filas de espera e mesmo assim com a incerteza se será atendido ou terá seu problema resolvido.

*As filas no posto são horríveis a gente tem que acordar 3 da manhã e a gente não consegue correndo risco de vida acordando cedo não tem segurança nenhuma tem que ficar no meio da rua esperando e às vezes não é atendido. Quando a gente chega aqui as meninas são os acolhem bem, porém os profissionais que a gente precisa que eu preciso não tem. Me sinto mais ou menos satisfeito*

Dentro das estratégias de reorganização do SUS o atendimento inicial dos usuários dentro da APS é de fundamental importância. Há necessidade de que todos os pacientes que procurem a APS sejam acolhidos e orientados sobre os próximos passos a seguir dentro da Rede de Atenção à Saúde. Isso gera percepções negativas com a APS e indica que deve haver uma melhor capacitação dos profissionais de saúde quanto ao acesso e acolhimento na APS (GOMIDE et al, 2018).

### 6.2.3 Acolhimento algo a melhorar

Os usuários identificaram durante as entrevistas vários pontos que poderiam melhorar para que a qualidade do acolhimento e do processo de trabalho fosse melhor nas unidades. Entre os pontos mais citados estavam o aumento do número de funcionários, um melhor espaço físico com melhor acomodação, redução do tempo de espera para que o usuário seja acolhido e consiga resolver a sua demanda, criação de estratégias para reduzir as filas nas unidades, bem como melhorar os serviços oferecidos entre eles atendimento dos profissionais, marcação de exames, como pode ser percebido nas falas:

*Podia colocar pessoas boas para trabalhar para explicar a gente lá fora a gente fica no meio da rua e fica sem ninguém para dar uma resposta para a gente.*

*Os exames que a gente traz para dar o visto tem que ir para a regulação.*

*Podia colocar pelo menos 2 recepcionistas pois não é muito pouco para a demanda.*

*Melhorar a estrutura física pressão de abandono.*

*O que precisa melhorar é ter um ginecologista, pois na unidade não tem e somos encaminhadas para outro posto para sermos atendidas.*

Um outro fator que chama atenção é o fato de os pacientes associarem melhorias no acolhimento com a presença de especialistas médicos nas Unidades de Saúde, algo que é compreensível dentro do desconhecimento do Programa de Saúde da Família e não compreensão do modo de funcionamento das redes de saúde.

Percebe-se que a análise da satisfação dos usuários com o acolhimento nas Unidades vai muito além do contato inicial, envolve também a consolidação dos princípios do SUS nos diversos momentos do percurso destes usuários dentro do serviço, envolvendo um atendimento integral, humano e resolutivo.

Para se implantar um acolhimento efetivo nas unidades de saúde deve-se partir do princípio da falta de conscientização dos profissionais da atenção básica quanto à importância do acolhimento e o não reconhecimento dos mesmos dos benefícios adquiridos com a realização do acolhimento. Esta problemática deve ser trabalhada como ponto de partida, uma vez que a carência do acolhimento qualificado é uma realidade no processo de trabalho. A literatura de modo geral tem indicado que, a maioria dos profissionais de saúde ainda não tem consciência do que é acolhimento e seus benefícios, e não estão aptos a realizá-lo.

Contudo, os benefícios para os usuários de um acolhimento humanizado são evidentes. Os próprios princípios do acolhimento já estabelecem diversos benefícios para os usuários como garantia da acessibilidade e atendimento a todas as pessoas que procurarem o serviço. Neste sentido, fundamental para os profissionais que escutem o usuário, comprometendo-se a resolver seus problemas e qualificar a relação entre eles e o usuário, nos parâmetros regidos pela humanização do serviço.

## 7 CONCLUSÃO

O acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, que visa alterar as relações entre trabalhadores e usuários, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção. Portanto, é fundamental reorganizar o processo de trabalho em saúde.

Nos últimos anos o tema acolhimento tem sido cada vez mais frequente nos serviços de saúde e na gestão dos serviços, pois cada vez mais sabe-se que o acolhimento é uma ferramenta essencial para o processo de trabalho em saúde adequado. Apesar disso há ainda grandes entraves para que o acolhimento nas unidades de saúde siga o que é preconizado pela política nacional de humanização, pois para se ter um bom acolhimento não é necessário apenas que se tenha uma política boa é necessário que haja recursos humanos, materiais e estruturais para que essa política seja executada.

O acolhimento é classificado dentro das práticas leves em saúde, ou seja, daquelas condutas que envolvam a relação próxima entre pessoas: neste caso específico, a relação entre usuário e profissional de saúde. Logo, é essencial que em cada unidade haja capacitação dos profissionais para entenderem os conceitos de acolhimento e o modo como deve ser trabalhado.

Por meio da capacitação dos profissionais de saúde é possível estabelecer dentro da unidade de saúde da família um fluxo adequado para que os usuários ao chegarem na unidade sejam acolhidos da melhor forma possível evitando que haja formação de filas, pessoas sem informação, pessoas que não são direcionadas para os setores adequados e pessoas descontentes com serviços.

Porém para isso também é necessário que haja recursos humanos adequados, ou seja, que haja profissionais em quantidade para exercer esse serviço, pois em geral as unidades têm alto fluxo de pacientes o que gera a necessidade de vários profissionais para realizar o acolhimento dos usuários do serviço e não somente o recepcionista da unidade como é comum

em muitos serviços

Durante a produção deste trabalho foi possível perceber quais são os principais entraves para a boa execução do acolhimento nos serviços de saúde bem como entender quais são suas fragilidades e fortalezas dentro das equipes de saúde de acordo com a percepção tanto de usuários quanto de profissionais de saúde.

Durante a observação sistemática e as entrevistas com usuários e profissionais ficou evidente que alguns pontos-chaves ajudariam a melhorar o acolhimento dentro das unidades de saúde do município de Itabuna. Dentre esses pontos-chaves temos a estrutura das unidades de saúde que, em geral, são locais com pequeno espaço físico, com o número de cadeiras insuficientes para acomodar os pacientes e com direcionamento de fluxo pouco claro.

Um segundo ponto se refere à sobrecarga do profissional recepcionista como principal responsável pelo acolhimento da unidade. Apesar de outros profissionais eventualmente colaborarem para o acolhimento dos pacientes, notou-se que especificamente o recepcionista é tratado como profissional responsável pelo acolhimento das unidades, isso gera uma sobrecarga deste profissional, gera formação de filas fazendo com que os pacientes fiquem insatisfeitos e, por vezes, a essa relação entre usuário e profissional acaba sendo rápida e superficial impedindo um acolhimento efetivo e com resolutividade.

Um terceiro ponto se refere à resolutividade dos serviços de saúde. Foi possível notar durante a pesquisa que os usuários dos serviços de saúde se sentem bem acolhidos quando eles conseguem resolver as demandas para as quais eles procuram uma unidade e quando isso não acontece eles sentem que o acolhimento não foi feito da melhor maneira. Um exemplo específico dentro da pesquisa foi com relação à marcação de exames. Em todas as unidades pesquisadas havia insatisfação quanto à resolutividade da marcação dos exames trazendo o sentimento de um acolhimento não adequado.

Este trabalho não esgota o assunto, mas traz uma percepção sobre como é preciso fortalecer a APS como porta de entrada preferencial do SUS, com um acolhimento de forma humanizada, em que o fluxo dos pacientes dentro das Unidades de Saúde deve ocorrer de forma respeitosa, com escuta qualificada, com integralidade e resolutividade das demandas dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq. Bras. Cienc. Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2011. 56p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação Permanente. Caderno 3. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2000. 44p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf).
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.
- BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, Mar. 2018
- CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. 2016.
- CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde : qual pode ser o seu papel ? Primary healthcare and the construction of thematic health networks : what role can they play ? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893–2902, 2012.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; DE ARAÚJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 440, 2012.

CONCEIÇÃO, Tainá S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Soc**, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.

DATO, Caroline Domingos et al. A busca pela humanização da assistência na educação permanente em saúde. 2019.

GELBCKE, Francine Lima Lima; MATOS, Eliane Matos; SALLUM, Nádia Chiodelli. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 6 ed. 2019  
MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 13-22, 2016.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 387-398, 2017.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 31-37, 2013.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/itabuna/panorama>. Acesso em 21 de maio de 2020.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

Larissa Rachel Palhares Coutinho, Ana Rita Barbieri, Mara Lisiane de Moraes dos Santos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa Reception in Primary Health Care: an integrative review **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 105, p.514-524, 2015.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em debate**, v. 39, p. 114-123, 2015.

MARIN, Maria José Sanches; MARCHIOLI, Milton; MORACVICK, Maria Yvette Aguiar Dutra. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 780-788, 2013.

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paulista de enfermagem**, v. 27, p. 300-304, 2014.

MERHY EE, FEUERWERKER LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 2009. p. 29-56.

NEVES, Matheus; PRETTO, Salete Maria; ELY, Helenita Corrêa. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, p. 364-371, 2013.

PAIVA, Sabrina Pereira et al. O Serviço Social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde. **Libertas**, v. 19, n. 02, p. 482-497, 2019.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Cinco anos da Política Nacional de Humanização : trajetória de uma política pública Five years of the National Policy of Humanization : the trajectory of a public policy. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541–4548, 2011.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001.

POERSCH, Lisiane Gregis; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da saúde da estratégia saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.

ROSA WAG, LABATE RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Ver Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

RUOTTI, Caren; MASSA, Viviane Coutinho; PERES, Maria Fernanda Tourinho. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 377-389, 2011.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018

SILVA, Ilse Gomes. PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 2, p. 75-92, 2015.

SORATTO, Jacks et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, June 2015

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008.

VIACAVA, F. et al. SUS : oferta , acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos SUS : supply , access to and use of health services over the last 30 years. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.



**ANEXO A – TCLE Profissionais de Saúde**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB) – CAMPUS  
PAULO FREIRE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
CEP/UFSB**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia”**, sob a responsabilidade do pesquisador Sales Silva Nascimento, a qual pretende analisar o processo de trabalho em relação ao acolhimento pelos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde do município de Itabuna-BA, compreendendo suas fragilidades e os reflexos no atendimento/cuidado, a partir das percepções dos profissionais de saúde e dos usuários. Este estudo se justifica por permitir destacar as potencialidades e fragilidades no processo de trabalho nas equipes de saúde, tendo como foco de atenção o acolhimento. O acolhimento é uma estratégia para qualificar as ações oferecidas pelas equipes de saúde, sendo fundamental, portanto, para a reorganização do processo de trabalho em saúde das Equipes de Saúde da Família. A amostra dos participantes se dará por sorteio dentre aqueles que estiverem habilitados após cumprimento dos critérios de exclusão e inclusão.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista em que o senhor(a) irá responder um questionário em que o pesquisador irá gravar apenas o áudio de suas respostas para depois transcrevê-las para o papel. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: invasão de privacidade, ter que responder a questões sensíveis que possam gerar constrangimento, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado e tomar o tempo do participante ao responder à entrevista. Caso uma dessas vivências ocorra o participante poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone e endereço citados neste documento para receber apoio psicológico e/ou de equipe multiprofissional para amenizar ou sanar o problema. Esta equipe multiprofissional é composta por profissionais da equipe de Saúde da Família Simão Fitterman localizada na rua Betel S/N no bairro São Pedro em Itabuna-BA, equipe da qual o pesquisador principal faz parte e atua como médico tendo como psicólogo responsável por este acolhimento Willian Vieira Fernandes (CRP – 17994), telefone 73 98136 4649 e email [willian-vieira1@hotmail.com](mailto:willian-vieira1@hotmail.com). Além disso as informações referentes à identidade do participante serão sigilosas, sendo usada apenas para fins de pesquisa. Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para melhorias nos serviços de saúde a partir da análise e publicação de dificuldades e melhoria do processo de trabalho das equipes de saúde do município. Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr. (a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: Rua Betel S/N, CEP: 45606-320, Bairro São Pedro Itabuna-BA, pelo telefone (73) 991417232 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSB, Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP - 45996-108, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – 3291-2089. O e-mail do CEP/UFSB é: [cep@ufsb.edu.br](mailto:cep@ufsb.edu.br).

## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

---

Assinatura do/da participante da pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador responsável

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

**ANEXO B – TCLE USUÁRIOS**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB) – CAMPUS  
PAULO FREIRE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
CEP/UFSB**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA USUÁRIOS**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia**”, sob a responsabilidade do pesquisador Sales Silva Nascimento, a qual pretende analisar o processo de trabalho em relação ao acolhimento pelos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde do município de Itabuna-BA, compreendendo suas fragilidades e os reflexos no atendimento/cuidado, a partir das percepções dos profissionais de saúde e dos usuários. Este estudo se justifica por permitir destacar as potencialidades e fragilidades no processo de trabalho nas equipes de saúde, tendo como foco de atenção o acolhimento. O acolhimento é uma estratégia para qualificar as ações oferecidas pelas equipes de saúde, sendo fundamental, portanto, para a reorganização do processo de trabalho em saúde das Equipes de Saúde da Família. A amostra dos participantes se dará por sorteio dentre aqueles que estiverem habilitados após cumprimento dos critérios de exclusão e inclusão.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista em que o senhor(a) irá responder um questionário em que o pesquisador irá gravar apenas o áudio de suas respostas para depois transcrevê-las para o papel. Os riscos decorrentes de sua participação na

pesquisa são: invasão de privacidade, ter que responder a questões sensíveis que possam gerar constrangimento, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado e tomar o tempo do participante ao responder à entrevista. Caso uma dessas vivências ocorra o participante poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone e endereço citados neste documento para receber apoio psicológico e/ou de equipe multiprofissional para amenizar ou sanar o problema. Esta equipe multiprofissional é composta por profissionais da equipe de Saúde da Família Simão Fitterman localizada na rua Betel S/N no bairro São Pedro em Itabuna-BA, equipe da qual o pesquisador principal faz parte e atua como médico tendo como psicólogo responsável por este acolhimento Willian Vieira Fernandes (CRP – 17994), telefone 73 98136 4649 e email [willian-vieiral@hotmail.com](mailto:willian-vieiral@hotmail.com). Além disso as informações referentes à identidade do participante serão sigilosas, sendo usada apenas para fins de pesquisa. Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para melhorias nos serviços de saúde a partir da análise e publicação de dificuldades e melhoria do processo de trabalho das equipes de saúde do município. Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, caso o/a Sr. (a) tenha alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: Rua Betel S/N, CEP: 45606-320, Bairro São Pedro Itabuna-BA, pelo telefone (73) 991417232 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSB, Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP - 45996-108, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – 3291-2089. O e-mail do CEP/UFSB é: [cep@ufsb.edu.br](mailto:cep@ufsb.edu.br).

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica do/da participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador responsável

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

**ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DE SOM DE VOZ**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB) – CAMPUS  
PAULO FREIRE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
CEP/UFSB**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo livre e voluntariamente, o pesquisador Sales Silva Nascimento a obter fotografias, filmagens e/ou gravações de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional. Conheço a pesquisa intitulada “**O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia**” e concordo livremente em participar dela.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras, dissertações, teses e/ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do pesquisador.

\_\_\_\_\_ (BA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura ou impressão datiloscópica do/da participante da pesquisa

## **ANEXO D - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

Pesquisa: **“O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia”**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data da observação: \_\_\_\_\_

Como é o ambiente de trabalho?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Como sou acolhido pelos funcionários ao chegar na Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Quais pessoas são procuradas pelos usuários ao chegar na Unidade?

-----  
-----  
-----



-----  
-----  
 Algum profissional oferece ajuda espontaneamente?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
 Quem são esses profissionais?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
 Como os usuários são acolhidos ao chegar na Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
 Os usuários parecem satisfeitos com o acolhimento recebido?

**ANEXO E – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Pesquisa: “O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia”**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data aplicação da entrevista: \_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

- O que você entende por acolhimento dentro do processo de trabalho da Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- Como o usuário é acolhido ao chegar na Unidade de Saúde?

-----  
-----  
-----

- -----
- Como é o fluxo do acolhimento dos usuários dentro da Unidade após o acolhimento inicial?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- Qual a principal dificuldade para realização do acolhimento na Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- Quais estratégias são desenvolvidas para melhorar o acolhimento na Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- Você concorda que um bom acolhimento contribui para a qualidade do processo de trabalho da equipe e que se for bem organizado promoverá uma maior inclusão social com escuta qualificada? ( ) sim ( ) não. Por que?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**ANEXO F – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS**

**Pesquisa: “O acolhimento no processo de trabalho em saúde em um município do Estado da Bahia”**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data da aplicação da entrevista: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

- O que você acha sobre a forma como os profissionais de saúde realizam o acolhimento dos usuários na Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- Você se sente bem acolhido ao chegar na Unidade, mesmo quando não está agendado?

-----  
-----  
-----

-----  
-----  
 Caso você não seja bem acolhido, quais as dificuldades que você encontra?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
 Você está satisfeito com os serviços oferecidos na Unidade?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
 Caso não esteja, quais pontos geram insatisfação?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
 Quando você procura a Unidade para atendimento ou outra demanda, você consegue resolver seu problema?

-----  
-----  
 Caso não consiga, o que está dificultando essa resolução?

-----  
-----  
-----

Há algo que pode melhorar no serviço para que você possa ficar mais satisfeito ao ir até a Unidade buscar um serviço?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----