



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

AMANDA RODRIGUES MEDEIROS CUNHA

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS.**

CAJAZEIRAS - PB
2011

AMANDA RODRIGUES MEDEIROS CUNHA

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - (CNPq)
Instituto de Física de Caracaras - Universidade Federal de Campina Grande - (UFCG)
Campina Grande - Paraíba

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

Coordenadora: Maria Rosilene C. Moreira
Orientadora: (UFCG) - UFCG

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem, Unidade
Acadêmica de Ciências da Vida - UACV,
da Universidade Federal de Campina
Grande - UFCG, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem, Unidade
Acadêmica de Ciências da Vida - UACV,
da Universidade Federal de Campina
Grande - UFCG, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. José Ferreira Lima
Júnior

Co-orientadora: Profa. Ms. Maria
Rosilene C. Moreira



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

C972a Cunha, Amanda Rodrigues Medeiros
Acolhimento na estratégia de Saúde da Família:
percepção dos usuários./ Amanda Rodrigues
Medeiros Cunha. Cajazeiras, 2011.
71f.

Orientador: José Ferreira Lima Júnior.
Coorientadora: Maria Rosilene Cândido Moreira.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1.Saúde da Família. 2.Humanização. 3. Acolhimento
3.Acolhimento no SUS. I. Lima Júnior, José Ferreira
II. Moreira, Maria Rosilene Cândido. III. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU - 614

AMANDA RODRIGUES MEDEIROS CUNHA

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO
DOS USUÁRIOS.**

Monografia apresentada para a obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Cajazeiras – PB.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Prof^o Ms. José Ferreira Lima Júnior
Orientador (Membro ETSC – UFCG)

Prof^a Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira
Co-orientadora (Membro CFP – UFCG)

Prof^a Cláudia Maria Fernandes
Examinadora (Membro CFP – UFCG)

À Francisca Rodrigues, Pedro Nolasco e Nazaré Cavalcante, que em nenhum momento mediram esforços para a realização dos meus sonhos, que sempre esteve comigo nos momentos mais difíceis e também nos melhores, me guiaram pelos caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores escolhas, me mostraram que a honestidade, a humildade, o respeito e o caráter são essenciais à vida e que devemos sempre lutar pelo que queremos. A eles devo a pessoa que sou hoje, extremamente feliz e realizada e tenho muito orgulho por chamá-los de mãe, pai e tia-mãe. Dedico esta monografia.

AMO VOCÊS!

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que sempre tiveram do meu lado e me ajudaram a vencer a primeira etapa da minha longa jornada;

À DEUS, minha luz e força, onde sempre encontrei repostas para os meus problemas, me concedeu a oportunidade de desenvolver este trabalho com tanta dedicação e entusiasmo;

Aos Meus Pais que me deram a vida, me possibilitaram realizar esta universidade com muito carinho, amor e dedicação. E que sempre tiveram uma enorme confiança no meu potencial. Amor eterno;

À MINHA TIA NAZARÉ, minha segunda mãe, que sempre cuidou de mim com muito amor e carinho; e que me ajudou financeiramente, possibilitando cursar esta universidade. Amarei eternamente;

ÀS MINHAS IRMÃS, pelo carinho, ajuda e por todo o apoio nos momentos difíceis e por me ouvir em qualquer momento. AMO VOCÊS;

Aos meus tios que sempre me ajudaram financeiramente e deram todo o apoio para seguir em frente, confiando em mim, tia Celinha, Tio Railson e Tio Gilvan.

Ao MEU NAMORADO, ISAIAS LUCENA, pelo companheirismo, por me ajudar, por me acalmar, me abraçar e sempre me emprestar o seu ombro quando muitas vezes o desespero e o estresse falaram mais alto. Que sempre me incentivou e apoiou em todos os momentos e por sempre acreditar e confiar em mim. Se não fosse você meu amor, não sei como seria. AMO-TE;

Ao meu professor orientador Prof. Júnior, por quem tenho muita admiração, por toda a dedicação e confiança depositada em mim. Por sempre estar disponível para me atender. Mais uma vez, muito obrigada!;

À professora Rosilene, minha segunda orientadora, por seu conhecimento e dedicação ao que faz. Por sempre estar disponível para me atender;

À professora Aissa Romina pela enorme dedicação e por sempre estar disponível para me atender, até mesmo em feriados e fim de semana, sem contar na sua paciência

com nossos projetos. Muito Obrigada professora!, você realmente sempre nos surpreende;

À professora Cláudia, por ter aceitado fazer parte da minha banca, por ter me passado todo o seu conhecimento e experiências em saúde pública durante as aulas. Obrigada!;

Ao professor Cesário de Almeida, ex-professor e ex-orientador da monitoria, hoje diretor do campus que sempre esteve do nosso lado, batalhando por todos os recursos necessários para que tenhamos o melhor curso possível de Enfermagem;

À todos os professores da Academia do Ensino Superior, alguns transferidos para outras universidades, outros continuam, novos vieram, mas todos contribuíram para o meu crescimento, obrigada pelo conhecimento transmitido e por estarem sempre dispostos a nos atender;

Aos usuários da pesquisa que voluntariamente aceitaram participar dessa pesquisa, contribuindo assim, para a consolidação deste estudo;

Às minhas amigas pela compreensão quando não pude estar presente devido à minha dedicação ao TCC, pela paciência, por tolerar a minha impaciência e ficar do meu lado, mesmo longe estão sempre comigo, Daniele, Liana, Naiana, Isa e Larissa;

Aos amigos de moradia, que sempre estiveram do meu lado, mim fazendo sorrir e me distraindo nos momentos mais difíceis, Carol, Luana, Tainá, Juvas, Raissa, Raquel, Livia e Vanessa;

Aos meus amigos da universidade, alguns mais próximos, outros nem tanto, mas que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui em especial aqueles mais próximos, Carol, Luana, Tainá, Kelvya, Danielly, Mayara, Ulisses, Antônio Augusto, Thallyson;

À Agatha Cristie, minha vizinha que me ajudou no abstract, muito obrigada pela ajuda.

Do fundo do meu coração, muito obrigada a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Distribuição dos participantes por faixa etária, sexo, estado civil, renda e profissão. Cajazeiras –PB, 2011	35
--	----

LISTA DE QUADROS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1: Como é o acesso geográfico à unidade de saúde da ESF que você frequenta? Cajazeiras-PB, 2011.....	37
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2: Como você é recebido ao chegar à ESF, desde a recepção até a saída? Cajazeiras-PB, 2011.....	38
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3: Como deve ser o cuidado recebido? Cajazeiras-PB, 2011.....	40
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4: Quais as dificuldades que você encontra para o atendimento na ESF? Cajazeiras-PB, 2011.....	41
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 5: O que você acha do acolhimento dos profissionais de saúde? Cajazeiras-PB, 2011.....	43
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 6: Quais os motivos que te levam à ESF? Cajazeiras - PB, 2011.....	45
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 7: Você tem algum vínculo com os profissionais da ESF? Cajazeiras - PB, 2011.....	46
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 8: Quais são suas expectativas em relação à ESF? Cajazeiras - PB, 2011.....	47
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 9: Você teve seus problemas resolvidos? Cajazeiras - PB, 2011.....	48

RESUMO

CUNHA, Amanda Rodrigues Medeiros. **Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos usuários.** 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2011.

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, da resolubilidade e do atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional. Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos usuários acerca do acolhimento nos serviços da Atenção Básica de Saúde do Município de Cajazeiras – PB no mês de Maio de 2011. Trata-se de um estudo de campo descritivo que se orientou pela abordagem qualitativa de pesquisa. O estudo ocorreu nas áreas de abrangência de duas unidades básicas de saúde da família do município de Cajazeiras. Participaram do estudo 40 usuários, sendo escolhidos vinte sujeitos em cada unidade básica de saúde na faixa etária de 20 a 39 anos, os quais compareceram à unidade por demanda espontânea, no turno da manhã no mês da coleta. Essa se deu através de entrevista com auxílio de gravador de voz no domicílio. Os dados obtidos foram analisados pela técnica do discurso do sujeito coletivo. Os aspectos éticos foram rigorosamente cumpridos pela Resolução 196/96 em pesquisas com seres humanos, aprovada pelo comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba em 13/05/2011. Dos 40 participantes, 06 recusaram a participar da entrevista. De acordo com os discursos do sujeito coletivo, percebem-se algumas dificuldades de acesso; o cuidado recebido é com educação e respeito, de forma igual e humanizada; a receptividade dispensada é de boa qualidade. Nota-se que os clientes se satisfazem com o atendimento, propondo mudanças com comparecimento dos médicos todos os dias; a quantidade de medicações suficientes; ao aumento no número de atendimentos diários; uma melhor infra-estrutura física da unidade com um maior espaço e conforto, e mais valorização dos profissionais através do aumento de salário e capacitações. Observa-se um bom acolhimento com predominância do modelo hegemônico com os pedidos de exames, receitas, atestados e os procedimentos odontológicos curativos; a formação do vínculo acontece de forma lenta e gradual e a resolubilidade apresenta-se como ponto positivo. Conclui-se, de modo geral, sob a ótica dos usuários, a experiência das ESFs do Município de Cajazeiras – PB pode ser considerada satisfatória, oportunizando o fortalecimento da atenção básica e a humanização do setor, com resolubilidade dos problemas, contribuindo para o acesso, e conseqüentemente, para um bom acolhimento.

Palavras – chaves: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Humanização.

ABSTRACT

CUNHA, Amanda Rodrigues Medeiros. **Reception at the Family Health Strategy: users' perception.** 71f. 2011 Completion of course work (Bachelor of Nursing) - University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2011.

The host proposes mainly to reorganize the service, towards ensuring universal access, problem-solving and humanized care. Always offer a positive response to the health problem presented by the user is translating the basic idea of the reception, which was constructed as operational directive. This study aimed to assess the users' perception about the host of services in primary health care in the city of Cajazeiras – PB in May 2011. This is a descriptive field study was guided by a qualitative approach. The study occurred in the catchment areas of two basic units of family health in the municipality of Cajazeiras. 40 users participated in the study, twenty subjects were selected in each primary care unit in the age group 20-39 years, who attended the clinic for spontaneous demand, in the morning in the month of collection. This was done through interviews with aid of a voice recorder in the same unit. The data were analyzed using the Collective Subject Discourse. The ethical aspects were adhered to by Resolution 196/96 on research with human subjects, approved by the ethics committee of the State University of Paraíba on 13/05/2011. Of the 40 participants, 06 refused to participate in the interview. According to the collective subject discourse, it can be seen some difficulties of access, care must be received with courtesy and respect, equally and humanized; receptivity dispensed is of good quality. Note that customers are satisfied with the service, proposing changes to the attending physicians every day, a sufficient amount of medication, the increase in the number of daily visits, better physical infrastructure of the unit with greater space and comfort and more valuing workers by increasing pay and training. There is a good host with a predominance of hegemonic model with applications for examinations, recipes, testimonials and curative dental procedures; bond formation occurs slowly and gradually and solving presents itself as a positive. It is concluded, in general, from the perspective of users, the experience of the Municipality of FHTs Cajazeiras - PB can be considered satisfactory, contributing to the strengthening of primary care and humanization of the sector, with the solving of problems, contributing to access, and consequently, a good host.

Key - words: Home. Family Health Strategy. Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

CE – Consulta de Enfermagem

CEM – Código de Ética Médica

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartide

CIT – Comissão Intergestores Tripartide

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAE – Fator de Estímulo ao Estado

FEM – Fator de Estímulo à Municipalização

GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica

GPAB –A – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IC – Idéia - Central

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS – Leis Orgânicas de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDS – Pacto em Defesa do SUS

PGS – Pacto de Gestão do SUS

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada Integrada

PS – Pacto pela Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PV – Pacto pela Vida

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	17
2.2 SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO BÁSICA REGIDA PELOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	22
2.3 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REFLEXÃO PERTINENTE... ..	25
2.3.1 Olhar o outro como todo, a partir do processo de humanização	26
2.3.2 Acessibilidade: um ponto crucial na atenção básica	28
2.3.3 Resolubilidade na Atenção Básica	29
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 TIPO DE PESQUISA	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
3.5 INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS	32
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETAS DE DADOS	33
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	33
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	57
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS	61
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	
ANEXO B - TERMO DE TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.. ..	
ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
ANEXO D - CERTIDÃO DO PARECER DE AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO E - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seus artigos 196 e 198, fundamenta uma nova ordem institucional, apresentando saúde como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, dando acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, definindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes, quais sejam a descentralização, o atendimento integral e a participação social, sendo que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem este sistema único (PINAFO; LIMA; BADUY, 2008, p.18).

No contexto do SUS, destaca-se a Saúde da Família como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial com vários princípios, diretrizes e objetivos. Uma de suas diretrizes é o estabelecimento de vínculo das equipes de saúde com os usuários do SUS.

Para Gomes e Pinheiro (2005) um dos principais motivos para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica está no fato da estratégia buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e no estabelecimento de vínculos com a família.

Dessa forma, a integralidade da atenção à saúde é traduzida no conjunto de três sentidos. Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Um segundo, conjunto de sentidos relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro, voltado para atributos das práticas de saúde. (MATTOS, 2004).

A integralidade abrange três campos o acesso, o acolhimento e a resolubilidade. No que tange ao acolhimento, Malta (2001) o descreve como uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde de um efetivo trabalho em equipe. Cabe ressaltar que a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas devem permear todo o sistema, modulando os demais níveis de assistência (especialidades, urgências, hospitais), assim

como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo tecno-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

Para que o acolhimento aconteça, é necessário garantir o acesso do usuário ao serviço de saúde como também mudanças na forma de realização deste trabalho sendo que o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do cuidado à saúde.

O acolhimento, o acesso e o trabalho em saúde são pontos importantes no modelo de atenção vigente no SUS. Para analisar estes itens no cotidiano do serviço de saúde é importante a avaliação do olhar do usuário sobre o serviço, pois a relação humanizada da atenção, que promove o acolhimento dá-se, não só pelo profissional, mas também pelo usuário.

Em virtude da importância que a ESF adquire por sua expansão e capilaridade, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, busca-se refletir sobre o acolhimento desenvolvido cotidianamente nas unidades básicas de saúde através da percepção do usuário.

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, da resolubilidade e do atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional. O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS sendo um dispositivo auto-analítico e autogestor, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade. (TAKEMOTO, 2007).

De acordo com Silva Jr. & Mascarenhas (*apud* PINHEIRO E MATTOS, 2004), o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

O acolhimento poderia ampliar a possibilidade de intervenção dos outros profissionais do centro de saúde que não o médico, ou seja, ampliar as ofertas da unidade para atender as necessidades de saúde da população buscando romper com uma lógica médico-centrada. Supostamente, o acolhimento deveria ampliar a resolubilidade dos outros profissionais, notadamente a enfermagem, numa perspectiva de que as necessidades de saúde da população não podem nem devem ser atendidas exclusivamente por meio da consulta médica.

O acolhimento configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho responsável pela adesão da comunidade. Devido às opiniões negativas que a maioria dos usuários tem dos serviços de saúde, a rejeição por determinados profissionais, a falta de medicações, a ausência do médico no serviço, a adesão muitas vezes não aumenta e daí, buscou-se o objeto em tela para conhecer a percepção daqueles acerca dos serviços de saúde: o acolhimento na ESF, na perspectiva dos princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A minha inquietação veio da curiosidade e da vivência cotidiana em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o Estágio Supervisionado I em conhecer as opiniões dos usuários acerca do acesso e do acolhimento, bem como que poderia ser feito para melhorá-los na Atenção Básica (AB) à saúde visando a uma possível mudança na organização do processo de trabalho em saúde a fim de melhorar a qualidade da atenção, ficando a pergunta: Qual a percepção dos usuários acerca do acolhimento no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica?

Segundo Pinafo; Lima; Baduy (2008) há necessidade de espaços de reflexão para que os usuários discutam na unidade sobre a prática de saúde, para que possa compreender as subjetividades desses sujeitos transformando suas concepções quanto à saúde e sua produção, potencializando suas capacidades de agir em busca da saúde e, em última instância, da vida.

Este estudo teve como objetivo geral conhecer a percepção dos usuários acerca do acolhimento nos serviços da Atenção Básica de Saúde do Município de Cajazeiras – PB e os objetivos específicos foram: classificar a acessibilidade na Atenção Básica de saúde; verificar as percepções dos usuários sobre a humanização da atenção à saúde; e descrever a percepção dos usuários acerca da resolubilidade de suas necessidades.

Diante dessa realidade que pode ser observada no cotidiano é possível identificar a necessidade de se estudar uma política pública de saúde de qualidade e o acolhimento no processo de trabalho em saúde na ESF para compreender a percepção e implicação dos usuários envolvidos diretamente com a atenção à saúde.

Nota-se, a partir daí que o acolhimento deve ser estudado, para se verificar a sua eficácia e assim oferecer subsídios à sua consolidação nas Unidades de Saúde, procurando, ao mesmo tempo, viabilizar seu aperfeiçoamento, enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.

Busca-se favorecer uma melhor qualidade de atenção aos usuários na ESF em relação ao acolhimento nos serviços de saúde contribuindo tanto para a sociedade de um

modo geral, quanto para a comunidade acadêmica a fim de levar novos conhecimentos (da visão da sociedade) sobre os serviços de saúde para que esta possa intervir da melhor forma nesses serviços, já que é uma das funções de uma universidade realizar projetos, pesquisas em benefícios tanto do conhecimento científico quanto da população.

Este trabalho vem a contribuir socialmente agregando valores ao processo de trabalho no âmbito das USF, qualificando a atenção à saúde e academicamente com a produção do conhecimento e uma melhor estratégia de atendimento melhor por parte da equipe de saúde.

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde. Desse modo, entende-se que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las. (TEIXEIRA, 2003).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1975 o regime militar entrou em crise devido o capitalismo no âmbito internacional ter tido uma queda, diminuindo dessa forma, o ritmo de crescimento econômico, tornando-o insustentável. O movimento das Diretas Já (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área da saúde, que culminaram com a criação dos Conselhos Nacionais dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

O movimento sanitário impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 em Brasília, a qual lançou as bases da Reforma Sanitária e a criação do SUDS. Em cinco de Outubro de 1988 foi aprovada e promulgada a nova Constituição Federal que determina em seu artigo 196: (SILVA, 2010, p. 331):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dentre as principais propostas contidas no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que serviram para embasar o projeto da Reforma Sanitária, destacam-se: a descentralização, a participação popular e a eficiência da gestão local. A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do estado e alterou o arcabouço político-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, originou, assim, o SUS. (SILVA, 2010).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e

das fundações mantidas pelo poder público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar. (BRASIL, 2001).

Em 1990, o governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas de Saúde (LOS), que representam um conjunto de leis criadas com o intuito de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. A lei 8.080 foi aprovada em 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Têm por função no âmbito nacional, as ações e serviço de saúde, orientando os processos de gestão e descentralização, sendo esse último enfatizado na forma de municipalização, que é a ampliação das competências, recursos e poder dos municípios. (SILVA, 2010).

A lei 8.142 entrou em vigor em 28 de Dezembro de 1990 e, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, dando outras providências. Com ela ficam estabelecidas as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo, sem que haja prejuízo das funções do poder legislativo. Essas instâncias são as Conferências, a qual acontece de quatro em quatro anos para avaliar a situação de saúde e os Conselhos de Saúde, os quais são órgãos colegiados que atuam na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde. (SILVA, 2010).

As Normas Operacionais Básicas (NOB'S) do SUS, assim como as LOS 8.080/90 e 8.142/90, foram uma das iniciativas institucionais e legais criadas com o objetivo de viabilizar a garantia plena do direito à saúde, assegurado pela Constituição de 1988. Elas atuam como instrumentos de regulação do processo de descentralização, definindo melhor as responsabilidades entre as esferas estaduais e municipais, e os critérios para alocação do recurso, além de promover a integração dos sistemas municipais. (BRASIL, 2001).

A NOB 01/1991 busca ordenar a transferência de recursos federais para as instâncias subnacionais do governo (Estados e Municípios).

A NOB 01/1993 representa uma evolução no processo de descentralização nos serviços de saúde. Estipulou procedimentos e instrumentos operacionais com o objetivo de expandir e aperfeiçoar as condições de gestão, buscando efetivar o comando do SUS nas três instâncias governamentais. Criando a Comissão Intergestores que são fóruns de negociação formados por gestores das instâncias Federal, Estadual e Municipal. As comissões se dividem em duas: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que é

composta igualmente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. Essa comissão auxilia na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS e a Comissão Intergestores Bipartide (CIB) composta igualmente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

A NOB 01/1996 foi criada com o objetivo de redefinir a responsabilidade entre Estados e Municípios; reorganizar o modelo assistencial, passando aos Municípios a responsabilidade de gestão e execução direta da Atenção Básica de Saúde; aumentar participação percentual da transferência automática e regular (“fundo a fundo”) dos recursos federais aos municípios; criar vínculo entre o cidadão e o SUS, através do cadastramento e adscrição da clientela.

Com relação ao modelo de habilitação dos Municípios, a NOB 01/1996 cria duas modalidades: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) que assegura a transferência de recursos “fundo a fundo”, só que exclusivamente destinados para as atividades de Atenção Básica e programas incentivos específicos (Ex: ESF) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) que aumenta a capacidade organizacional e comprometimento com a saúde; maior responsabilidade na alocação de recursos, que nesse caso também são repassados de “fundo a fundo”. (SILVA, 2010).

Com a avaliação do processo de descentralização do SUS em 1999, que visava diagnosticar problemas viu-se que ainda não havia a garantia de que todos esses Municípios habilitados estivessem assegurando a qualidade e efetividade dos serviços com os quais tinham se comprometidos. Frente a essa situação, surgiu a necessidade de definir melhor a divisão de responsabilidades entre as esferas estaduais e municipais, onde foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). (SILVA, 2010).

A primeira foi criada em 2001, mas logo foi revogada e substituída pela NOAS 01/2002 a qual foi aprovada na forma de anexo da PORTARIA N°. 373/GM de 27 de fevereiro de 2002 que amplia as responsabilidades dos Municípios da Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (BRASIL, 2002).

A Regionalização é um planejamento integrado que compreende as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenções e de conformação de

sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde (BRASIL, 2002).

As responsabilidades de cada instância de governo retrata que o ministério da saúde assume, de forma solidária com as secretarias de saúde dos estados e do distrito federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência observado os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários (SILVA, 2010).

A Portaria N° 339/GM de 22 de Fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde (PS) a fim de consolidar o SUS e aprovar diretrizes operacionais. Dentre os objetivos do pacto, destacam-se: reforçar regiões sanitárias; fortalecer os mecanismos de controle social; qualificar o acesso da população à atenção integral da saúde; redefinir instrumentos de regulação/programação/avaliação; possibilitar acordo entre os três poderes; alcançar maior efetividade/eficiência/qualidade das atividades e profissionais e buscar equidade social. O PS se divide em três dimensões: o Pacto pela Vida (PV), o Pacto em Defesa do SUS (PDS) e o Pacto de Gestão do SUS (PGS). (SILVA, 2010).

O PV reforça o movimento de gestão pública por resultados. É o compromisso entre gestores em relação ao estabelecimento de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população. As prioridades são expressas em metas inseridas no termo de compromisso de gestão.

Dentre as prioridades destacam-se a Saúde do Idoso com o objetivo de implantar a política nacional de saúde da pessoa idosa, buscando a atenção integral; o Câncer do colo de útero e de mama; a Mortalidade infantil e materna; a Promoção da Saúde elaborando e implantar a política nacional de promoção da saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo e a Atenção Básica à Saúde Consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. (SILVA, 2010).

O PDS expressa o compromisso entre os gestores com a consolidação do processo de Reforma Sanitária, explicitada na defesa dos princípios do SUS. As prioridades são: implementar um projeto permanente de mobilização social com finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, compostos pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS. (SILVA, 2010).

O PGS define as responsabilidades sanitárias do gestor municipal, do gestor estadual e do gestor federal do SUS, superando o atual processo de habilitação estabelecendo a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em: descentralização (compartilhada por todas as esferas), regulação, regionalização, participação e controle social, financiamento, planejamento e programação Pactuada Integrada (SILVA, 2010).

As ações e os serviços de saúde que compõem o SUS são regidos por princípios e diretrizes dos SUS, os quais são a Universalidade que fala que o acesso as ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; a Equidade que é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; e a Integralidade que considera a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos, a Hierarquização entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, a Participação popular que é a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde; a Descentralização política administrativa consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS, a Humanização; a Resolubilidade e a Acessibilidade.

Dentre os princípios organizativos os que serão discutidos nesta pesquisa são: a Humanização que é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade entre eles, o

estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2004); a Resolubilidade que é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência e a Acessibilidade que é o direito do paciente ir e vir. É um elemento estrutural necessário para a primeira atenção e depende se o local de atendimento é acessível do ponto de vista da facilidade e da disponibilidade. (BRASIL, 1990).

2.2 SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO BÁSICA REGIDA PELOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, em 1978, foi definido e outorgado o reconhecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), expressa nos princípios da Declaração de Alma Ata, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tomados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É o primeiro nível de contatos dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (OMS *apud* STARFIELD, 2004, pp.30-31).

A PNAB estabelece os princípios da Atenção Básica que se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, a AB utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde e maior frequência e relevância em seu território. Orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

De acordo com a PNAB, segundo a portaria GM/MS nº 648/GM de 28 de março de 2006, em seu capítulo I, a Atenção Básica tem como fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada;
- Efetivar a integralidade, a saber: integração das ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social.

Na PNAB, segundo a portaria GM/MS nº 648/GM de 28 de março de 2006, em seu capítulo II, a ESF deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde atuam;
- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos ao longo do tempo;
- Buscar integração com instituições e organizações sociais, em especial sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção de cidadania.

A necessidade de instituir a política de saúde por meio da organização do SUS, fez com que o Ministério da Saúde (MS) propusesse, a partir de 1994, o PSF incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 1998). O seu principal objetivo é a reorganização da prática assistencial, preventiva, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, curativista, centrado no hospital e voltado para a cura da doença. Ele prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001).

Em 1996, com o surgimento da NOB-96, incentivos financeiros foram destinados aos PSF e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). A estratégia de atenção à saúde da família prevê a reversão do modelo vigente, no qual a família passa a ser objeto fundamental da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, que mais do que delimitação geográfica, é o espaço onde se constroem as relações intra e extrafamiliares e se desenvolvem as lutas pela melhoria nas condições de vida. (SILVA, 2010).

Segundo Mattos (2004) devido o PSF está vinculado a uma idéia de verticalidade, teve início uma mudança do conceito de programa, passando a ser usada a denominação de ESF. Desta forma, a ESF contribuiu para o fortalecimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, reaproximou os serviços à realidade da população, envolvendo-os.

Os objetivos gerais são contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica da atenção nas UBS, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. Os objetivos específicos são prestar assistência integral à família na Unidade de Saúde e no domicílio; eleger a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar a prática em saúde; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio de ações intersetoriais; e fazer com que a saúde seja reconhecida para efeito do controle social (BRASIL, 2001).

A ESF tem como áreas estratégicas para atuação os distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso. Na atenção à criança, as ações básicas são: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, assim como do calendário vacinal; as doenças mais prevalentes; e a alimentação e nutrição. Para os adolescentes, adultos e idosos: a situação vacinal, a alimentação e nutrição, o controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus, a saúde sexual e reprodutiva. E ainda a prevenção e o

controle da hanseníase, a eliminação da tuberculose, a saúde bucal e a promoção da saúde, dentre outras.

2.3 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REFLEXÃO PERTINENTE

Acesso e acolhimento remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, assim como de projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos (MERHY *et al.*, 1991). É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com um certo saber técnico (MERHY *et al.*, 1994).

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário.

Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO, *et al.*, 1999). Para este autor, Franco, há ainda uma outra possibilidade de entendimento do acolhimento que definem como a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde.

Franco *et al.* (1999) consideram que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a "equipe de acolhimento" como central no atendimento aos usuários. Abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua "caixa de ferramentas" para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários.

O modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. Para Merhy *et al.* (1994), é necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento,

vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (MERHY *et al.*, 1994). O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço interseção no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (MERHY, 1997).

2.3.1 Acessibilidade: um ponto crucial na Atenção Básica

De acordo com Starfield (2002), a ESF (Estratégia Saúde da Família) é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada e o acesso no sistema para as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo e em todas as condições. Para ela, os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e ambígua. Ao fazer a distinção entre os dois conceitos, aponta que acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção e depende se o local de atendimento é acessível do ponto de vista da facilidade e da disponibilidade. Caso isso não seja factível, haverá postergação na atenção, podendo, inclusive, comprometer o diagnóstico e o manejo do problema. Existem, assim, vários tipos de acessibilidade.

O material sobre acesso foi organizado em três subcategorias, utilizando-se a classificação de Adami (1993) e Unglert (1995): acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. O acesso geográfico foi caracterizado por forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distancia entre a residência do usuário e o serviço de saúde. A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde.

O acesso econômico foi caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para o atendimento. Dentre as facilidades destaca-se a forma de deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos. As dificuldades são o custo de deslocamentos, de medicações e condição social atual. Santos (1995) ressalta a

importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos postos públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço. Enquanto que o acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento.

Na revisão realizada por Travassos e Martins (2004), identificaram-se vários autores, inclusive Donabedian, que empregam o substantivo *acessibilidade*, que seria o caráter ou a qualidade do que é acessível, enquanto outros autores usam o substantivo *acesso* como ato de ingressar, entrada no serviço.

Travassos e Martins (2004), afirmam que esse também faz uma distinção entre acesso sócio organizacional do acesso geográfico. O primeiro inclui recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento, como preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social, ou alguma forma de pagamento. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo para alcançar e obter os serviços.

Para Unglert *et al.* (1987), o acesso engloba inúmeros fatores, que podem ser analisados sob abordagens diversas, que vão do modelo institucional de saúde à prática diária, à satisfação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e às questões geográficas.

A garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurada tomando como referência a aplicação cotidiana dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, a partir da responsabilidade e da solidariedade dos entes federados, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários.

Uma situação verificada por Tavares (2003) se refere ao nível de entendimento e informação da população sobre o que é o SUS e os seus direitos em relação à assistência. Assim, a experiência dos sujeitos com os distintos serviços vai depender de muitas variáveis, tais como as informações que agregam e estão disponíveis a ele, sua percepção sobre as facilidades e dificuldades para a obtenção de cuidados, a compreensão sobre necessidades de saúde que vão se construindo nos processos saúde-doença de usuários e trabalhadores de saúde e, por fim, as formas como irão se estabelecer o vínculo, o acolhimento e de como se farão as rupturas com os processos de desigualdade e exclusão a que muitos usuários têm sido submetidos nos serviços públicos e, nesse caso, no SUS.

Segundo Schwartz *et al.* (2010), muitas das expectativas dos usuários quanto à US (Unidade de Saúde) estão além do rol de atividades a serem ofertadas na atenção

básica, como a solicitação por especialidades, conforme identificado em catorze dos entrevistados, como neurologia, reumatologia, cirurgia, mastologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, dentre outros, demonstrando que ainda não está claro para a população o processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços.

Vale ressaltar que o esclarecimento da sociedade quanto à hierarquização do SUS é importante para que fiquem conscientes de que a sobrecarga dos níveis secundário e terciário põe em risco a vida daqueles que realmente precisam de atendimento nesses níveis, já que a oferta de consultas de médicos com tais especialidades ainda são poucas, devendo priorizar pessoas realmente necessitadas. Sabe-se também que as marcações dessas consultas demoram um mês, dois meses, quando não mais que isso.

2.3.2 Olhar o outro como todo, a partir do processo de humanização

O comportamento do usuário geralmente é que determina o primeiro contato. Ele gera a demanda para o serviço e todos os trabalhadores de saúde estão implicados nesse momento, independente do lugar técnico/social em que estejam inseridos (LIMA, 2001). A implicação vai desde a pessoa que está na portaria, que pode ser o porteiro ou a atendente, com sua autonomia e poder dado pela “autoridade” para deixar ou não entrar o usuário, até os profissionais de saúde, que vão concretizar os atos de saúde que terão ou não repercussão sobre suas necessidades e motivos que o levaram àquele serviço.

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. (CECÍLIO, 1994).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;

(c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (CECÍLIO, 2004).

Assim, pretende-se discutir a importância da integralidade da assistência, pois a garantia de um atendimento integral está vinculada à garantia de acesso a outros serviços para a resolução dos problemas, e à rede de cuidados progressivos, ou seja, o direito de ter continuidade ao seu tratamento.

Marques e Lima (2007) colocam que o que ocorre, muitas vezes, é a burocratização das ações e procedimentos, sendo frequentemente perdida a noção das necessidades da pessoa (cidadão), das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento.

2.3.3 Resolubilidade na Atenção Básica

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. A resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde. (TURRINI, 2008).

Como a percepção do cliente sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que o cliente utiliza para definir a qualidade do serviço, também é difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde. Supõe-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender as necessidades de saúde da população, mesmo que isto signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento.

Reunindo-se os diferentes enfoques é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

A diversidade dos serviços procurados pelos usuários, relacionada tanto à complexidade quanto à localização dos mesmos, aponta para a necessidade de uma análise cuidadosa dos serviços, bem como da estruturação de um sistema de referência e contra-referência que faça a integração dos serviços locais com outros de maior nível de complexidade, de modo a suprir as necessidades em saúde da população. (TURRINI, 2008).

Segundo Gomes (2007), acreditava-se que aumentando a quantidade equipes de ESF seriam capazes de aumentar o número de consultas da atenção básica, reduzir o número de consultas nos serviços fixos de urgência e emergência, melhorarem os indicadores de saúde e melhorar a satisfação do usuário. O que se constatou foi que não houve o aumento esperado do número de consultas na atenção básica, os principais indicadores de saúde não se alteraram, a oferta de serviços de saúde pouco resolutivos, aumentou a demanda para o atendimento hospitalar, que não havia se estruturado para tal, e o usuário se manteve insatisfeito.

A população diante da pouca resolutividade da ESF continua procurando os serviços fixos de urgência e emergência para ter seus problemas de saúde solucionados, sobrecarregando-os devido ao grande número de atendimentos. Ocasionalmente assim, um atendimento de baixa qualidade tanto no setor hospitalar quanto na atenção básica, a qual deveria solucionar 85% dos problemas da população adscrita.

Gomes (2007) reconhece a dificuldade de se obter a prestação de um serviço público de saúde de boa qualidade, com acesso universal, com equidade, de forma integral, que valorize a promoção da saúde, e que recupere da melhor forma quem adoecer. O projeto Sistema Único de Saúde representa um grande avanço social, porém, necessita de muitos atores dedicados e capacitados para entender seu contínuo processo de construção e mudança.

Diante destes estudos percebe-se a importância da continuidade de novas pesquisas sobre a resolutividade na atenção básica.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de campo descritivo que se orientou pela abordagem qualitativa de pesquisa, por se entender que o objeto em estudo é histórico e social. Constituído por processos de trabalho cuja complexidade e dinâmica só podem ser compreendidas de forma abrangente por suas dimensões qualitativas. Os seus resultados representam a realidade provisória, apreendendo significados, percepções, pontos de vista, experiências, e as facilidades e dificuldades expressas pelos sujeitos ao utilizarem os serviços de saúde.

A pesquisa de campo tem como foco, a abordagem do objeto de estudo no seu ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições espontâneas em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Pode abranger desde os levantamentos, que são mais descritivos, até estudos mais analíticos (SEVERINO, 2007).

A pesquisa descritiva, conforme Gil (2002, p. 42), “[...] tem como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis”. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, no estado da Paraíba, com localização no alto sertão paraibano e encontra-se a 475 Km da capital João Pessoa, possuindo 58.437 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

O estudo ocorreu nas áreas de abrangência de duas unidades básicas de saúde da família do município de Cajazeiras, com características populacionais semelhantes por serem populações carentes. A escolha dessas unidades se deu por ter sido campo de estágio da disciplina Estágio Supervisionado I do Curso de Enfermagem da UFCG no

período 2010.2; estar localizada nas mediações do Campus de Cajazeiras, sendo uma delas caracterizada como unidade-escola, por se tratar de uma instituição pertencente à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus de Cajazeiras.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram do estudo os usuários cadastrados nas respectivas unidades de saúde selecionadas, considerando suas participações conforme os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Considerando os dados informados no Sistema de Informação de Atenção Básica (DATASUS, 2011), referentes ao número de pessoas atendidas no mês de Dezembro de 2010 na faixa etária de 20 a 39 anos, nas quinze unidades de saúde da família do município de Cajazeiras, cujo total foi de 1.407 usuários, isto é, em duas unidades básicas de saúde foram atendidas 187 usuários e no turno só pela manhã foram atendidos 93 usuários em duas unidades de saúde, dos quais foram escolhidos vinte sujeitos em cada unidade básica de saúde selecionada para serem entrevistados, perfazendo um total de 40 participantes.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão utilizados foram: indivíduos na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade o que retrata a fase produtiva, onde a maioria trabalha procurando a unidade de saúde via demanda espontânea; ter comparecido à unidade básica de saúde, no turno da manhã, durante o período de coleta de dados, sem agendamento prévio; e aceitar participar espontaneamente da pesquisa.

Como critério de exclusão teve-se os indivíduos que estavam como visitante na área de abrangência.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante o mês de Maio de 2011 em três dias, utilizando-se a técnica da entrevista com auxílio de gravador de voz, conduzida por um

roteiro de perguntas contendo temas referentes à satisfação do usuário em relação ao acesso, acolhimento, dificuldades vivenciadas, considerando o cuidado em saúde prestado pelos profissionais que compõem a equipe e a resolubilidade na atenção básica, além de captar dados sócio-demográficos dos sujeitos.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas se deram após a entrega do termo de autorização às unidades de saúde assinados pela Secretária de Saúde do município. Após essa entrega foram realizadas as entrevistas no domicílio dos sujeitos, por ser local mais apropriado e confortável o que possibilitou uma maior liberdade de expressão para respondê-las, já que o objetivo foi descrever as percepções dos usuários acerca do acolhimento, pois as Unidades Básicas são pequenas e sempre cheias, dificultando um pouco a conversa entre o entrevistado e o entrevistador.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os depoimentos coletados permitiram a compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos, fundamentada na técnica das práticas discursivas, pautada na seguinte questão orientadora: *Como você é acolhido pela equipe de saúde? Como é o seu acesso à unidade de saúde da sua comunidade? Quais são as dificuldades que você encontra quando necessita do serviço desta unidade?*

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados tomando como referência a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através dos depoimentos. Essa proposta tem como fundamento a Teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos e consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma

coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000).

Essa técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas Expressões Chaves correspondem Idéias Centrais (IC) que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado. Com o material dessas expressões das ICs constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. Constituem dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano dos usuários dos serviços da atenção básica (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000).

O discurso analisado expressou sua perspectiva, seu horizonte conceitual, suas dificuldades, suas intenções e visão de mundo, relacionados com o seu comportamento de adição. Portanto, para uma compreensão mais profunda do seu comportamento verbal, foi necessário analisá-lo em um contexto mais amplo, considerando o ser humano como manifestação de uma realidade histórico-social, produto e produtor de história, o que é viabilizado pela teoria que fundamentará este estudo.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do estudo foram observados rigorosamente todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme proposto pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo aprovado sob o parecer CAAE N: 0186. 0.133.000-11, em 13/05/2011.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão enfocados os resultados e discussões relativos à temática do acolhimento na estratégia saúde da família. Os resultados estão apresentados em duas seções, quais sejam: caracterização dos participantes e o discurso coletivo acerca do acolhimento.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 40 participantes, 06 recusaram-se a realizar a entrevista. Neste tópico são apresentados os dados sócio-demográficos dispostos segundo as variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar e profissão.

Tabela 1: Distribuição dos participantes por faixa etária, sexo, estado civil, renda e profissão. Cajazeiras –PB, 2011

Variáveis	f	%
Faixa etária		
20 – 29	15	44%
30 – 39	19	46%
Sexo		
Feminino	24	70%
Masculino	10	30%
Escolaridade		
1º grau completo	12	36%
1º grau incompleto	07	21%
2º grau completo	04	12%
2º grau incompleto	05	14%
Nível superior incompleto	05	14%
Nível superior completo	01	3%
Estado civil		
Solteiro (a)	19	56%
Casado (a)	15	44%
Renda familiar		
Não recebe salário	17	50%
Até um salário mínimo	14	41%
Até dois salários mínimo	03	9%
Profissão		
Dona de casa	11	32%
Estudante	09	26%
Agricultor	05	14%
Vendedora	03	9%
Professor	02	6%
Merendeira	01	3%
Mecânico	01	3%
Costureira	01	3%
Moto-taxi	01	3%
TOTAL	34	100%

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

A faixa etária foi composta por indivíduos entre 20 a 39 anos de acordo com os critérios de inclusão. A maior parte dos entrevistados foi entre 30 a 39 anos com 46% e os outros 44% foi entre 20 a 29 anos, ou seja, a proporção está equilibrada.

Dos indivíduos entrevistados, 24 (70%) eram do sexo feminino, evidenciando que as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens. Segundo Queiroz (1993) a dona de casa é a principal personagem que se preocupa nas questões de saúde e doença, percebendo sintomas de doença muito mais que o homem e toma a decisão de procurar as soluções tanto para ela quanto para os seus filhos e o chefe de família permanece mais distante, pois como se pode perceber ele fica a maior parte do tempo longe de casa, trabalhando para o sustento da família.

Outro dado importante abordado foi o grau de escolaridade, onde a maioria (36%) possui o 1º grau completo e os demais possuem um nível maior de escolaridade, denotando um indicador relevante, possivelmente contributivo para que a maioria tenha se mostrado sem dificuldades para responder a entrevista.

Foi encontrado predomínio de indivíduos sem renda familiar, ou com até um salário mínimo. Isso pode ser percebido em relação ao outro dado demográfico, a profissão, onde a maioria era composta por donas de casa e estudantes, os quais são dependentes econômicos dos cônjuges e pais, respectivamente. Quanto ao estado civil, 19 indivíduos (56%) eram solteiros.

Esses dados permitem mentalizar, a exemplo de outros estudos, como o de Fleury (2007), que o quadro de saúde dos indivíduos, suas características socioeconômicas e os baixos níveis de renda afetam a vida dos indivíduos como um todo, expondo-os a contextos desgastantes e geradores de doenças, evidenciando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Nessa situação, Aguiar e Moura (2004) ressaltam que a ESF tem um papel essencial, através da junção com outros setores, como o de educação, contribuindo e aprimorando o acesso à informação; e às estratégias para obtenção de renda, melhorias no saneamento básico e estabelecendo, até mesmo, uma relação de intersetorialidade, conforme norteada nas diretrizes da Estratégia.

De acordo com a renda familiar, percebeu-se que 50% dos participantes não possuem nenhum tipo de remuneração, haja vista serem pessoas economicamente dependentes, conforme mencionado anteriormente.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Nesta secção apresenta-se a análise crítica dos pontos temáticos relativos ao discurso coletivo sobre o acolhimento na estratégia de saúde da família, sob a ótica dos usuários, descrevendo cada questão e suas respectivas idéias centrais as quais surgiram dos discursos, bem como a formação do DSC que as caracterizaram, tendo como âncora a literatura pertinente.

Os resultados estão apresentados em forma de quadros, classificados em 09 temáticas, apresentadas a seguir.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1: Como é o acesso geográfico à unidade de saúde da ESF que você frequenta? Cajazeiras-PB, 2011.

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Fácil acesso	[...] não tenho dificuldade. O acesso é bom [...] assim, pra mim que moro aqui no bairro é fácil, eu venho, eu tenho moto, mas até a pé dá pra vir [...] é do lado da minha casa, vou a pé [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldade no acesso	[...] só o que eu acho que a rua é muito esburacada, acesso muito ruim, andar a pé fica longe, porque a rua é muito cumprida [...] dificuldade tem, porque o acesso é ruim, porque as ruas são esburacadas, muito esgoto a céu aberto. Tá ficando muito difícil [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

O quadro do DSC 1 um mostra quais foram as percepções dos participantes sobre o acesso geográfico e econômico do bairro em que mora e quais as dificuldades que encontraram para chegar à ESF. Verifica-se no discurso do sujeito coletivo que a maioria dos participantes considerou fácil o acesso à unidade de saúde a qual está adscrito.

Nos discursos acima, embora a maioria tenha considerado fácil o acesso, alguns mencionaram encontrar dificuldades devido à existência de ruas esburacadas com esgoto a céu aberto, o que dificulta a chegada desse usuário à unidade de saúde, podendo ser este um fator que o distancie da ESF, e assim, dificulte a resolubilidade do processo saúde-doença.

Sabe-se que o acesso geográfico envolve as características relacionadas à distância, ao tempo, forma de deslocamento e aos obstáculos geográficos para se chegar até a unidade de saúde. Esta contextura é corroborada por Travassos, Oliveira e Viacava (2003), quando ponderam que a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica são características da oferta que afetam o acesso.

A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é um fator que pode facilitar ou dificultar o seu acesso à unidade de saúde. Percebeu-se, no presente estudo, que a forma mais freqüente foi a pé, provavelmente porque a maioria dos entrevistados mora próximo à unidade na área adscrita. Confirma-se com base em Adami (1993) que a proximidade geográfica entre a moradia do paciente e à unidade não se constitui no elemento chave determinante de sua escolha, já que esse fator não pode significar certeza absoluta da garantia do atendimento. Portanto o acesso vai além do deslocamento, dependendo muito mais da conexão do padrão tecnológico com o tipo de demanda da comunidade.

O acesso econômico foi caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento. Para o estudo o acesso econômico ao serviço de saúde, um dos aspectos a considerar é o custo do deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma de como ele se desloca. Quanto à forma de deslocamento dos entrevistados, predominou a mais econômica, ou seja, a caminhada.

Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, identificaram-se fatores determinantes da escolha que passa pela forma de como o usuário é recebido e a resolubilidade desses serviços.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2: Como você é recebido ao chegar à ESF, desde a recepção até a saída? Cajazeiras-PB, 2011.

Idéia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Com educação, atenção e respeito, distinguindo os problemas de casa	[...]Pelo menos um bom dia tem que dar. Assim, deve perguntar o que a gente tá sentindo, num tem médico, mas venha outra hora, ou então, ter mais atenção com os pacientes, dar uma informação melhor a gente [...] com todo e qualquer paciente deve ter um bom atendimento. Com respeito, educação, é o mínimo e com certo cuidado, porque todo mundo que tá aqui tá doente [...] não, porque assim, no meu ponto de vista tem gente que não sabe distinguir problemas de casa com o

	profissional. Tem gente que tem o problema em casa e chega metendo o pau nos outros, né [...] quando não tem educação, a gente até evita de ir naquele posto [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
De forma humanizada, com igualdade e resolubilidade	[...] primeiramente com um bom dia, né. O que é que lhe traz aqui, a queixa do paciente, uma recepção com educação, humanização, procurando deixar aquele usuário mais a vontade possível e com resolubilidade. Não dando um naquele dia, mas que ele tem que de alguma maneira fazer com que o usuário não se sinta rejeitado, ter uma resposta plausível [...] da mesma forma que vinham com respeito, sem distinguir pessoas, recebendo bem tanto alguém que seja letrado ou não, desde o mais simples até outras pessoas [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011

No quadro do DSC 2 é possível observar nos depoimentos que os participantes preservam muito a questão da educação e do respeito, condições relevantes para a satisfação, o que é um direito de todos os usuários. Segundo Rodrigues (2007) existem vários fatores que determinam a satisfação do usuário com os cuidados de saúde recebidos, que são as características interpessoais que estão relacionadas com o respeito e cortesia.

Ademais, eles valorizaram a comunicação e a informação sobre suas queixas, bem como a disponibilidade dos serviços, conforme retratado por Rodrigues (2007), como outro fator determinante para a satisfação em relação ao sistema de saúde. Nesse contexto, destaca-se o papel do profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, onde a maior parte de seu trabalho está relacionado às atividades de comunicação com o paciente e a escuta de seus problemas para possíveis soluções, fazendo parecer existir uma correlação positiva entre a informação e a satisfação dos usuários, o que poderia levar a crer que quanto mais informação for dada ao doente maior será o seu grau de satisfação.

Os usuários ainda enfatizaram alguns princípios do SUS, como a igualdade no atendimento, sem distinguir por raça, sexo, cor e renda; o qual é um princípio que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Também abordaram a questão da humanização, outro princípio que valoriza as

questões, os problemas dos usuários através da escuta ativa, do acolhimento, facilitando o seu acesso no serviço.

A igualdade assim como a humanização são peças-chaves para o cuidado recebido, ou seja, para a integralidade da assistência prestada ao indivíduo. Quando o serviço de saúde é próximo a residência do usuário e a qualidade está garantida, tendo por referência a indicação de familiares e vizinhos, a preferência recai sobre esse serviço (RAMOS; LIMA, 2003).

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3: Como deve ser o cuidado recebido?
Cajazeiras-PB, 2011.

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Uma ótima recepção	[...] a maneira que vocês fazem aqui é um excelente modelo, atendem bem, um sorriso. A recepção é ótima e a saída fico satisfeita [...] muito bem, até comentei com o médico que já andei vários postos de saúde, mas eu nunca vi um médico sair da sala dele par ir receber um paciente lá fora. O atendimento é especial [...] não, o atendimento é bom, todo mundo recebe bem, desde a recepção às enfermeiras, o médico. Desde a primeira vez que eu vim o atendimento foi ótimo[...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Deixando a dejesar	[...] mais ou menos, mas é bom. Assim, porque tem gente que não recebe a gente bem, com ignorância [...] não vamos generalizar, mas tem pessoas que não atendem bem [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

No quadro do DSC 3 verifica-se, nos depoimentos, que o atendimento é de boa qualidade, onde a maioria dos profissionais recebe bem os usuários, com exceção de alguns, que eventualmente deixam a desejar. O que seria de grande valia um preparo desses profissionais, pois segundo Lima (2001) o comportamento do profissional geralmente é o que determina o primeiro contato. E este determina a demanda para o serviço e todos os trabalhadores de saúde estão implicados nesse momento. As conseqüências repercutem a partir da porta de entrada com a recepcionista, até os profissionais de saúde, os quais deverão tentar de todas as formas solucionar ou dar uma resposta concreta aos usuários sobre os motivos que os levaram até lá.

Associado a isto, constata-se que uma pessoa ao ser mal recebida em serviços de saúde, sobretudo nos ambientes públicos, pode recusar-se a procurar novamente o referido serviço diminuindo a demanda do mesmo. Assim, o princípio da resolubilidade deixa de ser contemplado, engessando a imagem negativa do SUS.

Ressalte-se que a percepção coletiva da maioria foi positiva quanto à receptividade, evidenciando que a ESF vem consolidando suas diretrizes.-

Ainda nesse sentido, o discurso coletivo permitiu verificar que a forma como o serviço se organiza, facilitando o acesso dos clientes, independente do seu local de residência, favorece a manutenção do vínculo entre usuário e serviço. Isto demonstra a relação entre o acesso geográfico e o acesso funcional, pois o usuário está disposto a deslocar-se para ser atendido em um local que, apesar de mais distante de sua casa, propicia boa receptividade por parte da equipe de profissionais que já conhece com a qual teve experiências prévias bem sucedidas, e onde seu ingresso e permanência são facilitados.

O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de saúde que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento.

Contraopondo-se ao discurso coletivo deste estudo, uma das usuárias, mesmo mencionando algumas críticas ao setor de recepção, não deixou de utilizar o serviço, por gostar da maior parte dos profissionais que prestaram atendimento e, em especial, porque as alternativas de que dispõe envolveriam gastos como pagamento de consultas ou compras de medicamentos.

A opinião de outros usuários, dos familiares e vizinhos sobre os serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde e sobre o desempenho profissional dos membros da equipe influi de forma decisiva para a procura do serviço, confirmando a constatação de Santos (1995).

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4: Quais as dificuldades que você encontra para o atendimento na ESF? Cajazeiras-PB, 2011.

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Nunca encontraram dificuldade no atendimento e não precisa de melhoras	[...] não, sempre que eu chego aguardo minha vez e sou atendido bem. Não notei até agora nenhum ajuste necessário [...] não. tudo tá bom, tá ótimo, não precisa melhorar em nada, só os profissionais deviam ganhar mais [...] não. Mulher, não, tudo

	bem, médico tem, dentista tem [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Encontraram dificuldades	[...] não, o posto tá bom. Agora assim, se fosse possível mais pessoas pro médico atender, to achando muito pouca pessoas. Que nem eu vim agora, já não tem mais vaga pra ele [...] não. Só a questão dos médicos todos os dias que não são todos os dias que tem no PSF [...] a infra – estrutura do PSF é pequena, né.[...] os remédios que às vez faltam, que eu sou doente da pressão[...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

No quadro do DSC 4 nota-se de acordo com as falas transcritas que os participantes se agradam com o atendimento. Isso é importante e bom para a unidade de saúde, porque evidencia a satisfação dos usuários com relação ao serviço de saúde.

Outro ponto abordado foi a falta de medicações. Essa falta de medicamentos diz respeito aos remédios prescritos que fazem parte do elenco de medicamentos da atenção básica. Segundo Brasil (2009) os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos serviços de saúde, em todos os momentos, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade e informação adequada, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar.

Os participantes deste estudo reclamaram da pouca quantidade de atendimentos diários e da demora que esperam para serem atendidos. Sabe-se que a redução das filas e do tempo de espera no atendimento aos usuários nos serviços de saúde, com a ampliação do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo é uma marca da humanização do SUS (BRASIL, 2009).

A necessidade de uma infra-estrutura de maior qualidade da ESF, permitindo maior conforto ao paciente foi evidenciada nas entrevistas. Percebeu-se o reconhecimento dos usuários em relação à necessidade de valorização dos profissionais, que seriam estimulados pelo aumento de salário, por capacitações para que estes pudessem desenvolver suas atividades com maior segurança e eficácia.

Paralelamente a estes constructos, a Portaria Nº 3.839, de 7 de dezembro de 2010 estabelece incentivo para equipes de Saúde da Família que contem profissionais

certificados para atuação na Atenção Primária à Saúde, destacando-se os seguintes artigos:

Art. 1º Estabelecer incentivo financeiro a ser repassado aos Municípios que possuam Equipes de Saúde da Família compostas por profissionais certificados dentro dos critérios constantes nesta Portaria.

Art. 5º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20-AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Frente ao exposto, observa-se que este documento oficial vai ao encontro das expectativas profissionais na Atenção Primária de Saúde, na medida em que estabelece iniciativas financeiras para trabalhadores qualificados do primeiro nível de atenção à saúde, contribuindo, desse modo, para consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 5: O que você acha do acolhimento dos profissionais de saúde? Cajazeiras-PB, 2011

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Bom acolhimento	[...] muito bem, mesmo que eles não tenham tudo que necessitam para desenvolver o seu bom trabalho, mas mesmo assim, eles ainda acolhem bem [...] das vezes que eu cheguei aqui me atenderam bem, acolheram bem, perguntaram sobre o que tinha me levado até lá, o que estava sentindo, me deram os diagnósticos. Muito bem [...] eles são bem atenciosos, trata todo mundo igual, não em diferença com ninguém. O povo daqui tá de parabéns [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Mal acolhimento	[...] muita gente não gosta da dentista e do médico, tem medo deles. Criticam, assim como eu [...] tem acolhimento por parte de alguns profissionais [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

O quadro do DSC 5, de um modo geral, apontou um bom acolhimento pelos profissionais das unidades pesquisadas; sendo que em uma delas o médico e a dentista foram alvo de críticas pelos entrevistados. Nessa direção, experiências prévias negativas junto a outros serviços de saúde, mais próximos de sua residência, levam o usuário a optar pela unidade em que, além do acesso facilitado exista bom acolhimento, mesmo que lhe exija maior deslocamento.

A busca por profissionais competentes para o atendimento e a confiança na experiência e a capacidade dos membros da equipe de saúde influenciam fortemente a escolha do serviço que deverá ser procurado. Verificou-se que experiências bem sucedidas com o próprio cliente são determinantes para sua opção, confirmando os achados de Reis et al. (1990), ao demonstrarem a relação entre a satisfação dos usuários e a competência e o interesse demonstrados pelo médico e por toda a equipe em relação ao paciente, como um dos fatores que indicam a qualidade do serviço de saúde.

A facilitação do acesso ao uso dos serviços juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, que trata da postura dos profissionais em relação às necessidades dos usuários, favorece o vínculo entre usuário e equipe e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, na resolubilidade das condutas adotadas. (RAMOS; LIMA, 2003).

Apesar do predomínio dos fatores facilitadores, também foram citadas algumas situações pontuais de má recepção, autoritarismo e críticas. Entretanto, o acolhimento não se esgota na recepção do usuário, devendo permanecer nos demais encontros que ocorrem durante a sua permanência no serviço de saúde. No entanto, foram referidas e observadas situações que demonstraram bom acolhimento, quanto à expectativa do usuário em sua relação com o trabalhador de saúde.

Assim, o acolhimento é a forma de recepcionar e atender o paciente na unidade. É a forma de atendimento proposta pela ESF que visa humanizar o processo de trabalho criando vínculos entre profissionais e usuários propiciando resolução dos problemas e continuidade do cuidado, facilitando o processo de trabalho. Na medida em que os serviços da rede básica se qualificam e aumentam em quantidade numérica, ampliam-se as possibilidades reais de acesso para a população (RAMOS; LIMA, 2003).

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 6: Quais os motivos que te levam à ESF? Cajazeiras - PB, 2011.

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Consulta Médica	[...] pra pegar receita médica [...] consulta médica pra pedir exames [...] por ser próximo aqui em casa e porque temos muitas vezes algumas coisas como atestados e outras coisas que não dão no hospital [...] é difícil vir aqui agora, mais venho mais pra consulta médica [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Consulta de Enfermagem	[...] eu venho pra fazer prevenção e to com tratamento com o enfermeiro [...] consulta com o enfermeiro pras crianças [...]
Idéia central 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Imunização e Ambulatório	[...] só a vacina, por causa das crianças mesmo [...] vim retirar ponto e tomar injeção [...] venho fazer curativo todos os dias, né [...]
Idéia central 4	Discurso do Sujeito Coletivo
Dentista	[...] é mais para o dentista [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

No quadro do DSC 6 nota-se de acordo com as falas que há ainda o predomínio do modelo hegemônico, médico-centralizador, contribuindo para a manutenção da cultura médica, como o pedido de exames, receitas, atestados e os procedimentos odontológicos curativos e cirúrgico-restauradores. No entanto, quando se trabalha sob a ótica do modelo médico-centrado, o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio desse tipo de atendimento, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo assim o espaço da dimensão cuidadora interdisciplinar da equipe, empobrecendo a possibilidade de incorporação de outros saberes para a ampliação da ação clínica, e o campo de busca para a solução dos problemas, bem como para a prevenção e promoção da saúde no âmbito individual e coletivo (MATUMOTO *et al.*, 2005).

Apesar desse predomínio, os usuários também buscam na ESF a prevenção de doenças e promoção da saúde, através dos exames preventivos, vacinas, reorientando aos poucos esse modelo assistencial para o escopo da atenção básica, contribuindo para a consolidação do SUS.

Destacaram-se nas falas a consulta de enfermagem como o motivo para a sua ida à unidade de saúde demonstrando a crença desses usuários na consulta com o

enfermeiro, estabelecendo assim um maior contato enfermeiro-paciente, possibilitando assim o desenvolvimento de ações planejadas junto ao indivíduo e à comunidade, reconhecimento positivo para o profissional de Enfermagem, pois ele se sente valorizado, mais confiante e motivado, diminuindo suas dificuldades e aumentando suas possibilidades de atuação, contribuindo para sua autonomia.

A consulta de enfermagem (CE) encontra-se listada entre as atividades privativas dos enfermeiros, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem, sendo assim, uma atividade de responsabilidade única, que traz ao profissional um valor bastante significativo do seu trabalho frente às questões sociais na saúde do usuário (MACIEL; ARAÚJO, 2003). Percebe-se que a CE pode ser efetiva para a construção de vínculos entre o enfermeiro e a comunidade, entendida assim, como um espaço para ações educativas, o que justifica a sua utilização na atenção básica, devendo ser estimulada.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 7: Você tem algum vínculo com os profissionais da ESF? Cajazeiras - PB, 2011

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Não possuem vínculo	[...] não, não tenho [...] eu conheço todos, mas não tenho muita intimidade porque são pessoas que eu conheço só da localidade de trabalho [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Demonstram vínculo	[...] só com a enfermeira, a gente sempre procura ela [...] tenho com alguns, a agente de saúde, o enfermeiro e a vacinadora [...] às vezes quando chego com a minha menina, elas até ficam brincando com ela, é muito bom [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

No quadro do DSC 7 percebeu-se que os vínculos entre usuário e profissionais da equipe de saúde se mantêm principalmente com os agentes comunitários de saúde, por estarem mais próximos e presentes nas casas dos usuários, o que permite conhecer a todos os que habitam na comunidade, seja em visitas domiciliares ou fazendo comunicados. Ademais, os sujeitos citaram vínculo com o enfermeiro e a vacinadora durante visitas domiciliares, consultas de rotina ou encontros para tirar dúvidas.

Embora, conforme ressalta Merhy *et al.* (1994), haja usuários que preferem não estabelecer vínculo com os trabalhadores de saúde, recorrendo quando necessário a serviços de urgência, diversos sujeitos desta investigação demonstraram o contrário. Esses vínculos sugerem que os profissionais de saúde têm compromisso com a comunidade, conhecem bem a maior parte dos usuários, revelando confiança mútua entre eles.

A formação do vínculo entre ESF e usuário garante laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Uma vez estabelecido um vínculo forte entre o usuário e serviço, e/ou com determinados profissionais, a partir de uma relação de confiança, mesmo que o cliente se mude para outro bairro mais distante, ele permanece usando o serviço de saúde. (OLIVEIRA, 1998).

Nessa perspectiva, a noção de vínculo permite refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, a idéia está em concordância com um dos sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e claras, que sensibiliza o profissional frente ao sofrimento do paciente, (co) responsabilizando-o pela vida e óbito do mesmo, visto que, de acordo com Brasil (2006), a Política Nacional de Atenção Básica tem como um dos seus fundamentos desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde.

QUADRO TEMÁTICO 8: Quais são suas expectativas em relação à ESF?. Cajazeiras - PB, 2011.

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Continuidade do atendimento	[...] ah, que ele seja sempre assim, nunca mude pra pior, que seja melhor cada dia mais [...] que não mude, já que mudou o prefeito, né. Não mude o atendimento [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Um bom atendimento	[...] bom atendimento, que os profissionais sejam dedicados com o que fazem para que o procedimento seja feito com eficiência [...] que ele melhore cada dia mais, agora com os médicos sanitaristas, enfermeiro altamente competente e com a universalidade cada vez mais agindo dentro daqui. Que torne realmente tanto uma unidade-escola como

	modelo, colocando em prática os princípios do SUS [...]
Idéia central 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Melhorias pelos gestores	[...] eu espero que os gestores melhorem e tragam mais profissionais [...] espero que me receba sempre, que o governo municipal procure sempre melhorar, porque a população de uma maneira geral sempre necessita desse atendimento e muita gente assim como eu não tem condições de estar pagando consultas particulares [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

No quadro do DSC 8 observou-se a partir das entrevistas que os clientes estavam gratos pelo atendimento de qualidade oferecido pelas equipes, quando falaram que o serviço deve continuar do jeito que está, podendo melhorar cada dia mais. Citaram que é importante haver profissionais dedicados para que se desenvolvam atividades com sucesso, ressaltando que os profissionais das unidades de saúde frequentadas são bastante competentes. Alguns acrescentaram o desejo de que essas unidades básicas se tornem unidades-escola, colocando em prática todos os princípios do SUS.

Também fizeram ressalvas aos gestores municipais para que estes estejam sempre trazendo melhorias para essas unidades de saúde com mais recursos humanos, pois a comunidade necessita dessa assistência devido às baixas condições sócio-econômicas da maior parte da comunidade, o que inviabiliza o pagamento de consultas particulares. Este é um direito que essas pessoas possuem, além de uma assistência de qualidade, com universalidade e integralidade no atendimento.

QUADRO TEMÁTICO 9: Você teve seus problemas resolvidos? Cajazeiras - PB, 2011.

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Apresentaram resolubilidade	[...] resolvo todos, toda vida, graças à Deus [...] todos, não tenho queixas [...] bem, até agora sim. Teve todos os encaminhamentos necessários e vejo que o atendimento foi satisfatório [...]
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Não tiveram resolubilidade	[...] não, porque ainda estou esperando uns exames [...]

FONTE: Própria pesquisa/2011.

No quadro do DSC 9 no que tange à resolutividade junto à atenção primária, a literatura relata que ela deve ser em torno de 80-85% dos problemas e agravos coletivos apresentados pelas comunidades. (BRASIL, 2006). Este princípio tem por função avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento do usuário. Crê-se que quanto melhor a resolubilidade de uma unidade de saúde, maior a procura por aquela unidade. Isto mostra que os usuários reconhecem quando determinado serviço de saúde está preparado para atender suas necessidades de saúde.

Essa satisfação do usuário é um ponto positivo e de grande valia para a Atenção Básica, pois possibilita maior demanda na unidade de saúde, diminuindo assim, a superlotação nos hospitais, tendo todas as suas necessidades equacionadas pela ESF.

Segundo Campos (1988), resolutividade seria o atendimento à demanda que aporte espontaneamente à unidade de saúde, com a produção de atos eficazes e satisfatórios para os usuários. Para ele, não basta que os atos sejam tecnicamente úteis; para que se tornem conseqüentes, é necessário que haja um mínimo grau de satisfação dos usuários. E este pensamento pôde ser visto e confirmado pelas respostas dos usuários na entrevista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso é um elemento essencial para uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde, determinando a escolha dos mesmos e estabelecendo frequência na sua utilização. Nessa pesquisa, as barreiras geográficas constituíram em algumas dificuldades de acesso dos usuários, devido à existência de ruas esburacadas com esgoto a céu aberto, contrapondo-se ao acesso econômico, que não exerceu poder impeditivo para o usuário, visto que a maioria não manifestou nenhuma dificuldade, nem custo significativo, predominando a caminhada até a unidade de saúde, por ser próxima de suas moradias.

No que tange ao cuidado recebido verificou-se que a questão da educação e do respeito é muito forte e influente na satisfação do cliente, determinando desta forma, a escolha da unidade de saúde; valorizando também a comunicação e a informação sobre seus problemas, bem como a disponibilidade dos serviços. Percebeu-se que os clientes detêm conhecimentos sobre alguns princípios do SUS e dão importância quando enfatizam que o atendimento deve ser igual e humanizado. Foi possível verificar que a receptividade dispensada ao usuário é de boa qualidade, comprovando que a ESF vem consolidando suas diretrizes. A partir disso, pode-se dizer que a responsabilidade social dos profissionais com determinada população é fundamental para o sucesso da ESF.

Observou-se ainda que os usuários se agradam com o atendimento, demonstrando satisfação pelo serviço, mas ressaltando a necessidade de mudanças como o comparecimento dos médicos todos os dias; a disponibilidade de medicações em quantidade suficiente; ao aumento no número de atendimentos diários; uma melhor infra-estrutura física da unidade com um maior espaço e conforto, e mais valorização dos profissionais através do aumento de salário e capacitações visando uma assistência de qualidade.

Foi notório, a partir das falas, que há ainda o predomínio do modelo hegemônico, médico-centralizador, contribuindo para a manutenção da cultura médica com diminuindo assim, o espaço da dimensão cuidadora interdisciplinar da equipe, embora os usuários já procurem os serviços para a prevenção de doenças e promoção da saúde, substituindo aos poucos esse modelo assistencial para a lógica da atenção básica.

A consulta de Enfermagem foi outro fator identificado neste estudo como sendo de grande valia na construção de vínculos entre o enfermeiro e a comunidade, entendida assim, como um espaço para ações educativas, o que justifica a sua utilização na

atenção básica, devendo ser estimulada.

Considerando tais aspectos, depreendeu-se que a formação do vínculo acontece de forma lenta e gradual, mas que muitos usuários já conhecem os profissionais, sabendo a quem se dirigir no momento de esclarecer suas dúvidas. Ainda faltam elementos importantes para que o elo entre a equipe e usuários ocorra de maneira mais consistente, como a maior estimulação destes através de ações educativas em saúde.

Em contrapartida, verificaram-se sentimentos de gratidão por parte dos usuários pelo atendimento de qualidade, retratando que o serviço deve dar continuidade do jeito que vem sendo praticado, melhorando cada dia mais proporcionando mais, recursos humanos pelos gestores municipais, podendo vir se tornarem unidades-escola, colocando em prática todos os princípios do SUS.

De maneira geral, pode-se apontar um bom acolhimento pela maior parte dos profissionais das unidades pesquisadas; sendo que em uma delas o médico e a dentista foi alvo de críticas pelos entrevistados. Entretanto, há relatos de má recepção, autoritarismo e críticas. Conseqüentemente, a resolubilidade foi apontada como um ponto positivo e de grande valia pelos usuários para a Atenção Básica, pois possibilitou maior demanda na unidade de saúde, e maior equacionamento das necessidades pela ESF.

Entendeu-se que o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, da resolubilidade e do atendimento humanizado, considerou-se, a partir do discurso coletivo fruto deste estudo, que a experiência das equipes de saúde da família investigadas, no tocante ao acolhimento dos usuários, pode ser considerada satisfatória, contribuindo para o fortalecimento da atenção básica e humanização do setor no município estudado.

Diante deste estudo sugere-se que os profissionais da equipe de saúde estejam sempre repensando a maneira de como receber e tratar melhor os indivíduos com respeito e educação; que os gestores procurem cada vez mais melhorar a qualidade na assistência aumentando o número de recursos humanos e a qualificação destes através de capacitações e melhorias nos salários; que as medicações sejam dispensadas na quantidade suficiente; que os médicos cumpram com sua carga horária de 40 horas semanais e que a Enfermagem, assim como toda a equipe estejam sempre buscando e se interessando em promover ações em saúde para uma maior adesão da comunidade, permitindo um maior espaço para discussões sobre as necessidades destes, reorientando assim, o modelo hegemônico que vem predominando o serviço.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P., 1993. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, 12:82-86.
- Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. *RBPS* 2004; 17(4):163-169.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.
- _____.Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**/Secretaria Executiva. Brasília, 2001.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 2 ed.
- _____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização/** Secretaria Executiva Brasília, 2004. Acessível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizassus>>.
- _____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica/** Secretaria Executiva Brasília, 2006.
- _____.Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde/** Secretaria Executiva Brasília, 2006. Acessível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios01.pdf>>.
- _____.Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, F. E. **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Tese de Doutorado apresentado à ENSP/FOICRUZ. Rio de Janeiro, 1988.
- Cecilio L. C (Org). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo:Hucitec; 1994. p.29-87.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:345-353.

FLEURY S. **Pobreza, desigualdades ou exclusão?** *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1422-1428.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.42.

GOMES M. C. P. A.; PINHEIRO R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** *Interface: comunicação, saúde, educação.* Botucatu, 2005. v.9, n.17, p. 1-25.

GOMES R. **Descentralizando o Atendimento ao Usuário do Sistema de Saúde do Município de Volta Redonda-RJ como forma de melhorar a Resolutividade da Atenção Básica.** Volta Redonda, 2007.

GUEDES F. *et al.* **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS.** Comitê Estadual de Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização Gerência de Redes Assistenciais/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais, 2008. Acessível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=25>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M C.; TEIXEIRA. J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA R. C. D. **Enfermeira uma protagonista que produz cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** Vitória: Edufes; 2001.

LIMA, R. C. D. . **O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade.** *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, 2003. v. 65, n. 27, p. 310-315.

MACIEL, I. C. F., ARAÚJO T. L. **Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003 Mar-Abr; 11(2) 207-14.

MALTA D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto de vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas, SP: [s.n], 2001.

MARQUES G. Q.; LIMA M. A. D. S. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(1):13-19.

MATTOS R. A. **A integralidade na prática.** *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2004. 20(5):1411-1416.

MATUMOTO S., FORTUNA C. M., MISHIMA S. M., PEREIRA M. J.B., DOMINGOS N. A. M. **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.** *Rev. Interface-Comum Saúde Educ,* 2005; 8(16):9-24

MERHY, E. E., 1997. **Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.), 1994. **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. & NOGUEIRA FILHO, R. C. 1991. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde.** *Saúde em Debate*, 33:83-89.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** Editora Hucitec, São Paulo, 1993. (2ª ed.).

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000. 7ª Ed.

NEVES L. J. **Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades.** Caderno de pesquisa em administração. São Paulo, 1996. v.1, n° 3, 2º semestre.

OLIVEIRA, F. J. A., 1998. **Serviços de saúde e seus usuários: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária.** Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

POLIGANANO V. M. **História das Políticas de Saúde no Brasil, uma pequena revisão.** Fonte: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saúde no Brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude%20no%20Brasil.rtf)>.

QUEIROZ MS. **Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras.** Cad. Saúde Pública.1993;9; 279-82.

RAMOS, D. D., LIMA S. D. A. M. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1): 27-34, jan-fev, 2003.

RODRIGUES L.A.M. **Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa.** Curso de Mestrado em Oncologia. 2007, Porto Seguro.

REIS, E. J. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACURSIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L. & SANTOS, M. A., 1990. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas.** *Caderno de Saúde Pública*, 6:50-61.

SANTOS, M. P., 1995. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48: 109-119.

SCHUWARTS T. D.; FERREIRA. J. T. B.; MACIEL E. L. N.; LIMA R. C. D. **Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES).** Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2145-2154.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. Ed. rev. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA Jr. A. G, MASCARENHAS M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.

SILVA, R. C. L. *et al.* **Químo Enfermagem: teorias & dicas.** Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2010.p 331.; 17x24 cm. ISBN 978-85-88656-30-7.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

STIEN, A. T., 1998. **Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência.** Tese de Doutorado, Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

TAKEMOTO S. L. M., SILVA M. E. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** Rio de Janeiro, 2007. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.23.

TEIXEIRA R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** Publicado em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* IMS –UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111

TEMPORÃO G. J. PORTARIA Nº 3.839, de 7 de dezembro de 2010. Acessado em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106529-3839.html>>.

TRAVASSOS C.; MARTINS M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** *CadSaude Publica.* Rio de Janeiro, 2004. 20(supl.2): 190-198.

TRAVASSOS C, OLIVEIRA EXG, VIACAVA F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** *Cien Saúde Colet* 2006; 11 (4); 975-986.

TRIVINÕS A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** Editora: Atlas. São Paulo, 1992.

TURRINI T. N. R.; CESAR G. L. C.; LEBRÃO L. M. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. 24(3):663-674.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG C. P.; JUNQUEIRA C. B. **Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública.** Rev. Saúde Publica. São Paulo, 1987. 21(5):439-446.

UNGLERT, C. V. S., 1995. **Territorialização em sistemas de saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente.** Tese para Concurso de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data da Aplicação: ____ / ____ / ____

Sexo: () M () F Idade:anos

Estado civil () Solteiro () Casado () Viúvo () Outro

Grau de Escolaridade: () Não alfabetizado
() Primeiro grau incompleto
() Primeiro grau completo
() Segundo grau incompleto
() Segundo grau completo
() Nível superior incompleto
() Nível superior completo

Renda: () Até 1 SM
() Até 2 SM
() Até 3 SM
() Mais de 3 SM

Profissão:.....

- 1) Como é o acesso geográfico à unidade de saúde da ESF que você frequenta?
- 2) Como você é recebido ao chegar ao ESF, desde a recepção até a saída?
- 3) Quais são as dificuldades que você encontra para o atendimento na ESF?
Como você acha que poderia melhorar?
- 4) O que você acha do acolhimento dos profissionais de saúde?
- 5) Quais os motivos que te levam ao ESF?

- 6) Você tem algum vínculo com os profissionais da ESF?
- 7) Como deve ser o cuidado recebido?
- 8) Quais são suas expectativas em relação a ESF?
- 9) Você teve seus problemas resolvidos?

ANEXO(S)

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO : para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO”** terá como objetivo geral Conhecer a percepção dos usuários acerca do acolhimento nos serviços da Atenção Básica de Saúde do Município de Cajazeiras – PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário semi-estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

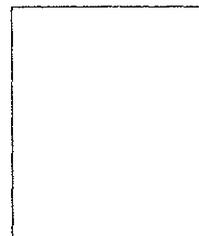
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083)8883.9617 com **José Ferreira Lima Júnior**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

ANEXO B
TERMO DE TERMO DE COMPROMISSO DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**Pesquisa: ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

Eu, **José Ferreira Lima Júnior**, Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande, portador do RG: 257705093 ssp-CE e CPF: 804.522.723-00 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

Cajazeiras, 27 de abril de 2011.

ANEXO C
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS - PB

CNPJ: 089239710001-15

RUA: Asênio Rolim Araújo, Bairro Centro; CEP: 58900-000

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO" desenvolvida pela aluna Amanda Rodrigues Medeiros Cunha do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do professor José Ferreira Lima Júnior.

Cajazeiras, 27 de abril de 2011.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO D
CERTIDÃO DO PARECER DE AVALIAÇÃO DO
COMITÊ DE ÉTICA DA UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**PROJETO: CAAE N: 0186.0.133.000-11
DATA DE ENTREGA: 11/05/2011**

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

**PESQUISADOR: JOSÉ FERREIRA LIMA JUNIOR
ORIENTANDO: AMANDA RODRIGUES MEDEIROS CUNHA**

DESCRIÇÃO: Na análise do presente projeto, inicialmente verificamos a Folha de Rosto (FR), Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Autorização Institucional (TAI); Instrumento da Coleta de Dados, estando tais documentos em plena conformidade com as diretrizes que norteiam este Comitê.

No corpo do projeto, evidenciamos introdução, objetivos, justificativa, referencial teórico, metodologia, cronogramas e referências; havendo coerência e harmonia científicas na articulação entre esses elementos.

Outrossim, destacamos as recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previsto respectivamente nos itens: IV. 1.f, IV. 2.d, III. 1.z, V.3 e V.4, da Resolução 196/96 do CNS/MS.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução anteriormente destacada, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, reiteramos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 13/05/2011

Relator: 07

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Prof.ª Dra. Donalúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**

ANEXO E
COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ
DE ÉTICA DA UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO
CAAE 0186.0.133.000-11
Pesquisador Responsável: JOSÉ FERREIRA LIMA JUNIOR**

Andamento do Projeto CAAE- 0186.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa

ACOHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	11/05/2011 10:28:21	13/05/2011 08:15:53		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	28/04/2011 11:59:10	Folha de Rosto	FR - 422458	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	11/05/2011 10:28:21	Folha de Rosto	0186.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	13/05/2011 08:15:53	Folha de Rosto	0186.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doraciela Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa