



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

LAIANNE SANTOS BARBOSA DE SOUZA

ACOLHIMENTO: SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

CAMPINA GRANDE – PB

2016

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”-
UFCG**

S729a

Souza, Laianne Santos Barbosa de.

Acolhimento: satisfação de usuários da atenção básica / Laianne Santos Barbosa de Souza. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

41 f. 21 x 27,9 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dr^a.

1. Acolhimento. 2. Atenção Primária. 3. Enfermagem. I. Brandão, Gisetti Corina Gomes (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083: 614.2 (813.3)

LAIANNE SANTOS BARBOSA DE SOUZA

ACOLHIMENTO: SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus I, para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Dr^a Gisetti Corina Gomes
Brandão

CAMPINA GRANDE – PB

2016



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCC
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE – PB.

Aos 26 dias do mês de setembro do ano 2016 às 14.02 horas, na sala 05,
com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a
defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado
Acolhimento: Saberes dos Usuários

desenvolvido
pelo aluno (a) Daivianne Santos Barbosa de Souza,
regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2016 I, orientado pelo
professor (a) Gyneth Laraine Gomes Brandão. O período da
defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno
utilizou 20 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a)
juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota
ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo
orientador. Obtendo nota 10.0 (Dez) pelos
examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 26/09/2016

ORIENTADOR (A): Gyneth Laraine Gomes Brandão
TITULAÇÃO: Doutora

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Glória Smith da Nóbrega Menais Titulação: Doutora

2º Membro: Mikael Lima Brasil Titulação: Especialização

Dedico aos meus pais Ivailton e Bia, por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui e a minha irmã Lais, pelo companheirismo e amor de todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo seu amor incondicional, por nunca me desamparar ao longo da vida, principalmente nesses anos de curso, tão cheios de obstáculos, mas com Sua ajuda, tudo foi superado.

Agradeço aos meus pais Ivailton e Bia, vocês se esforçaram tanto para que eu chegasse aqui. Abdicaram de tantas coisas para que o meu sonho se realizasse. Sou muito feliz e grata por ter pais como vocês. Todos esses anos de distância, saudade e reencontros breves só fizeram o meu amor crescer e crescer. Amo vocês!

À Lais, minha irmã amiga, o que seria de mim sem você?! Obrigado por ser minha companheira, por estar comigo todos os dias, dividindo as alegrias e as tristezas, rindo e chorando juntas, por me aturar nos dias de estresse, por me aconselhar, ouvir. Fui abençoada em ter você comigo. Te amo irmã!

Agradeço à minha família, sempre presentes em minha vida, seja por meio de ligações, cartinhas (vovó Dedé), orações e conselhos. À Vó Dedé, Vó Ana, meus tios e tias, primos e primas, obrigada por tudo. À D. Zena e Jessica por me acolherem em CG, Naina , Wesley , Ihamy, vocês foram a minha família aqui. Agradeço a Eghon , cunhado e amigo pelo cuidado e apoio de sempre.

Quero agradecer à minha professora e orientadora Gisetti Corina, pela paciência, pelas orientações, por sempre estar disposta a ajudar, por todas as oportunidades oferecidas, obrigada mesmo. Aos meus mestres UFCG, vocês são o diferencial dessa instituição, obrigada por todos os ensinamentos, em especial à Sheila Milena por me abrir as portas da pesquisa e extensão e confiar no meu potencial, quando eu mesma não acreditava.

Aos meus amigos, a parte mais doce de toda essa rotina. As responsáveis por tirar sempre uma gargalhada minha, mesmo nos momentos de dificuldades. Seja os mais antigos ou os conquistados a menos tempo. Obrigada Rafinha, Camila, Ana Dark, nosso quarteto lindo. André, Filipe, Najara, meus conterrâneos queridos. Obrigada à “melhor turma do mundo”, ao grupo “cobras” (vocês são os melhores), aos amigos que o PRÓ-PET SAÚDE me deu (Láís, Lara, Jessica, Ueigla) saudades dos nossos dias em lagoa seca. Às minhas companheiras de estrada Maria Érica e Raíssa, quantas coisas dividimos juntas.

À turma 2011.2 por terem me acolhido e principalmente à Flavia por ser uma amiga tão fiel, sempre disposta a ajudar. Leiza , Samara , Kelly , Markeynya, amizades mais recentes que levarei pro resto da vida . Aos lindxs da psicologia, obrigada por me mostrar a vida por

um outro ângulo, vocês são luz por onde passam. À Isabel Saito por ser amiga da nossa família, presente em todas as horas. Aos amigos de luz que sempre se fazem presentes. Gratidão!

RESUMO

SOUZA, L.S.B. **ACOLHIMENTO: SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**. 42 fls. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campina Grande - PB, 2016.

Introdução: O acolhimento propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças na forma de gestão para ampliar os espaços de escuta e decisões. **Objetivo:** Conhecer os saberes e compreender a satisfação do usuário a respeito do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, através de questionário semiestruturado, com usuários de uma UBSF no município de Campina Grande- PB. As falas foram analisadas pelo método de Bardin. Esse estudo faz parte da extensão de uma tese de doutorado já aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisada Universidade Federal de Campina Grande, conta ainda com Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias. **Resultados:** Verificou-se que, para o usuário o tratamento recebido ao chegar à unidade é relacionado ao acolher bem, ser bem atendido. A UBSF só é procurada pelos moradores da área adscrita quando estão em processo de doença e à satisfação do usuário está intimamente ligada à marcação de exames, agilidade no atendimento, prescrição de medicamentos e resolutividade durante a consulta. **Conclusão:** Após esse estudo, foi possível compreender que o acolhimento ainda é visto como uma triagem, além de um processo demorado e como um impedimento até a consulta médica. O acolhimento precisa ser trabalhado entre equipe e usuários, de forma que estes entendam a importância de um espaço de conversação para troca de experiências e saberes, proporcionando assim a resolução dos nós críticos que possam estar interferindo no processo.

PALAVRAS - CHAVE: Acolhimento. Atenção Primária. Enfermagem.

ABSTRACT

SOUZA, L.S. B. USERS SATISFACTION OF PRIMARY CARE.42 pages. Completion of Course Work - (Undergraduate) - Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande - UFCG, Campina Grande - PB, Brazil, 2016.

Introduction: The host proposes the role of all subjects involved in the health production process, the reorganization of services from the questioning of work processes, as well as changes in management to enlarge the listening spaces and decisions. **Objective:** Knowing the knowledge and understand user satisfaction regarding care in the Family Health Strategy. **Method:** This is a field research, qualitative approach, through semi-structured questionnaire with users of a UBSF in Campina Grande- PB. The reports were analyzed by the method of Bardin. This study is part of the extension of a doctoral thesis already approved by the Ethics Committee and Researched Federal University of Campina Grande , also has Term of Informed Consent Form (ICF) in two-way. **Results:** It was found that, for the user the treatment received to reach the unit is related to the welcome, be well attended. Residents of the enrolled area when in the disease process only seek the UBSF and user satisfaction is closely linked to the marking of exams, timeliness of care, prescription drugs and resoluteness during the consultation. **Conclusion:** After this study, we understand that the host is still seen as a screening, as well as a lengthy and as a deterrent to the medical consultation. The host needs to be worked between staff and users, so that they understand the importance of a conversation space for exchanging experiences and knowledge, providing the resolution of critical nodes that may be interfering with the process.

KEYWORDS: Reception.Primary Care.Nursing

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ESF- ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EPS- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PNH- POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVO GERAL	15
3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
5. METODOLOGIA	19
5.1. LOCAL DA PESQUISA.....	19
5.2. PERÍODO DA PESQUISA.....	20
5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	20
5.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	20
5.6. ANÁLISE DOS DADOS	21
5.7. ASPECTOS ETICOS.....	22
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

Historicamente a saúde brasileira é marcada por um modelo de assistência sedimentado, pautado na previdência social e sofre modificações nos anos 70 com o início da Reforma Sanitária. A mesma propôs a clara necessidade de uma renovação na saúde oferecida à população e chega então a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da constituição de 1988 (MENICUCCI,2014).

O SUS representa a consolidação de uma nova estratégia de saúde, já que, antes era voltado para cura de agravos, baseado modelo biomédico, remediando os efeitos com menor ênfase nas causas e passa a ser pautado na prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2000).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolida esse novo modelo de saúde, pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações, sem estar desconectada dos outros níveis de assistência. “Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio”. (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2000, p.317).

Ainda assim a precarização do serviço, péssimas condições de trabalho, desvalorização e falta de Educação Permanente em Saúde (EPS) impossibilitam os profissionais de exercerem seu processo de trabalho, influenciando na resolutividade das questões desses usuários. (BARROS et al, 2006).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge em 2003 com a finalidade de exercer os princípios do SUS dentro da atenção básica, pondo em discussão a relação entre gestores, trabalhadores e usuários através dos princípios de transversalidade, indissociabilidade entre atenção, gestão e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2010). Possui diretrizes que norteiam suas ações, como o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários.

Para o Ministério da saúde (2006, p.15) o acolhimento, como principal diretriz da PNH, “propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças na forma de gestão para ampliar os espaços de escuta e decisões.”

Tem como objetivo a construção do vínculo entre os sujeitos envolvidos no processo, através de escuta qualificada dos trabalhadores para com os usuários, garantindo que todos sejam atendidos nas suas necessidades, a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2004).

O acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber (FRACOLLI, BERTOLOZZI, 2003).

Dessa forma, o acolhimento não deve ser um espaço, uma etapa do processo, ele deve estar presente em todo o percurso do usuário pelo serviço, não deve ser realizado apenas pela recepção e sim por todos os profissionais de saúde (MITRE et al, 2012).

Dentro do processo de trabalho da equipe, propõe a reorganização do serviço, qualificando a relação trabalhador-usuário, a troca de saberes, responsabilização e vínculo, reorientando a distribuição de poder entre os envolvidos (REBELLO et al, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Sabendo que a ESF é a porta de entrada para os serviços de saúde, um espaço de prevenção de agravos e promoção de saúde, além de estar em constante transformação, deparei-me com o acolhimento durante as aulas práticas vivenciadas no percurso da graduação.

Especialmente no Estágio Curricular Supervisionado I, tive a oportunidade de reafirmar e estreitar os laços com a atenção básica, como também, aproximação com o Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC, especificamente no subgrupo Processo de Trabalho em Saúde (PTS).

“O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica” (FAGUNDES, 2004).

Diante da leitura e aproximação com o tema surgiu-me uma indagação: O que o usuário sabe sobre acolhimento? O que os leva a procurar atendimento na unidade? Qual o grau de satisfação desse usuário?

Esse estudo surge como forma de dar resposta ao trabalho implementado nessas equipes de saúde, bem como mensurar /avaliar a satisfação desse usuário.

3. OBJETIVO GERAL

Conhecer os saberes e compreender a satisfação do usuário a respeito do acolhimento na Estratégia Saúde da Família.

3.1.OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar o conhecimento do usuário a respeito do tema;

Conhecer os motivos que levam os usuários a buscar a UBSF;

Compreender a satisfação desse usuário.

4. REVISÃO DE LITERATURA

No decorrer da história a saúde passou por momentos marcantes. Momentos de mudança, que constituíram o sistema que possuímos nos dias atuais. Após reformas sanitárias, democráticas, marcos importantes como a participação popular, criação do Sistema único de Saúde (SUS), adequação das políticas públicas como opção estratégica para ampliar a efetividade da assistência à saúde, nasce um novo jeito de produzir cuidado (ARAKAWA et al. 2012; COSTA,2016).

A Atenção Primária em Saúde (APS) surge no Brasil como porta de entrada para os demais serviços da rede. Tem como definição “atenção ambulatorial não especializada, ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica” (LAVRAS, 2011). Além disso, coordena o cuidado quando os usuários necessitam da assistência de outros níveis.

Não obstante, ao optar pela adoção das políticas da APS, converteu-se o modelo assistencial hospitalocêntrico, para pôr em prática um programa que já surtia efeitos em localidades isoladas do país, o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS). Nesse momento, o indivíduo deixa de ser o foco principal do cuidado e passa a ser visto como elemento de uma família, levando-se em consideração suas condições geográficas e socioeconômicas, constituindo assim o Programa Saúde da Família, que mais tarde se torna a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ARAWAKA et al,2012).

A ESF “é composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos” (GASTÃO, GUERRERO, 2010) e tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Tenta ainda, “modificar o fluxo unidirecional ainda vigente, direcionado ao atendimento médico, para um envolvimento dos diferentes saberes profissionais disponíveis na equipe de Saúde da Família” (DAMASCENO et al, 2012, p.8).

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a política nacional de atenção básica, versa sobre as atribuições da equipe e do seu processo de trabalho, destacando-se: definição do território, ações que priorizem os grupos de risco, atenção à saúde na unidade, no domicílio e em locais do território, ações educativas, participação coletiva nos

processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde.

Ainda assim, a principal porta de entrada do sistema de saúde, tem o dever de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

A partir da proposta de produção de saúde, que é a base da ESF, é possível compreender que esse ato é feito através dos trabalhadores de saúde, em conjunto com os usuários e gestores dos serviços. É por meio desses profissionais que o vínculo é estabelecido, que a responsabilização e o acolhimento das famílias acontecem, buscando atender às necessidades de saúde da comunidade (REBELLO et al, 2012).

Partindo desse pressuposto, surge em 2003 a Política Nacional de Humanização, para rever os pontos pelos quais, a atenção básica continuava sendo vista apenas como suporte e não como porta de entrada dos serviços. A PNH reafirma a indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de saúde e impulsiona ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e gestão em saúde (MITRE, ANDRADE, COTTA 2012; GARUZI et al, 2014).

Ainda assim, tem como princípios a transversalidade, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Junto a isso, trabalha com três eixos básicos de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Dentre as suas diretrizes estão o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013).

A PNH define acolhimento como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004, p. 26).

O acolhimento não é, portanto, uma etapa do processo, não se faz de forma pontual ou em um espaço destinado a ele. O acolhimento perpassa todas as etapas do processo de saúde, está presente na chegada, na resolutividade dos problemas do usuário, na integralidade da assistência e na condução do mesmo para outros serviços. O acolhimento ainda, é ferramenta

de conversação entre usuários, trabalhadores e gestores, na perspectiva de que os nós sejam desfeitos, “para implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho” (GARUZI et al ,2014).

Para esse estudo, destacamos a importância da clínica ampliada e compartilhada que tem como objetivo contribuir para uma abordagem do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Como também, para a ambiência, que diz respeito a espaços acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013).

Ao mesmo tempo, a forma mecanizada e técnica como o acolhimento é prestado em certas UBSF, redefinindo-o apenas como triagem para a classificação de risco em consultas e procedimentos específicos, fazem os sujeitos não se sentirem acolhidos ou bem recebidos no serviço. Como também, surte poucos efeitos à assistência individual e integral aos usuários, resolvendo apenas problemas imediatos, sem garantir adequado acompanhamento (PENNA et al, 2014).

Entende-se que a capacidade do acolhimento em transformar o processo de trabalho, forneça ao usuário maior resolubilidade, para que suas necessidades sejam vistas, evitando filas por ordem de chegada, espera desnecessária, marcação de consultas e exames de acordo com fila de espera, responsabilização não só dos trabalhadores, como também dos gestores de saúde. “Assim, a corresponsabilização assume importância fundamental no cuidado, que engloba a construção do vínculo serviço-usuário, a garantia de controle social das políticas públicas e a gestão dos serviços de saúde” (MITRE et al, 2012, p. 10).

Sem contar que a EPS é uma ferramenta capaz de produzir mudanças no serviço “construindo estratégias de mudança, revendo fluxos, aproximar-se da comunidade, compreender os desafios do trabalho em equipe e suprir as necessidades de formação; ampliado a escuta mútua entre os atores envolvidos :trabalhadores, gestores, usuários” (RIBEIRO et al, 2015, p.6).

No estudo “Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa” algumas dificuldades são apontadas, como: falta de estruturação e pessoal (ambiência e atitude), precariedades nas unidades, excessiva priorização de grupos específicos (doentes crônicos) e predomínio de práticas curativo individuais. Desta forma, a avaliação do serviço pelo usuário tem a capacidade de apontar os nós críticos dos serviços de atenção à saúde, além de reorientar novos caminhos para o alcance da máxima do acolhimento (GARUZI et al ,2014).

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo onde, “além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa” (FONSECA, 2002, p.28). A pesquisa de campo procede à observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real e após a coleta dos dados ocorre a análise e interpretação dos mesmos, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado.

Na coleta de dados foi utilizado o recurso da entrevista, através de questionário semiestruturado com perguntas subjetivas que para Gil (2008), é a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

Nesse tipo de pesquisa a ação do investigador passa a ser parte do estudo. Ele não avalia apenas os dados coletados, e sim o impacto que eles têm sobre a realidade, modificando o meio. Além disso, o investigador passa a ter uma relação cooperativa com os investigados, uma relação de vínculo e de subjetividade. (FONSECA, 2002; GIL,2008).

Deste modo, podemos entender que nos referimos a uma pesquisa qualitativa que se preocupa, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

5.1. LOCAL DA PESQUISA

O município de Campina Grande está localizado na mesorregião do Agreste da Paraíba, possui uma área territorial de 594,182 km², população estimada em 2014 de 402.912 habitantes e densidade demográfica de 648,31 hab/km² (BRASIL, 2014).

A pesquisa aconteceu na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Adalberto César, localizada no bairro do Pedregal, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

O bairro do Pedregal é atendido por duas Unidades Básicas de Saúde da Família sendo duas equipes em cada Unidade, uma delas é a UBSF Adalberto César local desse estudo, tendo duas equipes compostas por dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma técnica de farmácia, duas recepcionistas, dois porteiros, duas auxiliares de

serviços gerais, três vigias e oito ACS (agentes comunitários de saúde) além de contar com uma farmacêutica e uma nutricionista sendo estas duas últimas do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

A unidade foi escolhida por fazer parte da área de cobertura da ESF em Campina Grande assim como por ser campo de atuação da UFCG. Igualmente, o acolhimento foi implementado como instrumento de trabalho dessa equipe durante a tese de doutorado intitulada “O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE-PB.”

5.2. PERÍODO DA PESQUISA

A coleta de dados aconteceu em fevereiro de 2016.

5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo é composta por usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Adalberto César e a amostra diz respeito aos usuários, que estiveram presentes no período da coleta de dados e aceitaram participar do estudo. Participaram do estudo quinze pessoas, número suficiente para que chegássemos à saturação das falas. A saturação de dados é uma ferramenta usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, sendo operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição(FONTANELLA,2008).

5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A inclusão desses usuários aconteceu por meio de cadastro na unidade, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídos usuários menores de 18 anos, que não tenham passado por atendimento ou que se recusem participar.

5.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Tal entrevista ocorreu em diferentes dias e turnos, com a finalidade de se obter amostra de todos os grupos prioritários das linhas de cuidado, como também observar (analisar) as práticas de acolhimento realizadas; Isso contribuiu para qualidade da pesquisa.

Em cada turno foram expostos os objetivos da pesquisa, com a finalidade de esclarecer aos usuários aspectos importantes do estudo, sendo assim os usuários que aceitaram participar da pesquisa e estiveram dentro dos demais critérios de inclusão, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, participaram de uma entrevista semiestruturada com quesitos referentes à caracterização do perfil destes, além de questões sobre o Acolhimento, sendo estas norteadoras para a pesquisa (APÊNDICE).

A pesquisa foi gravada e os dados obtidos foram transcritos na íntegra a fim de serem analisados e tratados em seu conteúdo. A letra “U” foi utilizada para representar as falas dos usuários, com fins de preservar sua identidade. Além disso, números foram adicionados à letra “U”, para diferencia-las de acordo com a ordem de entrevistas.

5.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para a efetivação da análise dos dados, tomaremos como base teórica a autora Laurence Bardin (2011), trabalhando especificamente com a Análise de conteúdo e as respectivas categorias, organizando-as a partir dos sentidos comuns entre as percepções apontadas pelos usuários na entrevista semiestruturada.

A análise de conteúdo da temática se dispõe a conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, tendo como variáveis àquelas de ordem psicológica, sociológica, histórica, entre outras, através do mecanismo de dedução com base em indicadores advindos de mensagens particulares. Para isso conta com três fases, que facilitam o processo metodológico: Pré- análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. (BARDIN ,2011).

A pré análise caracteriza-se como fase inicial, acontece a organização dos documentos, leitura, formulação de hipóteses. Na exploração do material faz-se uma leitura exaustiva e administração sistemática das decisões tomadas, já na fase de inferência “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos, permitindo então ao analista propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.” (BARDIN ,2011).

Diante da análise dos dados categorizamos as falas em três categorias: Conhecimento do usuário acerca do acolhimento, tendo como subcategorias -Ambiência e estrutura das UBSF e Acolhimento na construção do encontro, Busca à UBSF pautado na queixa-conduta e satisfação do usuário.

5.7. ASPECTOS ETICOS

Este estudo é um recorte de uma tese de doutorado que tem por título “O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE – PB” aprovado pelo comitê de ética: CAAE [11893112.0.0000.5182](#). Aborda o Processo de trabalho em saúde, tendo como um dos seus eixos o acolhimento, que nesse estudo será aprofundado.

Esse estudo faz parte da extensão de uma tese de doutorado já aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisada Universidade Federal de Campina Grande, respeita todos os aspectos éticos presentes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos no que tange sua autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros. Assim como, assegura os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Ainda assim, é composto por Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, onde uma fica com o pesquisador e a outra com o participante, para os devidos fins.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que o acolhimento seja efetivo como potencializador da produção de saúde, faz-se necessário a intervenção de toda equipe multiprofissional, elaboração de projetos terapêuticos singulares e coletivos e agilidade no atendimento, além disso, é fundamental que o primeiro contato do usuário com o serviço aconteça de maneira acolhedora e resolutiva, já na recepção (SILVA et al,2012; PENNA et al, 2014).

É preciso compreender que o sentido e a prática do acolhimento são abrangentes e perpassam os mais variados campos, otimizando a demanda dos usuários e organizando o processo de cuidado para que, os princípios da acessibilidade, equidade, integralidade e resolutividade sejam efetivados (GUERRERO et al, 2013). Durante a construção desse estudo, questionamos aos clientes do serviço os motivos que os levam a procurar a UBSF, seu

entendimento por acolhimento e principalmente se estavam satisfeitos com os serviços prestados.

Diante da leitura e análise das falas dos usuários foi possível classificá-las em três categorias e duas subcategorias. As falas foram enumeradas para que a identidade dos participantes fosse preservada.

CONHECIMENTO DO USUARIO ACERCA DO ACOLHIMENTO

O acolhimento é definido como a chegada do indivíduo ao serviço, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. (BRASIL,2013). Nesse estudo, a visão do usuário acerca do acolhimento é ser *bem recebido*:

“É receber as pessoas bem, num maltratar, receber na tranquilidade sem maltratar. Pra mim acolhimento bom é esse aí.” U4

“Acolhimento pra mim é acolher bem as pessoas, saber atender, saber se relacionar com as pessoas e, não ir com ignorância porque tem muitas pessoas que trabalham e não sabem atender as pessoas mais simples. Eu penso que acolhimento é isso, acolher bem a todos não por pessoas e, sim a todos, de todo gênero a, b, c.” U12

“É quando a gente vem o povo acolhe a gente, é bem acolhida, atendem bem, é isso.” U10

Diante das falas é possível perceber que, para o usuário o tratamento recebido ao chegar à unidade é relacionado ao acolher bem, ser bem atendido, recebido de forma educada pelos trabalhadores da UBSF, como também, priorizam o respeito, diálogo e a empatia.

Contudo, sabemos que o acolhimento é mais amplo do que o ponto de vista desses usuários e que a compreensão da dinâmica do serviço ainda não faz parte dos saberes destes, portanto gerar movimentos que tornem os profissionais conhecedores desta visão e reconstruir a concepção com os usuários faz parte do processo de acolhimento, já que a

autonomia dos sujeitos na produção de saúde faz parte dos objetivos propostos pela diretriz (MACEDO et al, 2011).

A escuta seguida de orientação traz satisfação para o usuário e resolubilidade no momento em que eles chegam ao serviço, o bom trato e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados na medida em que esclarecem as rotinas e procedimentos, fluxos e limites de atendimento(GUERRERO,2013). Quando questionados à respeito da resolução dos seus problemas na unidade, relataram que:

“Os meus principalmente sim. Quando eu num... porque eu vivo muito doente porque eu tenho problema na perna e, sempre que eu procuro ajuda delas, elas procuram me ajudar da maneira possível, agora, as marcação de exame que ta um horror a gente passa dias após dias, meses e meses com um exame aqui, com uma consulta pra passar pra outro médico sem marcar, o que ta mais difícil pra gente aqui é isso, que agora que esses exames vai pra secretaria , fica pra lá, mandam quando querem.” U3

“Tenta. Assim, eles correm atrás, fazem o impossível, vai na casa da pessoa se a pessoa não puder vir, eles vão, atendem em casa, fazem de tudo. Eu não acho que seja ruim não.” U11.

“Eu acho que sim. Apesar de muitas controvérsias, mas, eles resolvem. Pelo menos pra mim eles veem e passam uma consulta com outro médico pra saber o que realmente você tem, de fato eles visualizam, que eles são clinico geral e, encaminham pra um especialista que foi o que aconteceu comigo e com meu filho também. Aí, eu acho que eles resolvem nessa situação.” U12

Sabemos que o acolhimento é organizador do processo de saúde e além da humanização, garante à comunidade o acesso, resolutividade, cuidado integral, transversalidade. No contexto das falas, percebemos que para eles um bom atendimento é pautado na resolutividade, orientando quando for o caso, o paciente a família para outros serviços, sendo esse o papel das Redes de Atenção em Saúde (RAS), que devem ser efetivadas pela centralidade das ações nas necessidades dos usuários e na continuidade do cuidado de forma articulada, integrando as diversas unidades e níveis de complexidade do SUS e reconhecendo a complementaridade e a interdependência de cada unidade e os diferentes níveis de atenção (FALK et al,2010; MITRE et al ,2012).

Ressaltam ainda a importância da visita domiciliar, que juntamente com a busca ativa, agendamento por área de abrangência, atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e educação em saúde são consideradas potencializadoras do cuidado direcionado às necessidades dos usuários (GUERRERO,2013).

Ambiência e estrutura das UBSF

A ambiência diz respeito ao espaço acolhedor e confortável, que respeite a privacidade dos envolvidos, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL,2009). Ao serem questionados à respeito da estrutura e espaço da UBSF, obtivemos os seguintes discursos:

“Aumentar esse posto, dá um melhoramento grande tem essa sala aqui, mas se aumentasse essa lateral aqui, lá pra trás que desse mais acesso pra ter mais médicos né. Tem essa lavanderia chegada aí, poderia aumentar pra aí mesmo. Tá aí sem fazer nada pra vir mais médicos, colocar um dentista, ginecologista que só tem uma vez na semana, né nem toda semana, que precisava de mais né. A gente precisa de mais médicos, pediatra, clínico geral, de tudo.” U3

“Aqui dentro, no posto em si, tudo. Porque agente ver aqui quando chove é cheio de infiltração, cai água inunda essa sala inteira, ali na frente às paredes são todas rachadas, o posto inteiro tá em calamidade, mas, não interessa pra o governo.” U8

“Tudo. Eu sempre tenho reparado infiltração, rachaduras nas paredes, não tem ar-condicionado nem mesmo ventilador pras salas, falta água até pra meninas que trabalham, a higiene do banheiro tá precária, tá tudo muito precário, estrutura tá zero.” U13

O trabalho em saúde pode ser melhorado quando a privacidade e o respeito à cultura daquela população são preservados. Além disso, é dever da gestão pensar em um projeto arquitetônico para uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores (BRASIL,2009; GUERRERO,2013).

O estudo intitulado “Possibilidades e limites do acolhimento na visão do usuário”, relata o mesmo problema enfrentado no nosso estudo, no qual os usuários precisam ficar na fila, até mesmo quando chove, disputando espaço com os animais que por ali circulam, deixando claro que o acolhimento precisa de uma boa ambiência para realização da avaliação do estado de saúde e classificação de risco de cada usuário (MACEDO, TEIXEIRA, DAHER,2011).

Acolhimento na construção do encontro

Nesta subcategoria falaremos sobre o encontro entre o trabalhador e o usuário. Sabemos que o trabalho em saúde produz atos em saúde, que interferem nos problemas destes, gerando a resolução das suas necessidades. “O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com uma certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado.” (MERHY; FEUWERKER, 2009, p.03) repercutindo momentos de fala, escuta, interpretações, cumplicidade, confiabilidade que produzem o vínculo e aceitação. Quando perguntados se conseguiam expressar seus problemas durante o atendimento, obtivemos as seguintes falas:

“Demais até chorar eu choro, porque tudo eu choro. Eu conto minhas coisas, eu digo que eu tenho um esposo maravilhoso, que não bebe que não fuma, eu conto tudo da minha vida, o que der pra eu contar e der tempo eu vou contando.” U7

“Sim, com certeza. Tudo que eu preciso falar, qualquer dúvida eles tiram tudo na hora”. U8

“Sim. Eles permitem, eles escutam.” U12

“A produção do cuidado na ESF pressupõe que no momento do encontro entre usuário e profissional este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura à escuta qualificada, propiciar espaço para o diálogo” (NERY,2011, p.9). Questionamos ainda, se eles conheciam as pessoas que compõem a equipe e com quem se sentem mais à vontade:

“Não, porque é difícil eu vir aqui, só venho como eu vim hoje atrás de medicamento.” U4

“Conheço entre aspas. Assim, quando eu venho eu sou consultada, mas assim, pra ta muito, muito, muito, não. Sempre quando eu venho e vou passar tanto pela recepcionista ou quando vou perguntar alguma coisa ao rapaz que faz segurança são “todos legal” comigo, conheço sim.” U7

“Nem todos, só a enfermeira e a médica. Assim, eu tenho um relacionamento mais aberto com a enfermeira.... Eu não tenho muita intimidade com a doutora mas, com a enfermeira eu tenho mais intimidade.” U14

“A médica, porque assim, tipo se for à enfermeira ela não vai ter tempo assim... Eu posso conversar o que for, mas, ela não vai ter tempo, como eu gosto de ser marcada se meu problema não for grave eu gosto que marquem porque eu quero entrar na minha hora, na minha data então na hora que eu respeito às pessoas lá fora pra entrar e falar o que quer, eu quero que respeite a minha hora então, enquanto eu tiver lá dentro e a médica deixar eu falo mesmo.” U7

As falas desses usuários refletem a importância do vínculo durante esses encontros. É perceptível que aqueles que não possuem contato com a equipe fazem visitas pontuais, indo em busca de medicação, ou só quando estão doentes, pautados na queixa - conduta, enquanto aqueles que são mais assíduos na UBSF conseguem expressar seus problemas de saúde e até mesmo usar o espaço para ir além das suas necessidades físicas e biológicas. Sendo assim, o vínculo confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde, pois ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença (GUERRERO,2013).

Nesta compreensão, Merhy (2005) considera que as tecnologias de produção do cuidado em saúde subdividem-se em três categorias: as tecnologias leves, referentes a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica e a epidemiologia; e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

“Espera-se, portanto, que com um acolhimento de qualidade possa ser concretizado mais aproximação e construção de vínculo entre profissional e usuário do serviço, compreensão por parte do profissional da necessidade do indivíduo como ser integral e centro da atenção. Por conseguinte, que haja mais capacidade de intervenção, possibilidade de criação de autonomia e resolutividade, mais acesso da população aos serviços de saúde oferecidos pela APS e continuidade do cuidado” (PENNA, GABRIELLI, REZENDE,2014, p. 12).

Reafirmando assim a necessidade da ressignificação dos processos de trabalho por parte dos profissionais de saúde, de forma que se tornem significativos para os trabalhadores e os impulsionem a vivenciar uma nova prática (DIAS et al,2015).

BUSCA A UBSF PAUTADO NA QUEIXA-CONDUTA

O manual da PNH está baseado numa compreensão do ser humano como ser de linguagem, o que significa concebê-lo como um ser de relações. Parte do pressuposto de que o reconhecimento do outro na relação da atenção à saúde está deficiente. Por isso propõe uma nova cultura de atendimento pelo melhoramento da comunicação (JUNGES et al,2012). Sabemos ainda, que as práticas de atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que atuam na APS visam superar o modelo curativo, individual e desconexo do contexto social para assumir proporções bem mais amplas e efetivas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde (FRANCO et al, 2012).

Partindo desse pressuposto, questionamos aos usuários o que os leva à procurar a UBSF:

“Por que eu venho quando ta doente, 'né". Quando ta doente meus filhos, eu. Pra remédio também eu venho.” U1

“Porque assim, a gente não tem outro recurso né, a gente apela pelo posto. Muitas das vezes a gente vem e, não é bem recebido, não é bem atendido. Às vezes até por causa de 15 minutos, digamos: “vai fechar o posto daqui 15 minutos, aí não querem atender”. Faz 7 anos que eu vim nesse posto, to vindo hoje porque eu já venho de outro atendimento, de outro lugar aí pra mim ter que ser atendida no hospital tenho que passar pelo PSF daqui. Porque aqui é só Jesus.” U6

“É difícil eu procurar, mas também, quando eu procuro não tem benefício nenhum. Eu procuro de ano em ano, eu inclusive to esperando um cardiologista e até agora nada, fiz um eletro e não tem a quem mostrar, clinico não resolve problema de cardiologista, então, to com um exame em casa e não tenho médico, não encaminham pra eu ir pra um cardiologista.” U9

“Meu motivo quando eu to doente que minha pressão é alta. Eu venho pra aqui porque sou bem atendida.” U10

“Só quando eu to nas últimas ou com to passando muito mal ou quando tenho alguma dúvida na gestação agora. Quando eu tenho alguma dúvida eu venho procurar a unidade básica.” U14

Podemos notar que a UBSF só é procurada pelos moradores da área adscrita quando estão em processo de doença. Eles veem a unidade como ambulatório, que pode ser procurado durante uma urgência/emergência, para adquirir medicamentos, exames e não como um espaço de promoção de saúde. Desta forma, é possível compreender que esses usuários estão acostumados com o modelo hegemônico e biologicista, pautados na queixa conduta,

reforçando assim, o processo de medicalização que a sociedade vive, onde a consulta médica é primordial para obtenção de saúde (SILVA, PONTES, SILVEIRA 2012).

“Procuro o posto. Procurei quando eu tava sangrando porque eu to com três cistos e estourou, meus cistos, eu tava sangrando ela colocou eu pra UPA porque aqui num.... Na UPA botou pra maternidade, num instante resolveu. Mas, aqui é bom de atender, viu.” U1

“Procuro, mas, se for em caso de febre muito alta ou coisa que não é do posto aí eu já vou pra outro canto.” U13

“Se for assim durante o dia e tiver aberto, aqui né. Mas se for assim que “teja” fechado a gente corre pra o hospital.” U11

Para eles a doença é vista como uma perturbação no funcionamento normal, cabendo aos profissionais de saúde o papel de intervir, física ou quimicamente para corrigir esta disfunção. “Ora, se a doença é vista como um mau funcionamento do organismo e a equipe de saúde como interventora, resta ao usuário ocupar uma condição passiva e dependente, que marcado por sua condição de adoecimento, percebe-se subjugado e subordinado aos serviços de saúde e aos profissionais disponíveis” (MITRE et al,2012).

Contudo para que uma transformação aconteça nesse modo de pensar, é necessário integrar e articular saberes e práticas, focando na autonomia dos sujeitos, buscando recursos de intervenção no autocuidado, ações educativas que vão desde a formação do profissional até a produção da Educação Permanente, visando o estabelecimento de uma nova cultura, voltada para os compromissos sociais e para responder as reais demandas da população (JUNGES et al, 2012; MITRE et al 2012; GARUZZI et al, 2014).

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Um dos aspectos fundamentais da qualidade de um serviço refere-se à satisfação do usuário. Seu olhar interferirá na acessibilidade, criação de vínculos, horizontalidade do cuidado e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado (SAVASSI,2010). Diante disso, questionamos aos usuários do nosso estudo se eles gostavam do atendimento realizado pela equipe:

“Gosto. Porque eles atendem bem, eu nunca fui mal atendida não.” U5

“Sim. Porque a maioria trata a gente muito bem né, antigamente tem uns que não tratava bem não, mas, hoje as que têm graças a Deus “trata” a gente bem. Eu gosto.” U3

“Assim, esses que tão agora eu não sei até porque como eu disse faz muito tempo que eu não venho, mas, antes era tinha um médico que eu gostava muito dele, do atendimento dele.” U6

“Gosto. É bem atendido, entendeu. Eles verificam o que a pessoa realmente ta sentindo se for preciso encaminhar pra outra unidade eles encaminham, tem paciência, a hora que você chegar mesmo que não seja o dia do atendimento pra aquela pessoa você é atendido mesmo que por último, mas é.” U8.

“Gosto sim. Porque eu sou bem atendida, eles me atendem bem. Isso.” U10

É possível perceber que as falas remetem ao seu conceito de acolhimento, anteriormente comentado. O fato de ser bem atendido, não ser maltratado, além da tentativa de resolver seus problemas importam no momento de qualificar o serviço. Ainda assim, entendemos que a rotatividade dos profissionais na equipe de saúde acabam atrapalhando o estabelecimento do vínculo com a comunidade. “Quando o vínculo é criado na atenção básica o profissional conhece o usuário e pode chamá-lo pelo nome. O usuário conhece o profissional da sua área e constrói um sentimento de confiança” (GUERRERO,2013).

Quatro fatores principais podem determinar a satisfação: características dos pacientes (sociodemográficas, expectativas), características dos profissionais, aspectos da relação equipe-usuário; fatores estruturais e ambientais (SAVASSI,2010).

À respeito de ficarem satisfeitos com o atendimento da equipe, responderam que:

“Fico. Só não fico mais porque demora muito, demora. Se o “caba” tiver pra morrer vai morrer logo por que... Passa dois meses, três meses pra puder ser atendido. Faz a consulta hoje quando vem encaminhar pra procurar outro médico é ...se o “caba” tiver pra morrer, morre mesmo. É só isso.” U4

“Não. Porque eu chego aqui com uma doença e saio com uma pior, porque, tomo os medicamentos 3-4 vezes ao dia e, quando vou pra outro médico ele diz: “Esse medicamento jamais era pra tomar essa quantidade, era pra tomar menos”. Ai eu só venho aqui de ano em ano quando eu chego no

hospital e, realmente não atende. Mas, como agora tem a UPA eu vou pra lá e, é outro pior a gente não sabe nem pra onde ir.” U9

“Eu consigo ficar satisfeita sim. Pelo menos os profissionais de saúde me visualizam realmente o que eu tenho o que meu filho tem, porque geralmente eu venho com meu filho e sempre quando eles vêem e consultam diz: “é isso aqui” e, passam o remédio e graças a Deus é perfeito dá tudo certo.” U12

Foi possível perceber nesses discursos que a satisfação do usuário está intimamente ligada à marcação de exames, agilidade no atendimento, prescrição de medicamentos e resolutividade durante a consulta. Assim como no estudo de Franco (2012), que os usuários apontaram também como prioridades na prestação do serviço: a obtenção de medicamentos, morosidade no atendimento, serviços especializados, as quais estão relacionadas à acessibilidade do ponto de vista organizacional e sistema de referência e contra referência.

Perguntamos também do que a UBSF precisaria dispor para resolver os problemas de saúde dos usuários:

“Precisava assim, já que eles tão em reunião devia ver bem direitinho e atender melhor pra satisfazer as pessoas do bairro, procurar organizar as coisas bem direito. Muitas vezes aqui, teve um tempo que tava marcando consulta daqui 15-20 dias se eu to com um problema hoje vou esperar 20 dias pra puder marcar uma consulta hoje pra daqui 20 dias, tendo medico todo dia no posto. E isso que eu acho estranho, eu so venho se for um caso de dizer assim, pra tomar um antibiótico porque outra coisa eu num venho não.” U2

“Médico que não tem. As vezes tem mais, é como hoje, tem essa menina aí mas, tem dia que não tem, ta faltando, a comunidade daqui precisava mais de médicos, enfermeira aí dava melhor né. Mas, sempre que a gente vem aqui num caso grave bota pra outro canto porque aqui não tem como mas, o resto pra mim ta tudo bem” U4.

“Primeiro na infraestrutura, pagar bem os funcionários, ver o que necessita, questão de vacinação não ta tendo aqui. Isso tudo influi para que atenda melhor a gente. Porque se não for assim a gente fica sem ter nada, né.” U12

Fica evidente que, para os usuários, os problemas de saúde seriam resolvidos se o acesso à consulta médica e a especialidades fosse mais ampla. Ainda que a construção de saúde não seja pautada apenas no saber médico, entendemos que essa seja sua maior necessidade. Contudo, “é essencial buscar continuamente o trabalho multiprofissional, a fim de modificar o fluxo unidirecional ainda vigente, direcionado ao atendimento médico, para

um envolvimento dos diferentes saberes profissionais disponíveis na equipe de Saúde da Família” (DAMASCENO et al,2012).

Sem contar que, “a organização do serviço é fundamental para a satisfação do usuário. A falta de recursos humanos e materiais, a morosidade e inadequação do fluxo no atendimento, são fatores que desfavorecem a qualidade da assistência” (SANTANA et al, 2012). Qualquer processo de trabalho que se constrói baseado na lógica procedimental, focado na consulta médica, além de gerar filas intermináveis, torna invisíveis as necessidades reais dos usuários que o acessam ou que estão na sua adscrição territorial (FRANCO et al, 2012).

Quando questionados se recomendariam a UBSF à familiares e amigos, disseram:

“Sim. Porque aqui e bom de atender, né.” U1

“Sim. È eu tenho minha irmã, ela mora na outra área é do outro posto e hoje eu comentei pra ela que meu filho tava doente e ela comentou assim: “eu não indico meu posto porque eu não tenho medico” e, eu falei pra ela: “tá vendo, enquanto...mas tem nada não eu levo ele de tarde no meu quantos falam do meu e, o meu com médico, com remédio e ainda reclamando enquanto o seu faz mais de meses”. Recomendava sim.” U7

“Eu correria pra aqui. Porque eu sei se eles viessem seriam atendidos.” U10

“Recomendo por conta do atendimento. E, assim como a gente tem que vir logo pra cá antes de ir pra o hospital eu recomendo vir pra cá.” U11

“Recomendaria pelos profissionais, mas, assim por ter medicação, por questão de marcação de exames eu acho que aqui é um pouco demorado.” U13

Observamos a partir das falas, que mesmo existindo problemas diante do serviço prestado, os usuários o indicariam à outras pessoas. O fato de serem bem recebidos, pela tentativa que os profissionais fazem em dar resolutividade aos seus problemas, suprem as necessidades básicas para indicação da UBSF.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esse estudo, foi possível compreender que o acolhimento ainda é visto como uma triagem, além de um processo demorado e como um impedimento até a consulta médica. O modelo biologicista, pautado na queixa- conduta, voltado para o saber médico é uma barreira que precisa ser quebrada. Muitos usuários veem a UBSF como ambulatório, reclamam quando não há médico, ou medicação, além da demora na marcação de exames e outras especialidades.

Percebe-se também que a satisfação do usuário está ligada ao vínculo existente na sua relação com a equipe de saúde. Muitos deles frequentam a UBSF de forma pontual, em busca de cura para suas enfermidades e não veem a unidade como um espaço de promoção de saúde.

Na realização desse estudo uma das maiores dificuldades foi compreender o conhecimento desses usuários sobre o acolhimento. Em sua maioria, as respostas eram curtas e vagas, impossibilitando uma melhor análise da questão.

Para que o acolhimento seja implementado no serviço, é necessário que haja um maior entrosamento entre equipe de saúde, gestão e usuários. A Educação Permanente em Saúde entra como fator primordial nesse momento para que temas sejam discutidos, dúvidas esclarecidas, tanto para os trabalhadores, quanto para a gestão, facilitando assim o seu processo de trabalho, tornando-o mais eficiente e resolutivo.

Além disso, o acolhimento precisa ser trabalhado entre equipe e usuários, de forma que estes entendam a importância de um espaço de conversação para troca de experiências e saberes, proporcionando assim a resolução dos nós críticos que possam estar interferindo no processo. A população precisa estar ciente de que a saúde não é feita dentro de um consultório, mas que é construída ao longo dos dias, de acordo com o meio, seus hábitos de vida e participação social em meio às decisões que os beneficiarão.

Como forma de efetivação do acolhimento a equipe multiprofissional pode trabalhar baseando-se no Projeto Terapêutico Singular (PTS), articulando entre equipe as melhores propostas para as demandas dos usuários assim como, a sala de espera pode ser usada para educação em saúde, mostrando como o processo de trabalho da unidade acontece, reforçando a necessidade do acolhimento como organizador do serviço.

Esse estudo possibilita que os profissionais de saúde revejam o seu processo de trabalho. Possibilita ainda, a reflexão de quais pontos precisam ser melhorados na sua relação

com o usuário, trazendo-os para dentro do processo, formando seres com autonomia, capazes de tomar decisões para melhoria da sua saúde e da comunidade em que vive.

De forma particular, através desse estudo pude perceber a importância que o acolhimento tem dentro dos serviços de saúde. Considero que seja uma ferramenta de extrema importância na reorganização dos processos de trabalho, além de ser potencializador das relações humanas, facilitando não só no acesso do usuário ao serviço, como também estabelecendo vínculo entre pessoas da mesma área na busca por uma saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

ARAKAWA, A. M et al. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC [online]**., v. 14, n. 6, p. 1108-1114, 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516>. Acesso em: 17 fev. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, M. E. B. de; MORI, M. E.; BASTOS, S. S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento "Programa de Formação em saúde e trabalho". **Cad. Saude Pub.**, v. 14, n. 1, p. 31-48, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Sistema Único de Saúde(SUS): princípios e conquistas /Ministério da saúde, Secretaria executiva- Brasília: Ministério da saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il.**

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de humanização**. Humanizasus. Brasília, 2013. Disponível em: <
www.saude.gov.br/bvs/humanizacao> Acesso em: Mar. 2016.

. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf> Acesso em Jul. de 2016.

CAMPOS, G. W.de S.; GUERRERO, A.V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Mai. 2016.

DAMASCENO, R. F et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012. Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>> Acesso em: Mar. 2016.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

DIAS, M. S. A. et al (Org.). **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. v.1,385 p,2015.

FAGUNDES, S.; Ortiz J. N.; BORDIGNON M. O.; (org) et al. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, , 2004.

FALK, M. L.R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>> Acesso em: Abr. 2016.

FRACOLLI, L. A; BERTOLOZZI, M. R. **A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem**, Janeiro 2003. Disponível em <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: Abr. 2016.

FRANCO, T.B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>> Acesso em: Jun. 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n 1, p.17-27, jan. 2008.

GARUZI, M.; et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health**. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/111489>>. Acesso em: Jun.2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.) **Métodos de pesquisa**; Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRERO, P.; et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016.

JUNGES, J. R. et al. O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.686-697, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jul. 2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: Jul. 2016.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-62, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf>>. Acesso em: Ago. 2016.

MACHADO, L. M. et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Rev.: fundam. care. [Online]**, v. 8, n. 1, p. 4026-4035, 2016.

MANTOVANI, M. F. et al. Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 796-800, 2014.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Mai.2016.

NERY, A. A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 397-402, jul./set. 2011. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>>. Acesso em: Mai.2016.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. de. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 815-822, out./dez. 2014. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965/2316-9389> > Acesso em: Ago. 2016.

REBELLO, C. M.; KOOPMANS, F. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento no processo de trabalho na estratégia da saúde da família: reflexão sobre conceitos. **Rev Corpus et Scientia**, v. 8, n. 3, p. 127-138, dez. 2012.

RIBEIRO, S. F. R; et al (org). **Cartilha educação permanente e redes de trabalho no SUS**. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2015. 20p.

SANTANA, J. C. B. et al. Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, v.2, n. 2, p. 166-176, 2012.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **R. bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública[online]**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000. ISSN 1518-8787. Disponível em :< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>>. Acesso em: Mar. 2016.

SILVA, M. R. F. da; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 784-8, dez. 2012. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuertj/article/view/6006/4308>>. Acesso em: Set. 2014.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869>>. Acesso em: Set. 2014.

VIANA, A.L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis**, v. 8, n. 2, p. 16, 1998.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Perfil do usuário

IDADE

SEXO

GRAU DE ESCOLARIDADE

1. Acolhimento: compreensão acerca do atendimento

1.1 Quais são os motivos que fazem o senhor(a) procurar o atendimento dos profissionais de saúde dessa UBSF?

1.2 O senhor (a) gosta do atendimento dos profissionais de saúde desta UBSF? sim não
Por quê?

1.3 Durante o atendimento na consulta com o (médico, enfermeiro, dentista, dentre outros) o senhor (a) ficou satisfeito (a) ou insatisfeito(a) com o atendimento? Se satisfeito, por quê? Se insatisfeito, por quê? O que o senhor (a) sugere para melhorar o atendimento na UBSF?

1.4 Para você o que é acolhimento? Fale um pouco.

2. Acolhimento: Atenção integral a saúde.

2.1 Existe dificuldade para ser atendido na UBSF? sim não. Se sim, o que o (a) senhor (a) considera difícil para ser atendido nesta UBSF?

2.2 O senhor acha que a equipe busca resolver os seus problemas de saúde na própria UBSF? Se sim, de que forma. Se não, por que.

2.3 O senhor conta com a UBSF para algum atendimento de urgência/emergência, caso necessite. sim não. Se sim, em que situação o senhor procurou a UBSF.

2.4 Em sua opinião, o que a UBSF precisaria dispor para resolver os problemas de saúde dos usuários (pacientes).

3. Acolhimento; condições de estrutura (física e recursos humanos) organizativa da UBSF.

3.1 Você conhece os profissionais de saúde da UBSF? sim não. Se sim, como é o seu relacionamento com a equipe de saúde?

3.2 Em sua opinião, a estrutura física da UBSF poderia ser melhorada? sim não. Se sim, de que maneira?

3.3 se um amigo (a) ou parente seu estivesse com um problema de saúde, o (a) senhor (a) recomendaria a ele (a) a UBSF? () sim () não. Por quê?

4. Acolhimento; encontro a partir de tecnologias leves

4.1 Durante o atendimento o senhor (a) consegue expressar seus problemas para o (médico, dentista, enfermeiro)? Eles permitem? Fale um pouco sobre isso (como acontece o encontro).

4.2 Em sua opinião qual o profissional de saúde da UBSF que o senhor (a) se sente a vontade durante o atendimento? Por quê?

4.3 O senhor (a) já viveu alguma situação desagradável durante o atendimento nesta UBSF? () sim () não. Se sim, o que aconteceu. Fale um pouco.

APÊNDICE B - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**ACOLHIMENTO: SABERES DOS USUÁRIOS**”.

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

O trabalho “**ACOLHIMENTO: SABERES DOS USUÁRIOS**” terá como objetivo geral identificar o conhecimento do usuário em relação ao acolhimento na UBSF.

Ao voluntário caberá a autorização para responder ao questionário. Ao examinador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.

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.

A presente pesquisa oferecerá risco mínimo aos participantes uma vez que serão utilizadas suas falas escritas através do uso de questionário semiestruturado para análise e construção dos resultados. Entretanto, com o objetivo de minimizá-los, esses questionários serão de uso exclusivo das pesquisadoras.

Os benefícios são de extrema importância, pois compreenderemos qual o conhecimento e satisfação desse usuário com a implantação do acolhimento na Unidade, assim como, quais são os pontos que ainda precisam ser melhorados para que o atendimento oferecido aos usuários seja de boa qualidade, de forma a atingir suas necessidades e singularidades. Os resultados que serão gerados contribuirão para maior qualidade de atenção prestada aos usuários.

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

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao

voluntario e, portanto, não haveria necessidades 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 (83)98780-8082 com Lianne Santos Barbosa de Souza, endereço institucional da pesquisadora: rua Dr João Moura, nº 233, São José. Campina Grande. PB.CEP 58400-344.

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

Será garantido como benefícios resultante dos projeto, retorno aos participantes da pesquisa e instituição onde foram coletados.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, data a assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande ___ de _____ de 2016.

Lianne Santos Barbosa de Souza

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Responsável



Assinatura Datiloscópica
Participante da Pesquisa

