



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Especialização em Gestão do
Trabalho e da Educação na Saúde



KELEN GOMES RIBEIRO

Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza

Fortaleza - CE, 2008

**Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do
Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza**

KELEN GOMES RIBEIRO

Psicóloga, Assessora Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza,
especializanda do curso de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Prof. Dr. LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE

Médico, Professor da Faculdade de Medicina – Sobral/UFC, orientador.

**CE
2008**

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo partiu de reflexões a respeito do tema da humanização, polêmico e necessário no que diz respeito ao resgate de uma ética do cuidado, com a qual os sujeitos são valorizados e as relações interpessoais consideradas significativas para a manutenção da própria vida. A pesquisa foi desenvolvida apontando para a existência deste campo, que deve considerar as dimensões objetivas e subjetivas que permeiam os seres humanos, as relações e, conseqüentemente, as práticas de saúde.

Este tema ganhou destaque, na atualidade, entre as autoridades e os especialistas da área de saúde. Materializou-se como política pública que propõe mudanças significativas na Gestão e na Atenção à Saúde. Este é o objeto de estudo deste trabalho, com a proposta de caracterização da Política de Humanização e destaque para uma de suas diretrizes, o Acolhimento.

Para sua apresentação, trazemos um breve resgate histórico sobre a constituição do Sistema Único de Saúde, destacando seus princípios, seus avanços e desafios. Em seguida, mostramos a criação da Política Nacional de Humanização – PNH, a partir de 2003, com o objetivo de fortalecer o SUS.

Referenciamos a Política Municipal de Humanização em Fortaleza - FORTALEZA HUMANIZASUS, criada em 2005, com inspiração na PNH. É uma política transversal e estruturante, que se mostra como uma iniciativa em favor de mudanças significativas para aperfeiçoar o SUS, na esfera municipal, garantindo a defesa da vida e o direito à saúde para todos os fortalezenses.

São mostrados aspectos de contextualização da política, com ênfase em diretrizes, ações e estratégias. São trazidos conceitos e questionamentos acerca do Acolhimento, visando fundamentar a discussão acerca da caracterização desta diretriz a ser investigada na visão dos gestores, trabalhadores e usuários.

1.1 Sistema Único de Saúde: avanços e desafios

O Movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, foi de extrema relevância para reestruturar a saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado regionalmente e de maneira hierarquizada.

O SUS tem comando único nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal, e é regido de acordo com os princípios e diretrizes de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Significa uma conquista do povo brasileiro, com uma concepção ampla de saúde, definida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado. Os direitos são garantidos através de políticas sociais e econômicas que demonstram o compromisso com a prevenção/redução de riscos de doenças e de outros agravos, proteção, tratamento, recuperação, promoção, enfim, produção da saúde e de vida com qualidade.

Na história de construção do SUS, podemos afirmar que a década de 90 foi caracterizada por apoio político que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde, facilitando processos que garantiram tratamento adequado a problemas de saúde de grande parte da população brasileira.

Os princípios do SUS são re-afirmados no cotidiano dos serviços, com a incorporação de novas reflexões, saberes, práticas e vivências que possibilitam melhorias e estratégias para o enfrentamento de problemas. Muitos avanços podem ser observados, como melhoria de indicadores de saúde; a Política de Saúde Mental; Programa Nacional de Imunização; a cobertura da Atenção Básica; a Política de Prevenção e Tratamento de DST/Aids; a qualidade de Atenção da Alta Complexidade e a Política de Transplantes, dentre outros.

Muitos progressos na área da saúde são relatados e compartilhados com a população, mas ainda temos insuficiências e problemas que carecem de superação, seja através do aperfeiçoamento do Sistema ou mesmo com criação de novos caminhos.

As situações críticas também se mostram na gestão e na atenção à saúde, em diversas ordens, tais como: na fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre

os atores que fazem o SUS; na falta de articulação entre as Redes Assistenciais; no Sistema burocratizado e verticalizado que dificulta o acesso do usuário ao serviço e à atenção singularizada e resolutiva; no Controle Social dos processos de atenção e gestão que precisa avançar em eficácia; no baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e mesmo na dificuldade dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva.

Todas estas situações despertam crescente interesse de quem produz na área de saúde em nosso país e, pode-se observar, têm relação direta com o tema da humanização. A atenção e os esforços relacionam-se com a avaliação dos limites e possibilidades do SUS, com a conseqüente necessidade de implementar ações e políticas para a humanização.

1.2 O Tema da Humanização

O polêmico fenômeno da falta de humanização das práticas de saúde tem atraído estudos e discussões complexas acerca de diversos aspectos dos cuidados de saúde no Brasil, conforme apontam Pinheiro e Mattos (2006). Diversas questões são levantadas acerca dos serviços de saúde, no que concerne ao processo saúde/doença e das formas de cuidado, seja no âmbito público ou privado, da gestão ou das rotinas terapêuticas.

Muitas são as inquietações. Dentre elas, podem ser destacadas as formas de relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, a ausência da dimensão ética do cuidado, além de outros obstáculos que se colocam a uma prática terapêutica humanizadora. É provável que, resgatando um pouco dos processos de construção do sistema de saúde, tenha-se uma compreensão histórica, ainda que não se obtenha uma explicação plausível para estes fenômenos.

O contexto de base está numa práxis científica dominante que prioriza a doença como categoria central de atenção, com grande valorização da eficácia tecnológica, da precisão diagnóstica e de intervenção. Obviamente, estes elementos têm sua importância, mas não podem ser desconsiderados os muitos outros aspectos que envolvem os sujeitos e o processo saúde/doença.

Pelas importantes implicações deste tipo hegemônico de atenção à saúde, muitos posicionamentos reflexivos têm colocado acento sobre a necessidade de rever e transformar

as condições subjetivas e objetivas das práticas clínicas e do processo terapêutico, conforme apontam Andrade, Bezerra e Barreto (2005). Aspectos relativos à dimensão da integralidade das políticas públicas em saúde, à qualidade dos cuidados, à formação do profissional de saúde e outros que se apresentam como relevantes estão sendo analisados e propostos, visando facilitar processos de humanização entre os profissionais de saúde, consigo mesmos, e entre estes e os usuários.

Com o objetivo de fortalecer o SUS como política pública de saúde e colaborar na resolução destas e de outras situações críticas, o Ministério da Saúde tem lançado políticas que tratam destas questões, ao longo da década atual. Dentre estas, destaca-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – PNH, de 2003.

Com esta política, pretendeu-se destacar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de construção do SUS: usuários, trabalhadores e gestores, defendendo o protagonismo, a co-responsabilidade, a construção de Redes e a participação coletiva do processo de gestão. Estes elementos estão associados à consideração da dimensão subjetiva dos sujeitos, tão presente na prática que envolve o processo saúde/doença, caracterizado pelas relações entre humanos que se presentificam, muitas vezes, em corporeidades sofridas.

1.3 O Contexto da Política de Humanização no Município

Inspirada na Política Nacional de Humanização, foi criada, em 2005, a Política Municipal de Humanização em Fortaleza – FORTALEZA HUMANIZASUS. É uma política transversal e estruturante, que se mostra como uma iniciativa em favor de mudanças significativas na Gestão e na Atenção à Saúde na esfera municipal, entendida como forma de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde - SUS e garantir a defesa da vida e o direito à saúde para todos os fortalezenses.

Tem a proposta de desenvolver ações e estratégias de Conscientização e Educação Permanente para os profissionais do Sistema Municipal de Saúde, com uma metodologia dialógica e participativa. Promove a problematização dos serviços de saúde, revendo o atendimento e as relações interpessoais dos profissionais; implementando o

acolhimento, a co-gestão, a clínica ampliada, a ambiência; valorizando o trabalhador da saúde e garantindo a eficácia e eficiência da assistência.

Com o objetivo de encontrar soluções coletivas e criativas para as dificuldades cotidianas no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, a Política Municipal de Humanização – PMH foi lançada através do I Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS, realizado no ano de 2005, e está sendo implementada considerando questões locais e os três atores principais desta política: trabalhadores, usuários e gestores.

Em 2006, foi estabelecida parceria do Ministério da Saúde (MS), através da Política Nacional de Humanização (PNH), com a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF)-SMS e com a Universidade Estadual do Ceará (UECE), através de seu Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde (LHUAS). Foram definidos eixos para a Política de Humanização no Município e, a partir disto, houve o desenvolvimento de ações significativas no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no tocante a Humanização.

Dentre as ações, destacamos a implantação do Acolhimento, marca impressa pelos atores que fazem a Política de Humanização no município. Esta diretriz facilita o processo de re-significação da relação da equipe de saúde com os usuários, sujeitos de sua própria história, que se constroem e são construídos socialmente, na relação com o outro. Almeja-se uma transformação no processo de trabalho de tal forma que garanta a acessibilidade, a responsabilização e o vínculo, com a participação ativa da comunidade, considerando as limitações e capacidade de resolução das Unidades de Saúde (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

É sabido que esta proposta apresenta-se como desafiante, pois traz em seu bojo o reconhecimento da importância de um “modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo” (CAMPOS, 2000), da vivência do trabalho em equipe com reconhecimento e utilização dos diversos saberes; da valorização dos espaços e dos sujeitos envolvidos na produção da saúde e na construção da vida, o que nem sempre é observado nas práticas cotidianas.

Para Merhy et al (1998), constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade. É preciso, portanto, efetivar transformações que

garantam o respeito aos princípios fundamentais, a partir da constituição de vínculos entre profissionais e a população, com construção de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços visando, sempre, a defesa da vida.

1.4 Acolhimento: diretriz investigada

Neste estudo, destacamos o Acolhimento como uma das estratégias referidas acima, criada dentro da Política de Humanização, para operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços. Entendemos que, com o acolhimento, a postura profissional deve ser direcionada para a escuta e pactuação de respostas mais adequadas aos usuários, posto que se define como

Uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança na relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (PASSOS, 2006, p. 89).

O Acolhimento, portanto, é concebido como atitude de recepção, de inclusão e de integração, opondo-se ao que segrega, dificulta o acesso ou exclui. Fundamenta-se na ética e na cidadania, considerando as pessoas como co-responsáveis na produção da saúde pessoal e coletiva.

Pode ser considerado como uma das principais ações para a humanização, na medida em que propicia a escuta, a análise, a orientação, a identificação do problema e o encaminhamento de modo adequado, abrangendo dimensões técnica e humana.

As referidas dimensões podem ser observadas através da resolutividade da assistência e da melhoria do cuidado, tão necessário nos mais diversos espaços e nas mais diversas interações de vida. Para Boff (2003), cuidar é mais que um ato, é uma “atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (p. 33). Como vemos, tem estreita relação com o acolher, o qual solicita uma aproximação e encontro com o outro, através de vínculo e de responsabilização.

A noção de acolhimento vivenciada nas práticas e serviços de saúde, no entanto, pode não ser tão abrangente. Em algumas situações, vê-se um serviço organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, impondo um processo de exclusão social. Nestes casos, cabe o questionamento a respeito da universalidade da atenção, assim como sobre a lógica em que se apóia o desenvolvimento do trabalho nos serviços de saúde.

Estudamos a forma como os serviços estão organizados e como os profissionais estão implicados com eles, reconhecendo que é provável a necessidade de capacitações que lhes ofereçam novos saberes técnicos e habilidades para lidar com as exigências do Sistema Saúde.

É sabido que a decisão de trabalhar na perspectiva da humanização remete ao protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção da saúde; à reorganização do serviço a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho; a mudanças estruturais na forma de gestão do serviço, à postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazida pelos usuários, além de outros elementos.

Este é um desafio importante que vem sendo vivenciado pelos gestores e trabalhadores da área de saúde, pois exige reflexões e ações diferenciadas sobre suas antigas práticas, no contato direto com os limites e possibilidades do próprio Sistema Único de Saúde.

Pelo exposto, é possível perceber que o acolhimento significa eficiência no atendimento, mas também remete a práticas e a questões a respeito do mundo, das relações e do envolvimento entre as pessoas. É também notável a necessidade de rever e transformar as condições abrangentes dos processos de trabalho, das práticas clínicas e dos processos terapêuticos. Neste estudo, objetivamos caracterizar o Acolhimento que vem sendo realizado, destacando questões locais e a visão dos três atores principais envolvidos no processo: trabalhadores, usuários e gestores. Com isto, almejamos obter uma aproximação destas percepções, considerando as condições para a implantação do Acolhimento, os desafios e possibilidades para humanizar a gestão e atenção à saúde.

Abordamos estes elementos, investigando aspectos objetivos e subjetivos que envolvem as práticas e os sujeitos que pensam, fazem e sentem os processos de saúde.

Buscamos a descrição das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, verificamos a percepção dos usuários quanto à realização do acolhimento e investigamos o perfil necessário, ao trabalhador, para o desenvolvimento de ações acolhedoras. Este último, na perspectiva dos gestores.

Com o trabalho dos dados, foi possível conhecer informações relevantes acerca das práticas de Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde, identificando possíveis melhorias, aspectos que devem ser aprimorados e, ainda, insuficiências que necessitam ser supridas. Esperamos, desta forma, contribuir com as práticas em saúde, com o desenvolvimento de estratégias relevantes na perspectiva da Política de Humanização.

2. OBJETIVOS

Geral

- Caracterizar o Acolhimento, realizado pelos trabalhadores que atuam na porta de entrada das unidades, na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

Específicos

- Descrever as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e relacionadas ao Acolhimento;
- Verificar a percepção dos usuários quanto à realização do Acolhimento pelos trabalhadores;
- Identificar, na visão dos gestores, o perfil necessário ao trabalhador para o desenvolvimento de ações acolhedoras;
- Contribuir com as práticas de capacitação para os trabalhadores na perspectiva das Políticas de Humanização e da Educação Permanente.

3. MÉTODOS E MATERIAL

O método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos (RICHARDSON, 1999). Considerando a importância desta escolha, o trabalho de pesquisa deve ser planejado e executado de acordo com normas requeridas por cada método de investigação, que pode ser quantitativo e/ou qualitativo.

Atualmente, existem autores que não consideram os métodos quantitativos e qualitativos como opostos, ao contrário, evidenciam a complementaridade entre eles e a possibilidade de encaminhar estratégias de integração na prática da investigação. Goode e Hatt (1973), por exemplo, consideram que a pesquisa deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos ‘qualitativos’ e ‘quantitativos’, ou entre ponto de vista ‘estatístico’ e ‘não estatístico’.

Considera-se que é importante reconhecer o enfoque com o qual se pretende analisar um problema, pois o valor do método está na aproximação que ele possibilita com a realidade estudada. Segundo Delli Zotti (1996), “as metodologias não são apropriadas nem inapropriadas, até que sejam aplicadas a um problema específico de pesquisa” (p. 147). Portanto, para que não se tenha uma postura reducionista diante do método a ser escolhido, é importante que se conheça, com propriedade, a natureza do problema que se deseja investigar.

Neste estudo, ficou entendido que a combinação entre os métodos qualitativo e quantitativo foi apropriada ao tipo de investigação realizada, pois, de acordo com Latorre, del Rincón e Arnal (1996), é possível estabelecer entre eles um contínuo metodológico. Com a utilização do primeiro, tornou-se possível descrever a complexidade do problema, compreender e caracterizar processos dinâmicos vividos pelos pesquisados, além de entender das particularidades e das percepções dos usuários, gestores e trabalhadores acerca do Acolhimento nas unidades de saúde, considerando as influências recíprocas entre estes atores. A aplicação do método quantitativo a estas informações garantiu uma quantificação tanto na coleta quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

Serapioni (2000) afirma que o primeiro aspecto a ser analisado e superado na dialética qualitativo-quantitativo é a questão da sensibilidade e do rigor, sendo a primeira geralmente atribuída aos pesquisadores qualitativos e o segundo aos pesquisadores

quantitativos. Entende-se que esses aspectos devem estar presentes no intuito do pesquisador que se utilize de qualquer um dos métodos.

Neste trabalho, a pesquisadora pretendeu mostrar a capacidade subjetiva da sensibilidade atrelada ao necessário rigor científico, cumprindo critérios como a confiabilidade e a validade, advindos também da potencialidade dos seus instrumentos de obter dados, que foram utilizados por ela como informações adequadas e precisas para chegar a conclusões relevantes.

3.1. Contexto

Nesta seção, serão apresentadas informações sobre a capital do Ceará, a situação na qual se encontrava o setor saúde no início da atual gestão e as estratégias de enfrentamento utilizadas, para que seja possível uma melhor compreensão do contexto onde o trabalho de implementação da Política de Humanização está ocorrendo.

A cidade de Fortaleza está localizada no litoral da costa atlântico-norte brasileira, ocupando uma área de 336 km². É considerada a quinta maior capital do país, com uma população estimada pelo IBGE em 2007, de 2.458.545 habitantes, na sua maioria formada por jovens.

O município encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2003, o que coloca para a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde.

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza tem nos princípios do SUS – Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Social, a orientação para a construção de sua rede de co-gestão do cuidado à Saúde.

Tem-se capacidade instalada para a realização de serviços em nível primário, secundário e terciário. O município integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional, bem como interestadualmente. O Sistema compõe-se de cinco redes assistenciais de produção de serviços de saúde, que atuam na perspectiva da integralidade e co-gestão do cuidado à saúde, são elas: Rede

Assistencial da Atenção Primária em Saúde/Saúde da Família; da Atenção Especializada; das Urgências e Emergências; Hospitalar e de Saúde Mental.

No início da gestão - 2005, encontrou-se o sucateamento da rede, o desabastecimento de medicamentos; a insuficiência quanto ao número de unidades básicas de saúde, com apenas 15% de cobertura da Estratégia Saúde da Família; níveis de atenção à saúde desarticulados e descontinuados; filas de espera na Atenção Primária e para Atenção Especializada; trabalhadores desestimulados e precarizados nas relações de trabalho. Estes foram e, ainda são, os grandes desafios a serem superados pela atual gestão, para que se possa melhorar a qualidade dos serviços de saúde no município.

O enfrentamento imediato desta realidade se deu com a estruturação da Operação Fortaleza Bela na Saúde, cujo objetivo é desencadear o processo de reestruturação da atenção primária em saúde, a partir da Política de Humanização do SUS – HumanizaSUS. Organizou-se a partir de três eixos: Ampliação e re-estruturação do Programa Saúde da Família; Articulação da Rede de Assistência à Saúde, em seus diversos níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária; e Humanização da Atenção à Saúde entendida como um processo indutor de “mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção da saúde.” (PNH, 2004).

A estratégia da Humanização guarda dimensões objetivas e subjetivas na produção da saúde no nível local. São compreendidas como questões objetivas àquelas relativas à garantia dos princípios de acessibilidade e resolutividade da atenção, a exemplo do fim do Cartão Saúde como barreira ao atendimento em qualquer unidade da rede; universalização do acesso ao medicamento básico, com a garantia de sua disponibilidade e acesso em todas as unidades de saúde independente do local da consulta. Este investimento na rede, em 2005, foi em torno de onze milhões de reais.

Já é possível explicitar ações importantes na perspectiva da humanização, como a gestão das filas noturnas nas unidades básicas de saúde; o processo de territorialização da cidade na perspectiva de organização dos serviços e a implantação de equipes de saúde da família em áreas de risco do município, passando a cobertura do PSF de 15 para cerca de 50% da Rede Municipal de Saúde. Além disso, realizaram-se a reforma e melhoria de equipamentos nas 89 unidades básicas de saúde, com investimentos da ordem de três

milhões e duzentos mil reais, atuando sobre a ambiência, de forma a garantir melhores condições de trabalho e de acolhimento aos usuários.

No nível secundário da atenção, tem-se trabalhado na regulação da demanda para leitos de UTI, observando os critérios técnicos e auditoria permanente para a otimização de leitos credenciados ao SUS. Recursos foram conveniados com o Ministério da Saúde, através do QUALISUS, para a promoção de melhorias físicas e organização de processos de trabalho humanizados em hospitais de Urgência e Emergência, com investimentos da ordem de 15 milhões. A redução da fila de espera para consultas e exames especializados apresenta resultados expressivos também.

Quanto à dimensão subjetiva do processo de humanização da rede, destaca-se o grande movimento que foi desenvolvido junto aos atores do Sistema Municipal de Saúde, desencadeando um processo de educação permanente em Humanização na Saúde. Isto se torna visível com a realização de diferentes iniciativas que se somam para alcançar o SUS que se faz construir através da gestão compartilhada na saúde de Fortaleza.

3.2 População e participantes da pesquisa

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza é constituído por cinco Redes Assistenciais: Rede Assistencial da Atenção Primária em Saúde/Saúde da Família; da Atenção Especializada; das Urgências e Emergências; Hospitalar e de Saúde Mental. Como referido acima, muitas foram as ações e estratégias desenvolvidas nas mesmas. No entanto, o Sistema Municipal de Saúde ainda precisa ser aperfeiçoado e a investigação de elementos da Política Municipal de Humanização, com a caracterização do Acolhimento na visão de representantes dos gestores, trabalhadores e usuários, poderá ser de grande valia para este fim.

Os participantes da pesquisa foram pessoas adultas, tanto do gênero feminino como masculino, que fazem parte da constituição das Redes Assistenciais citadas, com destaque para a Rede Hospitalar e a Rede da Atenção Primária/Saúde da Família.

Foram procurados um gestor, um trabalhador e um representante do Conselho Local de Saúde de cada um dos nove hospitais municipais. Quanto às unidades da Rede de Atenção Primária/Saúde da Família, estão distribuídas em seis regionais administrativas da

cidade. Foram aplicados questionários, portanto, a um gestor e um trabalhador de uma unidade de cada distrito de saúde e a um representante de cada um dos seis Conselhos Regionais de Saúde.

Os participantes foram escolhidos aleatoriamente, perfazendo um total de 41, sendo 15 gestores, 16 trabalhadores e 10 conselheiros.

3.3. Coleta de Dados

Partindo da necessidade de adequação aos nossos propósitos e da existência de um sem número de técnica de coleta de dados (VISAUTA, 1989), escolheu-se o Questionário como instrumento de coleta para esta pesquisa. Este instrumento permite obter informações de um grande número de pessoas, simultaneamente, em um tempo relativamente curto, o que foi importante para que fosse feita uma detalhada análise dos dados.

3.3.1 O questionário como instrumento de coleta de dados

O questionário pode apresentar a função de descrever características e medir determinadas variáveis (RICHARDSON, 1999), num enfoque quantitativo, como também pode, com a exposição de perguntas abertas, permitir a penetração na singularidade das informações que se deseja obter, com apreensão daquilo que os sujeitos trazem em suas histórias de vida como valores, percepções e sentimentos acerca de atividades que desenvolvem, além de conhecimentos, atitudes, habilidades, comportamentos e lembranças que podem ter relação com as suas vivências de acolhimento nas unidades de saúde seja no papel de gestor, trabalhador ou usuário.

Neste trabalho, o instrumento de coleta de dados foi elaborado considerando os objetivos da pesquisa e o tipo de análise realizada com os dados obtidos. Conteve dois tipos de perguntas: fechadas e abertas. As primeiras solicitaram informações que se apresentaram em categorias ou alternativas de respostas fixas e pré-estabelecidas, como informações sócio-demográficas do entrevistado (idade, escolaridade, sexo, dentre outras) ou ainda perguntas com alternativas dicotômicas como sim ou não, que serão úteis, por exemplo, para averiguar se o sujeito apresenta necessidade especial.

Entende-se que este tipo de pergunta facilita o preenchimento total do questionário, pois o torna menos cansativo para o participante, além de tornar mais ágil a codificação para o pesquisador. Porém, as perguntas fechadas não são suficientes e o uso de questões abertas também se fez necessário para a complementaridade das informações que se desejava obter.

Nas perguntas abertas, o entrevistado tem mais possibilidade de livre expressão, podendo revelar aspectos novos de suas opiniões, além de explicar significados na sua perspectiva. É possível que se obtenha, com estas perguntas, respostas mais específicas de cada sujeito acerca dos processos de trabalho, no tocante ao Acolhimento. Para Minayo e Sanches (1993), esta expressão torna-se “reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e reproduz as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”. (p. 24)

O pesquisador de posse deste material, por sua vez, tem a possibilidade de trabalhar com um maior número de informações para classificação e codificação. Para garantir um adequado entendimento das informações, ele deve estar familiarizado com os costumes, condições de vida e vocabulário do participante, evitando “interpretações que possam comprometer gravemente os resultados da pesquisa” (RICHARDSON, *idem*, p.196). Considera-se que o uso das perguntas abertas, elaboradas cautelosamente e discutidas pela pesquisadora e seu orientador, foi complementar às perguntas fechadas e, também, suficiente para obter informações aprofundadas sobre a caracterização do Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

3.3.2 O pré-teste e a aplicação dos questionários

Anteriormente à coleta de dados, foi feita uma verificação prévia deste procedimento com a aplicação de alguns questionários a gestores, trabalhadores e usuários, para que se observasse e avaliasse o instrumento, fazendo as possíveis modificações necessárias para aplicação do questionário para a pesquisa.

A pesquisadora fez contatos por ligações telefônicas e visitas às unidades de saúde, explicando o estudo, seus objetivos e o caráter sigiloso do mesmo. Os participantes receberam o questionário em horário e local apropriados ao preenchimento, devolvendo no

mesmo dia. Com os trabalhadores, foi feito um encontro explicativo sobre a pesquisa e eles responderam ao questionário simultaneamente, o que tornou possível a participação de trabalhadores das cinco Redes Assistenciais.

3.4. Procedimento de Análise dos Dados

Após a aplicação dos questionários, iniciamos o tratamento dos dados, em que foi utilizada a metodologia quantitativa com o uso de estatística descritiva – frequência e porcentagem; e a metodologia qualitativa com a Análise de Conteúdo, dentro de sua técnica de Análise Temática.

As idéias contidas nas respostas dos sujeitos às perguntas do questionário foram sistematizadas, em pré-análise, com agrupamento nos temas. Foram feitas as análises do material e tratamento dos resultados, com a sistematização e distribuição das unidades de análises dentro dos temas definidos, de forma que permitissem uma representação do conteúdo do questionário e de algumas observações feitas pela pesquisadora a partir de conversas com os participantes.

3.4.1 Análise Quantitativa

Do ponto de vista metodológico, como já comentado, não há contradição entre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas. Para Serapioni (2000), uma vez que se aceite a complementaridade entre as duas abordagens e a forma de propor a integração, a partir do reconhecimento das especificidades de cada uma, é possível identificar de que maneira podem ser mais bem incorporadas ao desenho da pesquisa.

Neste trabalho, considera-se a importância da Estatística como ciência que apresenta processos próprios para coletar, apresentar e interpretar adequadamente conjuntos de dados, numéricos ou não. Pode-se dizer que seu objetivo é o de apresentar informações sobre dados em análise para que se tenha maior compreensão dos fatos que os mesmos representam. A Estatística subdivide-se em três áreas: descritiva, probabilística e inferencial. Trabalhou-se com a estatística descritiva que, como o próprio nome já diz, trata de descrever os dados. Segundo Reis (1998), estatística descritiva é “o nome dado ao

conjunto de técnicas analíticas utilizadas para resumir o conjunto de todos os dados coletados numa dada investigação a relativamente poucos números e gráficos” (p. 47). A idéia básica é a de se estabelecer uma descrição dos dados relativos a cada uma das variáveis, dados estes levantados através de uma amostra.

A palavra estatística tem mais de um sentido. No singular, refere-se à teoria estatística e ao método pelos quais os dados são analisados enquanto que, no plural, se refere às estatísticas descritivas, que são medidas obtidas de dados selecionados. A estatística descritiva tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação destes valores. Organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas. A tabela é um quadro que resume um conjunto de observações, enquanto os gráficos são formas de apresentação dos dados, cujo objetivo é o de produzir uma impressão mais rápida e viva do fenômeno em estudo.

Para ressaltar as tendências características observadas nas tabelas, isoladamente, ou em comparação com outras, é necessário expressar tais tendências através de números ou estatísticas. Foi utilizada, nesta pesquisa, a distribuição de freqüência das unidades temáticas compreendidas nas categorias selecionadas com o uso da análise qualitativa (Análise de Conteúdo – Análise Temática). A distribuição de freqüência é, para Bussab (2003), o conjunto das freqüências relativas observadas para um dado fenômeno estudado que, no caso, são os dados obtidos quanto à caracterização do Acolhimento na visão dos gestores, trabalhadores e usuários.

3.4.2 Análise Qualitativa

Desenvolvemos uma análise qualitativa dos dados obtidos através de questionários, de forma a convertê-los em informações relevantes para o objetivo da pesquisa. Para que fosse realizado um tratamento científico rigoroso, com procedimentos padronizados e sistemáticos, escolheu-se a técnica de pesquisa Análise de Conteúdo.

A análise de conteúdo é, segundo Bardin (1988), um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversos, que deve ser utilizada para o estudo de material qualitativo. Objetiva uma compreensão do discurso com extração de elementos

importantes e aprofundamento de suas características. Devem basear-se em teorias relevantes que sirvam de marco de explicação para os resultados obtidos pelo pesquisador, seguindo características como a objetividade, sistematização e inferência.

Para Freitas, Cunha & Moscarola (1996), a objetividade na análise deve proceder segundo regras pré-estabelecidas, obedecendo a diretrizes suficientemente claras e precisas de forma a propiciar que diferentes analistas, trabalhando o mesmo conteúdo, obtenham os mesmos resultados. Na sistematização, todo o conteúdo deve ser ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função do objetivo perseguido. Todos os elementos de informação associados ou relativos ao objetivo precisam ser levados em consideração.

Os autores também apontam para a possibilidade de quantificação existente nesta técnica, o que se trata de evidenciar elementos significativos com o cálculo de sua frequência. Esta condição não é considerada indispensável, visto que certas análises de cunho qualitativo não buscam mais nos temas do que sua exata medida ou importância, além de não serem muitas as ferramentas que disponibilizam recursos de análise de conteúdo, associando o qualitativo ao quantitativo.

Neste estudo, dentro da análise de conteúdo, foi escolhida a técnica de análise temática, eficaz na sistematização e que se baseia na decodificação de um texto, no caso as respostas ao questionário, em diversos elementos chamados de unidades temáticas, que são classificados e formam agrupamentos analógicos, divididos em temas. A escolha dos temas e das unidades temáticas foi feita pela pesquisadora, sob orientação, com base nos aspectos teóricos considerados e em todos os dados obtidos através dos questionários. Esta etapa foi criteriosamente realizada e analisada, visto que é um procedimento essencial da análise de conteúdo, fazendo a ligação entre os objetivos da pesquisa e os seus resultados.

Segundo Minayo (1993), em termos qualitativos, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Considerando estes valores e modelos, foram seguidos, operacionalmente, as etapas de pré-análise, com os temas definidos; tratamento dos resultados obtidos com atenção para uma validação lógica; e a interpretação, fazendo uso da inferência de acordo com o contexto do conteúdo analisado.

Nesta pesquisa, a análise qualitativa forneceu inicialmente as categorias necessárias a uma análise de conteúdo quantitativa e rigorosa, como prevêem Freitas, Cunha e Moscarola (1996). Posteriormente, as unidades temáticas formaram a base para a utilização da frequência e porcentagem, essenciais para a análise quantitativa proposta.

Análise Temática

Na análise de conteúdo, de acordo com as idéias de Bardin (1988), deve-se fazer uma primeira leitura para organizar o conteúdo incluído para, posteriormente, analisar os elementos e as regras que o determinam. As principais características presentes nesta análise são a objetividade, a sistematização e a inferência, como mencionado acima.

Consideramos importante explicitar a que se refere cada uma destas características. A objetividade é a explicitação das regras, normas e procedimentos utilizados em cada etapa da análise de conteúdo com fins de diminuir a possibilidade de que os resultados sejam apenas o reflexo da subjetividade do pesquisador. A sistematização refere-se à inclusão ou não de conteúdos ou categorias de um texto de acordo com regras consistentes e sistemáticas. Por fim, a inferência é a operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

A análise de conteúdo apresenta algumas técnicas de análise como a análise de avaliação, de expressões, de relações e análise temática. Neste estudo, foi utilizada a técnica de análise temática, que se baseia na decodificação de um texto, no caso, o conteúdo existente nos questionários, em diversos elementos que são classificados e formam agrupamentos analógicos. Entre as possibilidades de sistematização, a mais utilizada, mais rápida e eficaz, sempre que se aplique a conteúdos diretos e simples, é a análise por temas ou análise temática.

A análise temática consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado. Bardin (1977) afirma que o tema é a unidade de significação complexa que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Além disso, o autor diz que a validade da unidade de significação não é de ordem lingüística, mas de ordem psicológica e

sociológica, pois surge através de um “mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (p.44).

A análise escolhida consiste em encontrar as unidades temáticas que tenham importância para o objetivo definido. Segundo Minayo (1993a), em termos qualitativos, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso e, operacionalmente, a análise temática divide-se nas seguintes etapas: a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses ou expectativas de resultados e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.

A exploração do material consiste na sistematização das decisões tomadas na pré-análise. Esta fase inclui a codificação, que é realizada na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Já no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação, “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos” (BARDIN, 1977, p.101). A partir destes resultados, são elaborados quadros que destaquem as informações fornecidas pela análise. Muitas vezes, operações estatísticas auxiliam no destaque das informações obtidas.

A análise temática é uma técnica formal, que privilegia a significação da regularidade, deixando espaço para que o tratamento dos resultados seja feito com significados e com inferências estatísticas. Neste estudo, os quadros temáticos foram elaborados para destacar as informações obtidas na análise das respostas ao questionário, sendo complementadas, no caso, com a realização de operações estatísticas de frequência e porcentagem.

De acordo com esta metodologia, o analista propõe inferências após a elaboração dos quadros e realiza interpretações previstas a partir do material contido neles, ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Nesta pesquisa, foram realizados procedimentos que permitiram o desenvolvimento de inferências e interpretações a partir do referencial teórico escolhido.

A análise temática do nosso estudo foi realizada considerando a pertinência de determinados temas para a pesquisa. Deste modo, foram definidos como dimensões relevantes: I – Formação, Função e Cargo dos Trabalhadores; II - Atividades desempenhadas pelos trabalhadores; III - Dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função; IV – Competências e Formações necessárias aos trabalhadores; V – Percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento; VI – Propostas para melhoria do atendimento e VII – Significação de um bom acolhimento, como veremos a seguir.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação dos questionários, sistematizamos as idéias dos participantes contidas neles, com base nas categorias estabelecidas. Neste primeiro momento, de pré-análise, tivemos uma idéia geral acerca da categorização do Acolhimento por parte de atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

Foram feitos a análise do material e tratamento dos resultados, com a sistematização e distribuição das unidades temáticas dentro dos temas definidos, de forma que permitissem uma representação do conteúdo dos questionários.

4.1. Análise das Características sócio-demográficas dos trabalhadores

Quadro 01
Quadro Sócio-Demográfico

P	Idade	Sexo	Escolaridade	Cor/Raça	Limitação Física ou Necessidade Especial
01	37	1	3	3	2
02	29	1	1	3	2
03	28	2	2	3	2
04	47	1	2	3	2
05	41	1	2	3	2
06	34	1	2	3	2
07	35	1	2	3	2
08	29	1	2	3	2
09	27	1	2	3	2
10	54	2	3	3	2
11	54	1	2	3	2
12	56	1	2	1	2
13	48	2	2	3	2
14	42	2	3	2	2
15	30	1	1	1	2
16	32	1	4	3	2

Fonte: Trabalhadores entrevistados

Legenda

Sexo	Escolaridade	Cor/Raça	Limitação Física ou Necessidade Especial	
*Feminino: 1 *Masculino: 2	*Ensino Fundamental: 1 *Ensino Médio: 2 *Ensino Técnico: 3 *Graduação: 4	*Branca: 1 *Preta: 2 *Parda: 3 *Amarela: 4 *Indígena: 5	*Sim: 1 *Não: 2	P: Participante trabalhador

No instrumento desta pesquisa, pedimos para que fossem preenchidos dados como idade, sexo, escolaridade, cor e raça, limitação física ou necessidade especial para que pudéssemos observar um perfil dos trabalhadores da porta de entrada das unidades de saúde do Sistema Municipal de Saúde. Com a análise destes dados, verificamos que:

A) Quanto à idade – no intervalo de 20-30 anos, houve a frequência de 05 pessoas (31%); no intervalo de 31-40 anos, 04 pessoas (25%); 41-50 anos, 04 pessoas (25%); 51-60 anos, 03 pessoas (19 %)

Estes dados mostram que há uma distribuição regular entre as idades dos trabalhadores, com a maior parte dos entrevistados variando entre 20 e 30 anos.

B) Quanto ao gênero – foram aplicados 16 questionários e, destes, 12 são mulheres (75%) e 04 homens (25%). Com os dados, concluímos que a maioria dos participantes da pesquisa é do gênero feminino, retratando uma maior presença das mulheres na porta de entrada das unidades de saúde.

C) Quanto à escolaridade – 2 participantes têm o ensino fundamental (12,5%); 10 participantes responderam que tinham o Ensino Médio (62,5%); 3 participantes o Ensino Técnico (18,8%); 1 participante, o Ensino Superior (6,2%).

Nesta pesquisa, percebemos que 62,5% dos participantes pararam de estudar ao concluir o ensino médio. São pessoas que, necessitando trabalhar durante todo o dia, não deram continuidade aos estudos. A perspectiva da Educação Permanente abre horizontes para que estas pessoas tenham novas oportunidades de aprendizado, inclusive, no próprio serviço.

D) Quanto à cor/raça – 02 participantes relataram ser brancos (12,5%); 01 participante negro (6,25%); 13 participantes afirmaram ser pardos (81,25%).

E) Quanto à limitação física ou necessidade especial – Nenhum participante apresentou limitação física ou necessidade especial.

Consideramos relevante tratar dos dois itens acima, D e E, por considerá-los categoria significativas nas informações de saúde. O item cor/raça (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), após muita luta do Movimento Negro, faz parte dos documentos do SUS e é exigido nas pesquisas com seres humanos. No entanto, ainda há subnotificações desta categoria e, com os dados acima, percebemos que a maioria dos participantes é da cor/raça parda e nenhum deles apresenta limitação física ou necessidade especial. Isto aponta para a necessidade de inclusão e de um re-pensar no uso das informações em saúde, necessárias à formulação de políticas públicas e também naquelas que são dirigidas aos usuários.

Quadro 02
Trabalhadores em atividade permanente no
recebimento aos usuários na unidade de saúde, por gênero

P	Nº de Homens	Nº de Mulheres	Total
01	02	04	06
02	03	05	08
03	00	04	04
04	01	03	04
05	01	07	08
06	03	00	03
07	10	18	28
08	03	09	12
09	05	13	18
10	12	15	27
11	03	10	13
12	35	36	71
13	06	11	17
14	08	16	24
15	04	07	22
TOTAL	96	158	254

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda

P: Participante Gestor

Foram entrevistados seis coordenadores de unidades básicas, representando cada uma das seis regiões administrativas do município de Fortaleza, e gestores dos nove hospitais municipais. É possível observar que, em todas as unidades, há um maior número de mulheres e que, do total de 254 trabalhadores, representam 62%. Estes dados, acrescidos dos dados do Quadro 1, mostram que há uma predominância do número de mulheres nas Redes de Saúde do município, o que precisa ser considerado no perfil do trabalhador e na caracterização da porta de entrada das unidades de saúde.

Quadro 03
Trabalhadores portadores de limitação física ou
necessidade especial que restrinja ou dificulte as atividades

Nº	Homens	Mulheres	Tipo
01	01	00	Portador de Paralisia Infantil – membro inferior
02	00	01	Depressão
03	01	00	Paraplégico
04	01	00	Membros superiores e inferiores mais curtos
Total	03	01	

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda

Nº: número de categorias citadas pelos gestores

Neste quadro, com dados fornecidos pelos gestores, temos uma visão mais ampla sobre os trabalhadores portadores de limitação física ou necessidade especial. Do total de 254 trabalhadores mencionados no Quadro 2, profissionais da porta de entrada das 15 unidades pesquisadas, 04 apresentam limitação física ou alguma necessidade especial, conforme Quadro 03. Dos quatro, três apresentam limitação física e um deles, doença psiquiátrica. – a depressão. É possível perceber que já há um processo de inclusão em andamento, porém ainda expresso em pequenos números.

4.2. Análise da Frequência e Porcentagem

I – Dimensão da Formação, Função e Cargo dos Trabalhadores

Quadro 04
Função e Cargo dos Trabalhadores

P	Função	Cargo
01	Auxiliar de Enfermagem	Secretária
02	Auxiliar Administrativo	Recepcionista
03	Auxiliar Administrativo	Recepcionista
04	Atendente de Serviço	Secretária
05	Auxiliar de Enfermagem	Secretária
06	Auxiliar Administrativo	Chefia do Same
07	Atendente de Serviço	Videofonista
08	Atendente de Serviço	Recepcionista
09	Auxiliar Administrativo	Recepcionista
10	Supervisor de equipe de apoio	Posso Ajudar
11	Auxiliar Administrativo	Recepcionista
12	Auxiliar Administrativo	Recepcionista
13	Auxiliar Administrativo	Recepcionista – Emergência
14	Auxiliar de Enfermagem	Recepcionista
15	Atendente de Serviço	Recepcionista
16	Psicóloga	Coordenadora

Fonte: Trabalhadores entrevistados.

Legenda

P: Participante Trabalhador

A maioria dos trabalhadores entrevistados assume a função de auxiliar administrativo (07 participantes – 43,8%); atendente de serviço (04 participantes – 25%) e auxiliar de enfermagem (03 participantes – 18,8%). Quanto ao cargo, predomina o de recepcionista (09 participantes – 56,2%). Percebemos que não há clareza na diferenciação entre o auxiliar administrativo e o atendente de serviço, o que nos aponta para a necessidade de melhor definição das funções existentes nas unidades de saúde.

Tabela 01
Formação e Função dos Trabalhadores, segundo gestores
N = 77

Nº	Formação	Função	f	%
01	Ensino Fundamental ou Médio	Porteiro	15	19,5
02	Ensino Fundamental	Auxiliar de Serviços Gerais	04	5,2
03	Ensino Fundamental ou Médio	Maqueiro	06	7,8
04	Ensino Médio	Auxiliar Administrativo	13	16,9
05	Ensino Médio	Auxiliar de Enfermagem	11	14,3
06	Ensino Médio	Técnico em Enfermagem	02	2,6
07	Ensino Médio	Técnico em Higiene Dental – THD	01	1,3
08	Ensino Médio	Digitador	01	1,3
09	Ensino Médio	Auxiliar de Obstetrícia	01	1,3
10	Ensino Médio	Recepcionistas	04	5,2
11	Ensino Médio	Segurança	02	2,6
12	Ensino Médio ou Graduação	‘Posso Ajudar’	05	6,5
13	Graduação	Enfermeiro	09	11,7
14	Graduação	Assistente Social	03	3,9

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias citadas pelos gestores

Com os dados, percebemos que a maioria dos trabalhadores que está na porta de entrada das unidades de saúde tem o grau de escolaridade de ensino fundamental ou médio, perfazendo um total de 78%. Destes, destacam-se nas respostas dos gestores, as funções de porteiro (19,5%), de auxiliar administrativo (16,9%) e de auxiliar de enfermagem (14,3%).

Tabela 02
Função dos trabalhadores, segundo conselheiros
N = 36

Nº	Função	f	%
01	Porteiro	10	27,8
02	Auxiliar Administrativo	09	25,0
03	Posso Ajudar (Todos de Regionais)	05	13,9
04	Auxiliar de Enfermagem (Todos de Hospitais)	05	13,9
05	Agente de Saúde	03	8,3
06	Enfermeiros	03	8,3
07	Assistente Social	01	2,8

Fonte: Conselheiros entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias citadas pelos conselheiros

De acordo com os conselheiros, as funções mais comuns dos trabalhadores que estão na porta de entrada são as de porteiro (27,8%); auxiliar administrativo (25%); auxiliar de enfermagem (13,9%) e “Posso Ajudar” (13,9%), categoria criada na atual Gestão da Prefeitura Municipal de Fortaleza, considerada como um assistente de apoio à gestão.

Nesta dimensão, sobre a formação, função e cargo dos trabalhadores, observamos que as funções de auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, atendente de serviço e porteiro são as mais mencionadas pelos gestores, trabalhadores e conselheiros. Esta informação indica que os referidos profissionais merecem destaque no recebimento dos usuários na porta de entrada das unidades e que, ao se pensar em melhorias para o atendimento e mesmo em capacitação para os trabalhadores na perspectiva da Humanização, é preciso que se considere a significativa presença deles.

II - Dimensão das atividades desempenhadas pelos trabalhadores

Tabela 03
Atividades desempenhadas pelos trabalhadores, de acordo com gestores
 N = 86

Nº	Categorias	f	%
01	Orientações aos usuários quanto ao fluxo na unidade – disponibilidade dos serviços, consulta para o dia, agendamento, local dos serviços, horários dos profissionais e outros.	15	17,4
02	Encaminhamento para atendimento na unidade	11	12,8
03	Encaminhamento para outra Rede Assistencial do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza	02	2,3
04	Contato com a Central Reguladora – informação sobre consulta especializada	05	5,8
05	Organização do atendimento de acordo com a demanda (Ex: exames, consultas)	04	4,7
06	Preenchimento e verificação de dados no Sistema de Informação	11	12,8
07	Solicitação de Exames especializados após consulta	04	4,7
08	Informações sobre Exames (chegada, tempo de espera, se haverá cobertura pelo SUS através do Município ou do Estado)	05	5,8
09	Informações sobre Cadastro do Programa Bolsa Família	01	1,2
10	Busca ativa da necessidade do usuário na própria unidade – usuário que chega e não solicita	06	7,0
11	Acolhimento – com Classificação de Risco nos Hospitais e com Classificação de Risco e Vulnerabilidade nas unidades básicas de saúde (Escuta qualificada -orientam, referenciam, atendem, encaminham para a consulta médica). Atividade realizada por profissionais graduados.	12	14,0
12	Informações, ao gestor, sobre necessidades da unidade	01	1,2
13	Limpeza	03	3,5
14	Informações sobre o atendimento das equipes aos usuários (vínculo PSF – comunidade: territorialização)	01	1,2
15	Recepção do usuário na entrada da unidade	03	3,5
16	Entrega de prontuário	01	1,2
17	Informação e prestação dos serviços aos visitantes e acompanhantes (informações sobre os usuários, recebimento de documento, entrega de crachá)	01	1,2
18	Identificação de casos que devem ser encaminhados ao Serviço Social (Ex: idosos desacompanhados)	01	1,2

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos gestores

De acordo com os gestores, nas atividades desempenhadas pelos trabalhadores, destacam-se as categorias “Orientações aos usuários quanto ao fluxo na unidade” (17,4%); Acolhimento – com Classificação de Risco nos Hospitais e com Classificação de Risco e Vulnerabilidade nas unidades básicas de saúde (14%); “Encaminhamento para atendimento na unidade” e “Preenchimento e verificação de dados no Sistema de Informação”, ambos com 12,8%.

Tabela 04
Atividades desempenhadas pelos trabalhadores
N = 50

N°	Categorias	f	%
01	Acolhimento inicial ao usuário (pergunta nome, em quê pode ajudar, identifica área, encaminha ao profissional adequado, informa sobre exames, horários, intervenções na comunidade, serviços da unidade, regras da Instituição)	16	30
02	Fixação de cartazes informativos na unidade (serviços da unidade, intervenções na comunidade)	02	04
03	Encaminha para o Serviço Social – mais esclarecimentos	02	04
04	Encaminha para especialista após consulta médica	03	06
05	Informações sobre o local onde o paciente está (emergência, enfermaria, etc)	01	02
06	Orientações na fila	04	08
07	Organização na coleta de exame	02	04
08	Marcação de consulta	07	14
09	Confirmação de consultas e exames	08	16
10	Cadastro de pessoas	03	06
11	Encaminha para outra Rede Assistencial, onde oferta o serviço necessário ao usuário	02	04
12	Encaminha para locais de apoio ao atendimento, na própria unidade	01	02

Fonte: Trabalhadores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos trabalhadores

De acordo com os trabalhadores, nas atividades desempenhadas por eles mesmos, destacam-se as categorias “Acolhimento inicial ao usuário” (30%), “Confirmação de consultas e exames” (16%), “Marcação de consulta” (14%).

Esta dimensão nos traz uma resposta direta ao objetivo desta pesquisa que trata da descrição das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e relacionadas ao Acolhimento. Mostra que os participantes, gestores e trabalhadores, salientam as atividades de orientação aos usuários; de confirmação, marcação e encaminhamento para consultas e exames; de preenchimento e verificação de dados no Sistema e de Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, com escuta qualificada e orientação.

Em geral, estas categorias apontam para elementos de informação e orientação ao usuário, indicando, portanto, que um acolhimento eficaz na porta de entrada das unidades exige dos profissionais suportes técnicos e subjetivos para informar, orientar e interagir com os usuários.

III - Dimensão das dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função

Tabela 05
Dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função
N = 28

N°	Categorias	f	%
1	Falta de colaboração dos próprios funcionários, pouco sentimento de trabalho em equipe.	06	21,4
2	Falta de preparação técnica dos profissionais para o recebimento ao usuário	05	17,8
3	Quando o usuário chega e não há profissional médico para atendê-lo	02	7,1
4	Condições físicas desfavoráveis ao atendimento	02	7,1
5	Falta de comunicação entre os trabalhadores e entre estes e o usuário	04	14,3
6	Não tem dificuldade. (“Basta ter paciência e mostrar resolução para os problemas deles. Isso é um bom atendimento”; “Não tenho	05	17,8

	dificuldade, pois gosto do que faço”)		
7	Falta de documentação do usuário, dificultando a localização do prontuário	01	3,6
8	Pouco tempo para realizar um grande número de atribuições (coletar os dados do usuário e encaminhá-lo; lidar com o estado emocional de quem liga e mesmo com o nível de educação – palavrões, etc)	02	7,1
9	Dificuldades na transferência do paciente para outra unidade de saúde	01	3,6

Fonte: Trabalhadores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos trabalhadores

De acordo com os próprios trabalhadores, as dificuldades mais frequentes para desempenhar a função está nas categorias 1, 2, 5 e 6, que dizem respeito à falta de colaboração dos funcionários, pouco sentimento de trabalho em equipe (21,4%); falta de preparação técnica para o recebimento dos usuários (17,8%) e falta de comunicação (17,8%).

Alguns trabalhadores afirmam não encontrar dificuldade (17,8%) para o desempenho de suas atividades, fazendo relação entre elas e características como paciência e a relação afetiva com o trabalho. Estes itens mostram indícios para a importância da consideração de aspectos subjetivos do trabalhador e suas interferências no trabalho.

Tabela 06
Preparação anterior à ocupação do cargo
N = 17

Nº	Categorias	f	%
1	Não teve preparação	04	23,5
2	Curso sobre Humanização e Acolhimento	04	23,5
3	Aprendizado com a prática e com conversas na própria unidade de saúde	04	23,5
4	Curso de recepcionista pelo SEBRAE, SENAC, CCTUR	03	17,6
5	Curso sobre atendimento, oferecido pelo IJF (Para todos os profissionais, com provas e treinamentos práticos).	01	5,9
6	Curso de Especialização - Gestão em Saúde na Atenção Básica	01	5,9
7			
8			
9			

Fonte: Trabalhadores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos trabalhadores

Com os dados, observamos que a maioria dos trabalhadores não teve uma preparação específica para desempenhar sua função. Utilizam-se de alguns elementos de outros cursos dos quais participaram, aprendem com o próprio cotidiano do serviço, não tiveram nenhuma preparação ou fizeram o Curso de Humanização oferecido pela atual gestão, quando já exerciam suas atividades há algum tempo.

Estes elementos coadunam com o que vimos na tabela 05, que trata da falta de preparação técnica para o recebimento dos usuários. Esta preparação, o desenvolvimento do sentimento de equipe e a necessidade de mais comunicação entre os profissionais e entre estes e o usuário apontam para a necessidade de mais esclarecimentos sobre as especificidades do trabalho em saúde, que exige uma visão ampla dos processos de saúde-doença, com consideração dos sujeitos implicados nestes processos. Vemos que aspectos relacionais e motivacionais também precisam ser trabalhados para que os profissionais tenham condições de melhor desempenhar estas funções.

IV – Dimensão das Competências e Formações necessárias aos trabalhadores

Tabela 07
Conhecimentos importantes para os trabalhadores
N = 52

Nº	Categorias	f	%
01	Informações sobre a unidade de saúde – visão geral do funcionamento, serviços oferecidos, marcação de consultas, presença de profissionais, horários, localização dos trabalhadores na unidade, cronograma das equipes de PSF, encaminhamentos possíveis e adequados; lógica e organização do atendimento	15	28,8
02	Manuseio do computador e operação com o Sistema de Informação	05	9,6
03	Conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde – princípios, redes de serviços, saúde coletiva, fluxo dos programas, noções de direitos - cidadania, determinantes sócio-econômicos.	09	17,3
04	Conhecimentos sobre Primeiros Socorros, Sinais vitais.	03	5,8
05	Noções sobre Acolhimento com Classificação de Risco e Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade/seus protocolos	07	13,5
06	Noções de psicologia para abordagem ao paciente, escuta das necessidades.	04	7,7
07	Política de Humanização, acolhimento como diretriz e prática -	04	7,7
08	Papel das Redes Assistenciais	02	3,9
09	Clareza sobre a sua função para realizá-la por completo, sem deixar encaminhamentos para terceiros, como o coordenador.	02	3,9
10	Continuação da formação escolar	01	1,9

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos gestores

No questionário, foi perguntado aos gestores sobre as competências necessárias aos trabalhadores para o desempenho de suas funções. Considerando que as competências são constituídas por conhecimentos, habilidades e atitudes, trataremos destes elementos a seguir.

Quanto aos conhecimentos, foram destacadas as categorias 01, 03 e 05, que dizem respeito a “Informações sobre a unidade de saúde” (28,8%); “conhecimentos sobre o

Sistema Único de Saúde” (17,3%) e “Noções sobre Acolhimento com Classificação de Risco (hospitais), risco e vulnerabilidade (atenção básica) e seus protocolos (13,5%). Vemos que os gestores ressaltam a necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a própria saúde, com uma visão geral sobre o SUS, sobre o fluxo local e sobre um importante dispositivo da diretriz “Acolhimento”, que é a classificação.

Tabela 08
Habilidades importantes para os trabalhadores
N = 35

Nº	Categorias	f	%
01	Habilidades comunicativas (saber falar e escutar, conectar-se com a linguagem do usuário; fazer bom uso das informações que possui; lidar com situações de falas “grosseiras” sem sair do papel de trabalhador; saber dar um “não”; saber abordar, encaminhar).	14	40
02	Primazia pela resolutividade, fazer a ligação entre a necessidade do usuário e a oferta dos serviços e dos profissionais; postura colaborativa em relação à resolução do problema.	05	14,3
	Criação de estratégias para o funcionamento do trabalho e equipe, aprendizagem mútua.	04	11,4
03	Olhar atento ao que se passa na unidade como um todo para melhor informar		
04	Estratégias para lidar melhor com os usuários não colaborativos	03	8,6
05	Formas adequadas de lidar com o outro na relação interpessoal, seja o outro trabalhador ou usuário (“Afinar-se com o outro”)	05	14,3
06	Capacidade de imprimir ações contínuas num curto espaço de tempo, perspicácia.	03	8,6
07	Estratégias para que alguns profissionais tenham condições de ser fixos no setor e outros com mobilidade para busca ativa das necessidades dos usuários.	01	2,8

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos gestores

As habilidades estão relacionadas às estratégias que devem ser utilizadas pelos trabalhadores para realizar suas atividades com eficácia e, na opinião dos gestores, são bastante relevantes as habilidades comunicativas (40%) e a habilidade expressa na capacidade resolutive (14, 3%).

Em geral, dizem respeito a uma postura colaborativa no atendimento do usuário, com capacidade de diálogo. Com ele, são facilitadas a escuta e fala de forma a promover entendimentos, a encaminhar com segurança e precisão.

Tabela 09
Atitudes importantes para os trabalhadores
N = 32

Nº	Categorias	f	%
01	Empatia (sensibilidade com a situação do usuário, ao problema de quem chega- colocar-se no lugar; perceber o outro dentro de uma visão humanitária, com urbanidade, sensibilidade, solidariedade, polidez e alteridade)	12	37,5
02	Iniciativa e pró-atividade (Dinamismo, autonomia, postura ativa; percepção para os erros e conseqüentes arranjos para colaborar com os processos; reverter as situações de maneira a diminuir a angústia e a agonia; vontade de colaborar)	09	28,1
03	Postura acolhedora, de atenção ao usuário e ao trabalhador	06	18,7
04	Encantamento com o serviço, com o contato com o outro; compromisso	05	15,6

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos gestores

As atitudes dizem respeito aos valores que devem ser assumidos pela pessoa que está no papel de trabalhador em determinada unidade de saúde. Para os gestores, as categorias que se destacam são as de números 01 e 02, que tratam da iniciativa e pró-atividade (28,1%), assim como da empatia (37,5%).

Para Rogers (1977), empatia consiste na capacidade de se colocar no lugar do outro, ver o mundo através dos olhos dele e procurar sentir como ele sente. Este é um artifício psicológico importante para quem trabalha em saúde e lida cotidianamente com o outro que sofre e sente dor. Deve ser incentivado, mas é preciso que o profissional assuma criticamente esta técnica, que ajuda a compreender as razões e gestos, para que, a partir desta compreensão, possa atuar sobre o que está acontecendo, com iniciativa e proatividade.

Tabela 10
Capacitação sugerida aos trabalhadores pelos gestores
N = 28

Nº	Categorias	F	%
01	- Curso de Relações Humanas (valorização do humano; contribuir com o entendimento de que os trabalhadores e os usuários têm limites; tratamento interpessoal; maneiras de se expressar, reagir ouvir e falar – comunicar; superar as situações de confronto verbal direto com o usuário – profissional treinado para saber superar a situação e amenizar)	08	28,6
02	- Curso relacionado à liderança, motivação e trabalho em equipe	03	10,7
03	- Curso sobre Sistema de Informação utilizado no Sistema de Saúde.	03	10,7
04	- Cursos sobre a Política Nacional de Humanização – Humanização - Acolhimento (Qualidade no Atendimento; encaminhamentos adequados – resolutividade; satisfação do usuário mesmo quando a resolução não está no local; postura acolhedora; respeito aos direitos dos usuários)	08	28,6
05	- Curso sobre o Sistema Único de Saúde – SUS (conhecimento mais aprofundado sobre o Sistema de Saúde, os serviços oferecidos, os princípios do SUS, a saúde coletiva, noções sobre emergência e conseqüente encaminhamento; noções de filosofia e sociologia para ampliar a visão sistêmica; compreensão do papel do trabalhador, da função da unidade de saúde, da representação do usuário no sistema)	06	21,4

Fonte: Gestores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos gestores

Após o questionamento sobre as competências necessárias aos trabalhadores, foi pedida sugestão para capacitações. As mais citadas foram as categorias 01, 04 e 05, que correspondem a Curso de Relações Humanas (28,6%), Cursos sobre a Política Nacional de Humanização, com destaques para o Acolhimento e para uma visão humanística (28,6%) e Curso sobre o Sistema Único de Saúde – SUS (21,4%).

Temos uma proposta de combinação de elementos técnicos, com outros humanísticos e relacionais. É sugerida uma maior compreensão do próprio Sistema de Saúde, suas bases, princípios e o funcionamento da unidade de saúde; da Humanização como política e também como uma visão mais abrangente e sistêmica do próprio ser humano e, conseqüentemente, do trabalhador e do usuário. Associado a isto, está a idéia de valorização do humano, com seus limites e potencialidades pessoais e profissionais, o que deve ser tratado num Curso de Relações Humanas.

Tabela 11
Preparação sugerida aos trabalhadores pelos conselheiros
N = 12

Nº	Categorias	F	%
01	Curso de Relações Humanas	08	66,7
02	Curso sobre o Sistema de Saúde	02	16,7
03	Curso de Atendimento ao Público	01	8,3
04	Curso de Acolhimento	01	8,3

Fonte: Conselheiros entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos conselheiros

Ao observar as “preparações” sugeridas aos trabalhadores pelos conselheiros, percebemos que são as mesmas propostas pelos gestores, visto na tabela 10. Os

Conselheiros ressaltam o Curso de Relações Humanas (66%), mas também citam os cursos sobre o Sistema de Saúde, sobre Acolhimento e sobre atendimento ao público.

Tabela 12
Necessidade de formação dos trabalhadores
N = 23

Nº	Categorias	f	%
01	Relações humanas, trabalho em equipe	09	39,1
02	Estratégias para atender melhor, conhecimentos para aperfeiçoar seu desempenho na função	10	43,5
03	Outra língua e outras linguagens para atender a todos	01	4,3
04	Saúde Pública	01	4,3
05	Fluxos dos Serviços	01	4,3
06	Planejamento	01	4,3

Fonte: Trabalhadores entrevistados.

Legenda
1) N- Número total de respostas da Dimensão
2) f – Frequência
3) % - Porcentagem de f/N
4) N°: número de categorias, citadas pelos trabalhadores

Os trabalhadores, ao comentar sobre suas próprias necessidades de formação, ressaltam “Estratégias para atender melhor, conhecimentos para aperfeiçoar seu desempenho na função” (43,5%) e “Relações humanas, trabalho em equipe” (39,1%), também citando Saúde Pública, fluxos de serviço e planejamento.

Percebemos que os participantes da pesquisa, gestores, trabalhadores e usuários, apontam para o mesmo caminho em relação às capacitações. De acordo com suas idéias, as capacitações devem trazer elementos específicos da profissão, que torne o atendimento mais resolutivo e, também, mais humano.

4.3. Análise Temática

Os dados obtidos com a aplicação dos questionários foram trabalhados com a Análise de Conteúdo, a partir da técnica da Análise Temática. Eles foram sistematizados e analisados, dando origem a informações que veremos a seguir.

V – Dimensão da Percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento

Quadro 05 – Quadro Temático 01

Percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento realizado pelos trabalhadores

Nº	Unidades de Análise
01	<p>No geral, são bem atendidos. Mas, às vezes, falta delicadeza. Pra ficar melhor, o 'Posso Ajudar' teria que ficar sempre lá fora, na recepção. Às vezes, ele fica interno, na burocracia. Na maioria, ele fica lá fora, conversando com o usuário, vendo se ele já traz algum papel, encaminhando para o setor certo. Isso é muito bom.</p> <p>Eu vejo que nessa gestão não foi feito viaduto. Mas, houve um cuidado com as pessoas, com a saúde e a educação. Tem dentista, tem cadeira nova... onde eu to, as unidades foram ampliadas, quatro ou cinco. O Virgílio Távora foi ampliado, ficou totalmente novo. Todas as outras foram melhoradas.</p>
02	Já melhorou, mas ainda não está muito bom. Os trabalhadores não estão tão preparados para o estresse do usuário. Há dificuldade de relacionamento, não tem muita afinidade.
03	A avaliação que faço é que é ruim. Falta informação, deixam os usuários sem saber onde procurar o serviço. O 'não' é repetido, sem esperança, sem ter solução. O Acolhimento foi iniciado, foi melhorando, funcionou. Mas, muita gente saiu, não deu continuidade em algumas unidades. Precisa de mais espaço para conversa e palestra.
04	O atendimento é regular. Não há tanto diálogo, não é pessoal. Entrega identidade, diz o que precisa. Mede a criança, a pressão, pesa. O técnico tá sendo feito, mas ainda falta o pessoal. Já vi clima de desavença, trabalhador e usuário gritando, clima de estresse. Isso num pode acontecer.
05	Já melhorou muito, muito, muito. Mas, ainda não é muito bom. Falta atenção. Falta trabalhador e usuário se colocarem no lugar do outro, evitar os estouros. É preciso, além de curso e discurso, calma e prática do que aprendeu.
06	De 1 a 10, daria nota 8. Existem problemas, nada é perfeito. Mas, há um bom atendimento. A Roda fez com que o atendimento melhorasse muito. Eles fizeram o curso de acolhimento, ajudou muito. O usuário chega, tem a pessoa que recebe (o auxiliar), conversa, vai pesar, leva para onde é de direito... melhorou muito em relação ao que era. Se você perguntasse a todos os usuários, acho que 60 a 70% diria o mesmo.

07	Já melhorou bastante. Mas, ainda falta atenção e capacitação para atender melhor. Eles já sabem que os usuários têm direitos e que não são mais leigos. Isso obriga a atender melhor.
08	Tem muito o que melhorar, mesmo já tendo melhorado bastante. Há muita tecnicidade, só se entrega um papel. Precisa de um olhar mais abrangente, mais acolhedor. Tem o atendimento, a resolutividade, mas falta mais atenção ao usuário. Falta informação.
09	Os trabalhadores fizeram o curso e melhoraram o atendimento, mas muitos já saíram. O acolhimento não ta sendo feito como é para ser. O paciente chegou, tinha que olhar logo para ele, saber se está com febre alta, se é grave, e ser logo atendido. Isso começou, mas ta diminuindo. Tem que ter alguém pronto para receber o usuário.
10	É bom, mas falta mais informação. A população ainda não assimilou bem o Acolhimento, por que alguém precisa ser atendido primeiro, quem é classificado com o azul, o amarelo. Tem que explicar sempre, tem que ser mais organizado.

Fonte: Conselheiros entrevistados.

Nas unidades de análise vistas acima, com a reprodução das falas dos conselheiros, vemos que eles trazem diversos elementos. Categorizam o acolhimento como ruim, regular, não muito bom e bom. Todos, porém, destacam que houve melhorias no atendimento, seja através do cuidado com as pessoas, das rodas de gestão que promovem o diálogo ou no reconhecimento do usuário como cidadão, ser de direito. Trazem também muitas das necessidades de melhorias, nas informações, nas relações interpessoais, no olhar mais acolhedor.

VI – Dimensão das propostas para melhoria do atendimento

Quadro 06 – Quadro Temático 02 Propostas para melhoria do atendimento

Nº	Unidades de Análise
01	Os trabalhadores deveriam se atualizar do serviço da unidade, tudo que está disponível, remédio, profissionais, conversando sempre com as pessoas...Um 'bom dia' já melhora. Precisa orientar os usuários, com educação e delicadeza. Muita gente foi ao curso HumanizaSUS, mas o 'posso ajudar' entrou depois e não fez. Deveria ter feito também. Tem que fazer, se atualizar.
02	Teriam que mudar o comportamento: maneira de falar, de agir, saber conduzir os problemas dos outros. Acho que o usuário já fica satisfeito com um bom acolhimento. Já são encaminhados para a solução do seu problema, na hora que estão precisando, com mais rapidez.

	<p>Deveria ter também mais enfermeiro, para fazer mais visita do PSF, além do acolhimento na própria unidade.</p> <p>Fazer mais grupos para integrar mais a unidade e a comunidade.</p> <p>Acho que deveria ter uma “propaganda”: como o usuário deveria tratar o profissional de saúde. Tem que aprender a chegar junto do profissional de saúde.</p> <p>Incentivar também os usuários a participar dos Conselhos Locais. Não é só reclamar, naquela hora. É ser um elo de ligação usuário e unidade de saúde.</p>
03	Primeiro tem que haver requalificação dos funcionários do SAME, pessoas técnicas preparadas para o trabalho. Mais dedicação e conhecimento da importância do usuário. Considerar a relação das pessoas. É preciso mudar a realidade.
04	Diálogo, melhor recepção. Dar informação com delicadeza. O trabalhador precisa ter paciência. HumanizaSUS para o profissional e o usuário: momento de integração, diálogo, grupos informativos. Tirar o clima só da espera, da reclamação. Não passar o problema para o outro dia.
05	Acolher uma pessoa que chega, com calma. Deixar claro o que aquele equipamento da prefeitura tem para oferecer. Dar as informações com firmeza, o que tem nos outros serviços, onde poderão encontrar, encaminhar para outra unidade mais próxima que tenha. Olhar no olho, dar informação concreta e verdadeira, com calma.
06	Talvez a presença de identificação, um crachá para saber quem é, que trabalhador é esse, qual a sua função. A conversa é muito importante, uma conversação mais acentuada. Precisaria de mais tempo, isso faria até diminuir a dor, facilitaria botar um curativo. Explicar a pessoa por que ela vai para este ou aquele atendimento.
07	Teria que ter mais consciência de que são pessoas carentes, mas têm direitos. Tem que prestar serviço de qualidade, com humanização. A resposta ao usuário tem que ser com muita prudência, por que tem usuário violento também e o trabalhador tem que saber lidar.
08	O acompanhamento mais preciso da gestão, precisa de compromisso, de olhar mais o usuário. Ver mais a necessidade das pessoas. É outra forma de pensar e de agir, com zelo pelo serviço público, mais informações para as pessoas, companheirismo, trabalhar junto com a equipe, todos sendo responsáveis pelas ações.
09	As pessoas que estão na porta de entrada deveriam ser mais treinadas para realizar o acolhimento.
10	Mais abertura para ouvir o usuário, recebê-lo como cidadão de direito. Escutar o usuário, considerar o seu psicológico.

Fonte: Conselheiros entrevistados.

Os participantes, em geral, destacam a necessidade de qualificação para os trabalhadores da porta de entrada das unidades de saúde, mas também trazem elementos que dizem respeito ao comportamento, com as formas de falar, de escutar e agir; a necessidade de educação e de gentileza no trato com os usuários. Enfatizam a orientação, a informação e a conversa como elementos chave no atendimento, passando também pela

consideração do usuário como pessoa com suas dimensões, inclusive psicológica, e como cidadão de direitos.

VII – Dimensão da significação de um bom acolhimento

Quadro 07 – Quadro Temático 04 Significação de um bom acolhimento

Nº	Unidades de Análise
01	É receber atenção de quem tá atendendo, educação, gentileza. É preciso fazer o atendimento, resolver o problema, com atenção.
02	É ser recebido com dignidade, com respeito. Tendo seus direitos respeitados por todas as pessoas que estão lá dentro, por todos os profissionais. Será uma utopia?As filas precisam acabar, filas de exames e de consultas especializadas. Isso deixa o usuário triste e abatido. Tem que mudar.
03	É o usuário chegar e sentir que aquele espaço é dele. Embora não tenha o serviço, ele tem que saber os motivos. Que ele saia com esperança que amanhã ele pode ir a procura de outro serviço, ele será atendido. Saber que o Sistema tem problemas, mas pode acolher, que é para todos.
04	É chegar doente e sair bom. Que o trabalhador olhe para o paciente, que não tenha estresse para agravar a doença. Que o usuário tenha confiança no serviço, mais alívio na problemática, com retorno após encaminhamento do médico. Tem que observar quem está na unidade, ter condições de perceber se o usuário está com estados mais alterados (de saúde) e não passar pelo mesmo processo. Que seja resolvido ali o que tem condição, que não precise ir para o Frotinha ou o Frotão. A gente vai trabalhando para isso, vai melhorando...quem sabe quando eu tiver de bengala.
05	É ser ouvido. Alguém precisa parar para me ouvir. Só se dá informação correta se souber o que se está precisando. Assim, é possível encaminhar para o atendimento local ou para a Rede como um todo, outro local.
06	É ser bem atendido pelo profissional (repcionista), ter palavras que dê para a pessoa entender, com um português claro, conversas para que a pessoa se sinta a vontade, buscar saber sua história, como é a dor mesmo. É importante sempre ter uma pessoa para receber os usuários: alguém para atender realmente, por que as pessoas tão fazendo suas atividades. Essa pessoa deve ficar circulando, vendo o que o usuário precisa. Na recepção, pode-se tentar adiantar o serviço do médico. Ter mente aberta. Saber que não é só a doença, é a fome, o vizinho, o sofrimento. Saúde não é só passar o melhora ou a medicação, é a conversa, é a disponibilidade. Sem isso, pode até

	caminhar. Mas, é capenga.
07	É saber que quando você chegar na unidade, você vai ter resolutividade, informação (o tempo que você vai esperar, por que alguém entrará na sua frente, etc). O usuário tem que ter a segurança e não o descaso. Saber que vai ser atendido até o fim.
08	É ser orientado quanto a hora do atendimento. Saber quem fará o atendimento e como. Receber uma explicação generosa : como vai acontecer, por que não aconteceu. Que seja uma informação unificada, que isso seja priorizado. Que o hospital não é um lugar estranho, pode ser bom, com bom atendimento. O Serviço pode ser de qualidade para todos.
09	Para um bom acolhimento, o trabalhador tem que gostar do que faz, atender bem. O usuário deve sair satisfeito, com conversa, atendido. Atendimento qualificado, com carinho, calma e amor ao próximo. Isso só consegue quem gosta do que faz.
10	Significa o usuário sentir a unidade como espaço dele. Ter segurança de que é um espaço público e que está aberto a todos.

Fonte: Conselheiros entrevistados.

Cada participante trouxe o sentido que dá a um bom acolhimento, expressão de sua vivência como sujeito, no caso, na unidade de saúde. Com uma visão geral dos depoimentos, temos o significado, que engloba o coletivo. De acordo com Vygotsky (1992), significações são aquelas vividas coletivamente e o sentido é aquilo vivido de forma singular, sendo ambos produzidos no contexto social.

Apontaram o significado do bom acolhimento como um atendimento que consiste no recebimento, com orientação, disponibilidade, diálogo, escuta qualificada, educação, gentileza, dignidade e respeito. O usuário deve sair com seu problema resolvido ou encaminhado para um local que o faça. Vemos que apontam para o princípio da resolutividade e também trazem a tona a necessidade de que o acesso seja, realmente, universal, com trabalhadores apresentando uma visão global acerca do ser humano e do processo saúde/doença.

5. DICUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentaremos a discussão dos resultados obtidos a partir da análise dos dados feita com a metodologia quanti-qualitativa, conforme mencionado acima. Após o destaque de todos os dados trazidos pelos sujeitos e entendidos como objeto de análise dessa pesquisa, foram feitos Quadros Temáticos com as categorias encontradas em cada dimensão. Em seguida, a distribuição de frequência das unidades temáticas, visando apresentar o conjunto de dados de uma forma sintética. Organizados e analisados os dados, apresentaremos a seguir uma discussão, com fins de gerar informações relativas aos objetivos.

Dos 45 questionários que tínhamos a intenção de obter, distribuídos entre gestores, trabalhadores e conselheiros, recebemos 41 (91%), o que pode ser considerado como um alto índice de devolução. Deles, foram 29 (71%) do gênero feminino e 12 (29%) do gênero masculino, tendo sido a escolha aleatória e a entrega dos questionários espontânea (VISAUTA, 1989).

Trazemos para a discussão deste trabalho os dados obtidos com aplicação dos questionários a 15 gestores, tratados aqui de G1 até G15; a 16 trabalhadores, chamados de T1 até T16; e a 10 conselheiros, representados por C1 até C10, de forma a garantir o sigilo de suas identidades. Buscamos caracterizar o Acolhimento, realizado pelos trabalhadores que atuam na porta de entrada das unidades, na visão dos três atores citados acima. Para isto, identificamos seis dimensões tratados a seguir: I - Atividades desempenhadas pelos trabalhadores; II - Dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função; III – Competências e Formações necessárias aos trabalhadores; IV – Percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento; V – Propostas para melhoria do atendimento e VI – Significação de um bom acolhimento.

5.1. Dimensão das atividades desempenhadas pelos trabalhadores

No instrumento desta pesquisa, foi perguntado aos gestores e aos trabalhadores, quais as atividades desempenhadas pelos últimos, para que pudéssemos ter uma noção sobre elas e verificar se têm relação com o Acolhimento.

Com as respostas, vimos a possibilidade de articulação entre os dados e os conceitos tratados na teoria deste trabalho, permitindo a construção de informações a serem consideradas a seguir.

As conversas com os participantes e as respostas aos questionários levaram à maior compreensão, por parte da pesquisadora, sobre o cotidiano dos serviços na porta de entrada das unidades de saúde.

Ao ser perguntado sobre seu trabalho, o trabalhador 3 – T3 disse *“Atendo os usuários com informações concretas para não deixar ninguém disperso. Converso e coloco vários cartazes informando as unidades do posto e as intervenções na comunidade”*. O trabalhador 6 – T6 afirmou *“Digo tudo que sei para ajudar o usuário a não se sentir perdido. Direciono o usuário ao seu destino”*; e T1 comentou *“pergunto o nome de quem chega, em que posso ajudar, identifico a área, encaminho ao profissional adequado ou, se é emergência, encaminho para a equipe de enfermagem para avaliar melhor”*.

Nestas falas, destacamos a informação como elemento inicial do atendimento, como forma primeira de acolher quem chega na unidade. Sabemos que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. De acordo com Passos (2006, p. 90), implica no *“compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções”*. Não se resume a um espaço, mas deve ser iniciado desde a chegada do usuário, com a intenção de que a equipe resolva seus problemas de saúde.

Quem chega a uma unidade de saúde, sem dúvida, traz necessidades refletidas no próprio corpo, seja através de uma febre, de uma mancha na pele ou de uma dor. Um passo importante é considerar este sujeito que chega, com todas as suas vivências e significações sobre a sua própria saúde, os profissionais e o próprio Sistema de Saúde, com todo o seu histórico.

Para Dossey (2001, p. 15), *“a saúde reflete, representa e simboliza o que acontece na nossa vida. Sua significação pode afetar a nossa mente e o nosso próprio corpo,*

portanto, nossa saúde”. Esta é uma noção ampliada do processo saúde/doença, que leva em consideração o organismo e a vida como totalidades, constituídos de vários aspectos que interferem na saúde não só dos usuários, mas também dos trabalhadores, dos gestores e de todas as pessoas, inseridas nos vários contextos sócio-culturais.

Esta visão pode ser observada na fala de um dos conselheiros – T6: *“Tem que ter mente aberta. Saber que não é só a doença, é a fome, o vizinho, o sofrimento. Saúde não é só passar o melhora ou a medicação, é a conversa, é a disponibilidade. Sem isso, pode até caminhar. Mas, é capenga”*. Vemos o destaque para a consideração dos indivíduos nos contextos onde vivem, na comunidade onde estabelecem relações diretas e cotidianas com outros moradores, compartilhando afetos, dificuldades e lutas pela vida.

De acordo com o conselheiro, isto só é possível com a disponibilidade para estar com o outro e estabelecer o diálogo, conceito-chave e prática essencial na concepção freiriana. Para Freire (1969, p. 37),

“para pôr o diálogo em prática, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber, deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo, reconhecendo que o analfabeto não é um homem perdido, fora da realidade, mas alguém que tem toda uma experiência de vida e por isso também é portador de um saber”.

O autor traz elementos da educação que são úteis para muitas situações cotidianas. Para o nosso estudo, sobre a área da saúde, fica o despertar da atenção dos profissionais para os saberes da própria equipe e também dos usuários. Todos têm experiências de vida, saberes sobre sua saúde, seu corpo, e seu grau de sofrimento, que precisam ser consideradas para que o Acolhimento seja realizado.

Nesta pesquisa, outros elementos, além das informações já citadas, também foram apontados como atividades dos trabalhadores, as quais fazem relações direta com o Acolhimento. A categoria mais citada pelos gestores diz respeito a orientações aos usuários quanto ao fluxo na unidade (17,4%) – disponibilidade dos serviços, consulta para o dia, agendamento, local dos serviços, horários dos profissionais e outros.

O acolhimento é uma ação multifacetada, interligada com vários processos de produção de saúde. Orientar quanto às formas de organização dos serviços de saúde e mesmo rever os fluxos é uma importante ação da referida diretriz.

Esta ação está ligada também ao ato de escutar, pressuposto básico da segunda categoria (14%) mais comentada pelos gestores: Acolhimento – com Classificação de Risco nos Hospitais e com Classificação de Risco e Vulnerabilidade nas unidades básicas de saúde. A referida classificação exige uma escuta qualificada para avaliar os riscos e a vulnerabilidade. Implica numa atenção quanto ao grau de sofrimento físico e psíquico, pois o usuário que chega andando numa unidade básica de saúde, sem sinais visíveis de problemas físicos, pode estar muito angustiado e, inclusive, mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.

A Classificação de Risco, de acordo com apontamentos do MS (2006), é um “processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”. Traz em seu bojo um grande desafio do Acolhimento, que é o reconhecimento de que em alguns momentos do serviço de saúde, a capacidade de oferta dos serviços será insuficiente.

A classificação de risco e de vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde; o usuário e sua rede social devem ser considerados neste processo também. Nas unidades de saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, este dispositivo da Humanização foi implantado em 2006 e é um dos marcos de modificação nos processos de trabalho das unidades, com diminuição das filas e conseqüente melhoria do atendimento.

5.2. Dimensão das dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função

Esta dimensão está composta pelas categorias que abordam as dificuldades propriamente ditas pelos trabalhadores para desempenhar a função e a preparação anterior para a ocupação de seus cargos atuais, ambas relacionadas.

De acordo com os trabalhadores, a dificuldade mais freqüente é a falta de colaboração dos próprios funcionários, pouco sentimento do trabalho em equipe (21,4%), expressa nas falas de T13 e de T14, respectivamente: “o problema está *nos próprios colegas de trabalho em dificultar certas atitudes*” e “*vejo necessidade de mais colaboração dos próprios funcionários*”.

Percebemos que, em algumas situações, os trabalhadores falam dos processos de trabalho sem incluírem a si mesmos, como se os problemas fossem expressos através dos outros. O sentimento de cooperação e de parceria no trabalho precisa ser fortalecido para que o Acolhimento seja realizado. A colaboração de todos na amenização do sofrimento dos usuários, objetivo maior de um Sistema de Saúde, é fundamental.

A participação dos trabalhadores inclui direitos e deveres das pessoas para com o trabalho que realizam, com possibilidade de a grande parte das atitudes serem dotadas de sentido para a vida cotidiana e para o atendimento de necessidades coletivas daquela unidade de saúde, no seu contexto de inserção. Rios (1987) traz a participação como correspondendo a uma necessidade emocional e sem a qual não há processo democrático, pois, para ele, “todos os que dependem de qualquer decisão pertinente ao bem comum devem ter a oportunidade de participar do processo de elaboração” (p. 159). Ressalta-se aqui a idéia de que a participação está relacionada com o trabalho em comum, em que são trocadas opiniões, decididas e elaboradas as ações conjuntamente, aspectos fundamentais na perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Esta política prevê o rotineiro re-pensar do próprio serviço e dos processos de trabalho, o que inclui o fazer de todos os profissionais. Os limites da equipe não devem ser burocraticamente definidos, nem eternos, pois a eficácia e a capacidade de resolução da equipe aumenta com o vínculo da população adscrita, a experiência acumulada e a sinergia das outras atividades (BRASIL, 2006). É recomendável que haja um rodízio das atividades mais desgastantes e que se converse sobre os limites.

Quando há limites da capacidade de atenção da equipe, a negociação com os usuários deve envolver toda a equipe, sempre que necessário. É recomendável aproveitar outros encontros com usuários e representantes da comunidade para pactuar critérios de funcionamento.

Neste trabalho, vimos que outra categoria com alta frequência foi a falta de preparação técnica dos profissionais para o recebimento ao usuário (17,8%), o que coaduna com as respostas dadas ao item de preparação anterior à ocupação do cargo. Nesta categoria, 23,5% afirmaram não ter preparação; 23,5% disseram ter participado de Cursos sobre a Política de Humanização e sobre o Acolhimento já na atual gestão, após o início do

exercício de suas atividades; e 23,5% trouxeram informações sobre o aprendizado com a prática e com conversas na própria unidade de saúde.

Nas falas dos participantes, vemos estes aspectos retratados quando a trabalhadora 13 – T13 afirma *“Não tive preparação. Fui aprendendo com o tempo, com a paciência em ouvir cada pessoa que chegava para ser atendida. Hoje tenho a oportunidade de repassar meus conhecimentos pra quem chega”* e T17 diz: *“Não tive preparação antes. Só que agora participo de algumas reuniões, fiz o Curso de Acolhimento, tem informações nos cartazes. Agora é diferente.”*

Percebemos uma visível deficiência quanto à capacitação dos trabalhadores para ocupar o cargo. São pessoas que trabalham há muitos anos em unidades de saúde e que, somente na atual gestão, tiveram a oportunidade de ter uma primeira aproximação da saúde com a educação, através da Política de Educação Permanente implantada, como eixo estruturante.

A Educação Permanente em Saúde coloca em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, favorecendo o desenvolvimento individual e organizacional, os serviços e a gestão, a atenção e o controle social, na perspectiva de fortalecimento do SUS. Busca-se transformar a organização dos serviços a partir do desenvolvimento de uma cultura crítica diante dos processos de construção da saúde no próprio lócus de trabalho.

Com esta política, as capacitações têm grande relevância, mas a maior ênfase deve estar no aprendizado significativo em serviço, na reflexão sobre as próprias práticas, nas mudanças nas relações, nos processos, no atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2005). Por isso, quando T13 diz que foi aprendendo com a paciência de ouvir cada pessoa, isso precisa ser considerado de grande relevância, é o cotidiano ensinando o que, muitas vezes, não se consegue atingir, em profundidade, com o ensino formal.

Já T17 revela a oportunidade que teve de participar de cursos voltados para a Humanização, mostrando que agora é diferente, tem outras possibilidades de aprendizado. Destacamos a importância dos variados momentos de aprendizado, tanto em sala de aula, com metodologias problematizadoras, como no serviço. Conforme citações feitas pelos participantes da pesquisa, é importante que os trabalhadores conheçam as bases do Sistema Único de Saúde, seus princípios, as políticas que o constituem. Além disso, é preciso que se considere o saber elaborado nas práticas de saúde, dentro e fora das unidades, onde a vida

acontece e todos têm condições de ensinar e aprender elementos diversos, pois, de acordo com Freire (1979), “não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando”, é processo de vida.

Inseridos neste processo, alguns participantes apontaram a ausência de dificuldades (17,8%) na realização de seus trabalhos. A trabalhadora 11 – T11 comentou “*Não tenho dificuldade, gosto do que faço... os colegas ajudam, na minha unidade trabalhamos em equipe e tudo parece fácil*”. Ao dialogar com este trabalhador, percebemos que, na unidade em que atua, conversam sobre os modos de resolver as situações que aparecem como mais difíceis, decidem e criam alternativas conjuntamente. Eles têm momentos em que compartilham estas situações, dizem o que sentiram e como viveram os conflitos, podendo potencializar o trabalho. Estas são formas de encontros entre os trabalhadores, que segundo Benevides (2007), corroboram com a construção de espaços democráticos de compartilhamento de saber-poder, aumentando o grau de transversalidade nas redes de trocas afetivas-comunicacionais entre as pessoas e os grupos.

5.3. Dimensão das Competências e Formações necessárias aos trabalhadores

Nesta dimensão, temos os conhecimentos, habilidades, atitudes e capacitações sugeridas aos trabalhadores pelos gestores; a preparação sugerida aos trabalhadores pelos conselheiros e a necessidade de formação dos trabalhadores, dita por eles mesmos.

Os conhecimentos, as habilidades e as atitudes constituem a competência profissional que, segundo Zarifian (2001, p. 66), é

“Uma combinação de conhecimentos, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional a partir da qual é passível de validação.”

Tendo como referência este conceito, buscamos identificar que competências são necessárias aos trabalhadores para o desenvolvimento de ações acolhedoras, na visão dos gestores. Para eles, os conhecimentos que se destacam são: Informações sobre a unidade de saúde (28,8%); Conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (17,3%) e Noções sobre

Acolhimento com Classificação de Risco e Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade/seus protocolos (13,5%). Quanto às habilidades, foram enfatizadas, com alta frequência e porcentagem, as habilidades comunicativas (40%). As atitudes foram a empatia (37,5%) e a iniciativa e pró-atividade (28,1%).

Nas falas dos gestores, eles destacam a necessidade de que os trabalhadores tenham uma visão mais geral sobre a própria unidade, para que possam realizar o trabalho de forma a, verdadeiramente, colaborar com a melhoria do atendimento. A gestora 8 –G8 comentou: *“o trabalhador deve ter informação sobre o fluxo da unidade, controle e organização, saber fazer adequados encaminhamentos. Ter informação sobre atuação direta com o paciente, noções dos protocolos para ter condições de melhor classificar e encaminhar ao profissional para atendimento. Mas tudo isso, só funciona mesmo se ele também tiver noções psicológicas para abordagem com o paciente, souber escutar as necessidades.”*

A humanização da assistência, como vemos, perpassa pela tecnologia e dispositivos organizacionais, porém, na área da saúde, a eficácia do sistema é fortemente influenciada pelo ser humano e pelos elementos relacionais que são estabelecidos entre os profissionais e entre estes e os usuários. Pesquisas realizadas em todo o Brasil, com usuários do SUS, têm demonstrado que há uma deficiência no aspecto relacional entre os profissionais, sendo uma das questões mais críticas do sistema brasileiro. (BRASIL, 2000)

De acordo com Merhy (1997) e Mendes (1999), para humanizar não basta a preocupação com procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde; são necessárias mudanças nos relacionamentos dos trabalhadores de saúde com a vida e o sofrimento dos usuários. É necessário o despertar para a necessidade de uma relação terapêutica, que inclui procedimentos técnicos com adequada sistematização e, segundo Daniel (1983), outros elementos como comunicação e interação; afinidade; quanto ao atendimento das necessidades básicas; conhecimento e participação; compreensão, aceitação, interesse, confiança, aprendizagem e empatia.

A comunicação: habilidade em destaque

A comunicação foi o elemento mais citado pelos gestores como habilidade imprescindível no atendimento ao usuário. O Gestor 2 – G2 afirmou: “*A maior habilidade é tornar a comunicação possível, falar a mesma linguagem do usuário. O trabalhador ter postura colaborativa com a resolução do problema do usuário e se esforçar para obter a satisfação dele. Com a socialização entre os profissionais, eles até aprendem mais entre si*”. Além disso, G3 trouxe informações comentadas por outros gestores também, que diz respeito ao trato com pessoas, em situações mais estressantes: “*A habilidade é a comunicação (fala e escuta), jogo de cintura para lidar com situações estressantes, de grosseria dos usuários, saber dar um não; fazer bom uso das informações que possui, olhar atento para o que se passa na unidade, para melhor informar, lidar com as pessoas*”.

Percebemos que os participantes ressaltam aspectos da interação entre os trabalhadores e entre estes e os usuários, com a construção de um entendimento recíproco com bases de compromisso para a realização do acolhimento. Para Zarifian (2001), a comunicação consiste no entendimento dos problemas e das obrigações dos outros, da interdependência, complementariedade e solidariedade das ações. G2 está em consonância com este conceito quando aborda a necessidade de uma linguagem comum e da importância da socialização das informações entre os profissionais.

A habilidade comunicacional inclui o reconhecimento do direito de cada um ter acesso à informação, tanto profissionais como usuários. Mas, a comunicação é algo complexo e não se restringe à troca de mensagens ou informações. É a intercompreensão, o compartilhar de referenciais, motivos e objetivos parcialmente comuns.

Além disto, para a comunicação, é preciso o entendimento de si mesmo para conseguir avaliar os efeitos de sua própria ação sobre os outros, em função deste entendimento. Esta característica é importante para o desenvolvimento da empatia, atitude sugerida aos trabalhadores, com maior frequência (37,5%).

Empatia e iniciativa: necessárias no fazer da saúde

Os autores Yépez e Morais (2004) ressaltam que na humanização da relação entre profissional e usuário, é prioridade o desenvolvimento de uma relação empática e participativa. Nesta pesquisa, a Gestora 13 – G13 mostra como atitudes indispensáveis ao trabalhador: “*solidariedade, amor ao próximo, ética, empatia – ter sensibilidade e saber se colocar no lugar do outro*”.

A empatia, mostrada por Rogers (1973), é a capacidade de o profissional apreender o significado da experiência do usuário, com sensibilidade e compreensão. Consideramos que, para um trabalho humanizado, o desenvolvimento da capacidade de empatizar com a condição do outro assegura o respeito ao usuário, com sua individualidade, privacidade e autonomia.

Na perspectiva de respeito ao usuário, os gestores também trouxeram a iniciativa e a pró-atividade como atitudes destacáveis no atendimento acolhedor, com frequência de 28,1%. Comentaram sobre a necessidade de uma postura ativa dos trabalhadores, expressa na vontade de colaborar, na atenção aos erros, na construção dos arranjos necessários, no encaminhamento dos processos e conseqüente diminuição da angústia e da agonia.

Ainda de acordo com Zarifian (2001), a atitude da iniciativa tem um sentido profundo. Significa que o ser humano não é um robô aplicativo, que possui capacidades de imaginação e de invenção que lhe permitem abordar o singular e o imprevisto, que o dotam da liberdade de iniciar algo novo, mesmo que de forma simples e modesta. Algo do qual o próprio trabalhador seja o inventor e, logo, pode permitir que dê mais valor a seu próprio trabalho. Quanto mais a probabilidade de eventos aumenta, tanto mais esta capacidade de tomar iniciativa é requerida e importante. Sabendo da variação de situações que ocorrem numa unidade de saúde, a referida capacidade torna-se essencial neste ambiente, devendo ser incentivada e valorizada.

As formações sugeridas aos trabalhadores

Nesta dimensão, gestores, trabalhadores e conselheiros deram sugestões quanto a capacitações necessárias aos trabalhadores que estão na porta de entrada das unidades de saúde. Os gestores enfatizaram o Curso de Relações Humanas (28,6%) e Curso sobre o

Sistema Único de Saúde (21,4%); os conselheiros trouxeram o Curso de Relações Humanas como o principal destaque, com 66,7%; e os trabalhadores comentaram sobre suas necessidades de conhecimentos para aperfeiçoar seus desempenhos na função (43,5%), além de um Curso sobre Relações Humanas (39,1%).

È visível a expressão da necessidade do Curso sobre Relações Humanas, observadas nas falas dos três atores que compõem o Sistema Municipal de Saúde. O Conselheiro 1 – C1 nos trouxe: *“Curso de Relações Humanas, para melhorar a relação com os usuários. Se melhor preparados, teriam uma “paciência técnica” para não responder e revidar uma forma agressiva de falar do usuário, afinal de contas, são trabalhadores”* e o Conselheiro 6 comentou: *“Hoje atendem bem, mas deveriam atender melhor. Precisam fazer um Curso de Relações Humanas, saber conversar melhor, atender as pessoas. Além de negar, informar mais adequadamente. Não foi possível atender, saber o que precisa fazer. Educar melhor, mais mentalidade da necessidade de uma palavra amiga. Formação para a informação adequada, aula de esperança para o povo”*.

Os comentários nos remetem a pensar sobre a o convívio entre as pessoas. Eles dizem respeito a algo de uma dimensão maior, que não está limitada a uma unidade de saúde, mas está em toda uma sociedade. Nela, em muitas situações, as pessoas não valorizam o contato com o humano, de forma a ouvi-lo com paciência. Daí, surge a proposta de C1 sobre a paciência técnica, algo que deveria ser exercitado como forma de consideração do usuário, já que isto não ocorre dentro de um processo natural dentro das relações.

O Conselheiro 6 nos fala de uma aula de esperança para o povo, que necessita de uma palavra amiga, de atenção, de cuidado. A falta de cuidado também pode ser observada nas diversas esferas da sociedade contemporânea, seja na violência urbana, na degradação ambiental ou no trato entre as pessoas. Para Boff (2001), o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado, base possibilitadora da existência humana.

Numa unidade de saúde, uma das formas de o trabalhador cuidar do usuário que chega é está qualificado para isto, com conhecimento técnico e informativo, seja através de informações sobre o fluxo da unidade, sobre as ofertas de serviço ou sobre o próprio Sistema Único de Saúde. Isto é reconhecido pelos próprios trabalhadores, que afirmam necessitar de conhecimentos para aperfeiçoar seus desempenhos na função, como dito pela

trabalhadora 8 – T8: “*preciso de um Curso de Humanização para dar um atendimento adequado ao usuário. Queria ter condição de saber encaminhar toda vida pro usuário ter satisfação mesmo quando precisar ir para outro local*” .

A gestora 8 traz aspectos humanísticos, afirmando que “*primordial mesmo, que eu acho, é um Curso de Relações Humanas, para todos os profissionais. Saber lidar com as pessoas, ter tolerância, respeito. Saber falar, ouvir, superar as situações de confronto verbal direto com o usuário – profissional treinado para saber superar a situação e amenizar*”. Percebemos que gestores, trabalhadores e usuários salientam a importância de que o trabalhador assuma um papel de facilitador nas situações de conflito, para que, desta forma, possa amenizar sofrimentos físicos e psíquicos.

Não estamos delegando ao trabalhador toda a responsabilidade sobre os processos de saúde/doença dos usuários, mas enfatizando a importância da relação entre eles. É preciso também que o usuário assuma uma postura ativa nas situações que envolvem o trabalho em saúde e sua própria vida. Concordamos com Campos (2005, p. 390) quando afirma que

O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração. A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

Vemos que o trabalho humanizado em saúde constitui-se na combinação de vários elementos, que vão desde os processos de trabalho até os valores que permeiam cada indivíduo, com sua subjetividade. É preciso que eles se articulem para que a defesa da vida seja sempre a prioridade, o bem maior.

5.4. Dimensão da Percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento

Nesta dimensão, abordamos a percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento realizado pelos trabalhadores. Vimos que eles categorizam o acolhimento como ruim, regular, não muito bom e bom. Todos, porém, destacam que houve melhorias no atendimento.

O Conselheiro 1 – C1 disse que *“no geral, são bem atendidos. Mas, às vezes, falta delicadeza. Pra ficar melhor, o ‘Posso Ajudar’ teria que ficar sempre lá fora, na recepção. Às vezes, ele fica interno, na burocracia. Na maioria, ele fica lá fora, conversando com o usuário, vendo se ele já traz algum papel, encaminhando para o setor certo. Isso é muito bom. (...)Eu vejo que nessa gestão não foi feito viaduto. Mas, houve um cuidado com as pessoas, com a saúde e a educação. Tem dentista, tem cadeira nova...onde eu tô, as unidades foram ampliadas, quatro ou cinco. O Virgílio Távora foi ampliado, ficou totalmente novo. Todas as outras foram melhoradas”*.

O participante traz, em sua fala, vários elementos importantes para a Humanização, política que deve ser construída de forma transversal e não pode ser vista como um projeto de caráter transitório ou um programa de governo. Precisa atravessar todas as práticas das redes assistenciais do Sistema de Saúde. Ele enfatiza a necessidade de um profissional que tenha como função o recebimento dos usuários, garantindo uma atenção inicial e encaminhamentos adequados.

Além disto, ressalta a importância do cuidado com as pessoas, do concurso que foi realizado para profissionais da área médica, de enfermagem e odontologia, visando a valorização do trabalhador; assim como toca no dispositivo da ambiência, presentificado com a reforma e ampliação das unidades.

Sabemos que a Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) aponta entre os seus princípios norteadores a idéia de valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, objetivando fortalecer e reinventar cotidianamente a solidariedade e o compromisso com os direitos dos cidadãos.

O Conselheiro 7 – C7 diz que, para o acolhimento realizado atualmente, *“de 1 a 10, daria nota 8. Existem problemas, nada é perfeito. Mas, há um bom atendimento. A Roda fez com que o atendimento melhorasse muito. Eles fizeram o curso de acolhimento,*

ajudou muito. O usuário chega, tem a pessoa que recebe, conversa, vai pesar, leva para onde é de direito...melhorou muito em relação ao que era. Se você perguntasse a todos os usuários, acho que 60 a 70% diria o mesmo”.

No discurso do participante, ele também traz algumas ações desenvolvidas que, em sua opinião, fizeram melhorar o acolhimento. Foram Cursos oferecidos aos trabalhadores, na perspectiva da Humanização, utilizando metodologias participativas e problematizadoras. A partir deles, foram criadas as rodas de gestão, espaços coletivos valiosos de mobilização e atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde, num exercício de co-gestão.

Com as rodas, que acontecessem nas unidades das cinco redes assistenciais do Sistema Municipal de Saúde, o diálogo vem sendo incentivado. No entanto, de acordo com o Conselheiro 4 – C4, ainda não é o que sempre ocorre. Para ele, *“o atendimento é regular. Não há tanto diálogo, não é pessoal. Entrega identidade, diz o que precisa. Mede a criança, a pressão, pesa. O técnico tá sendo feito, mas ainda falta o pessoal. Já vi clima de desavença, trabalhador e usuário gritando, clima de estresse. Isso num pode acontecer”.*

O representante dos usuários nos apresenta uma questão chave no atendimento. O técnico está sendo realizado, mas falta uma abertura ao encontro com o outro, com o humano que há no próprio trabalhador e no usuário. Isto também é confirmado pelo Conselheiro 5 – C5 quando diz que o atendimento *“já melhorou muito, muito, muito. Mas, ainda falta atenção. Falta trabalhador e usuário se colocarem no lugar do outro, evitar os estouros. É preciso, além de curso e discurso, calma e prática do que aprendeu”.*

Podemos dizer que ainda falta dar centralidade ao cuidado, que não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Para Boff (2003, p.102), dar centralidade ao cuidado significa

(...) renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado.

O autor faz um convite a todos os cidadãos do mundo, para que retirem às barreiras que os distanciam uns dos outros. É importante deixar emergir os sentimentos,

capazes de promover a aproximação verdadeira, que permite vinculação e cuidado, sem perder de vista o trabalho e a necessária resolutividade. Aos trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde, fica também o convite.

5.5. Dimensão das propostas para melhoria do atendimento

Nesta dimensão, sobre propostas para melhoria do atendimento, os participantes ressaltam a necessidade de maior qualificação dos trabalhadores para ocupar suas funções na porta de entrada das unidades de saúde, ressaltando também aspectos importantes de suas condutas e ações. O Conselheiro 2 – C2 lembra também do comportamento dos usuários, mostrando que o atendimento em saúde se dá na inter-relação entre pessoas, que estão inseridas em contextos sociais.

O participante disse: *“O trabalhador tinha que mudar o comportamento, maneira de falar, de agir, saber conduzir os problemas dos outros. Acho que o usuário já fica satisfeito com um bom acolhimento. Já são encaminhados para a solução do seu problema, na hora que estão precisando, com mais rapidez. (...) Acho que devia ter uma propaganda: como o usuário deveria tratar o profissional de saúde. Tem que aprender a chegar junto do profissional de saúde. Incentivar também os usuários a participar dos Conselhos Locais. Não é só reclamar, naquela hora. É ser um elo de ligação usuário e unidade de saúde”*. Traz a possibilidade de o usuário se inserir no processo, ativamente, dando propostas, fazendo conexões.

O acolhimento implica em constante pactuação entre os usuários e a equipe, para responder de forma adequada às necessidades de saúde da população. De acordo com orientações da PNH, Brasil (2006), é necessário explicitar e discutir continuamente a proposta com a população, de forma a ampliar a escuta. Para isto, os profissionais devem promover, orientar e estimular a população a exercer o seu direito de participar na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor.

No entanto, é importante ressaltar que a participação popular não deve se restringir apenas aos conselhos e às conferências, podendo se dar de outras formas, como em reuniões das equipes de saúde com a comunidade e associação de moradores, caixas de

sugestões, ouvidoria, dentre outras. É fundamental que se crie um espaço de escuta para que se tenha conhecimento sobre as reais necessidades da população, para que se aprenda como melhorar o atendimento.

O Conselheiro 9 – T 9, afirmou “*Talvez a presença de identificação, um crachá para saber quem é, que trabalhador é esse, qual a sua função. A conversa é muito importante, uma conversação mais acentuada. Precisaria de mais tempo, isso faria até diminuir a dor, facilitaria botar um curativo. Um ‘bom dia’ já melhora. Explicar a pessoa por que ela vai para este ou aquele atendimento*”. O participante mostra a importância de uma identificação, de que o profissional se apresente, elemento básico e inicial em qualquer processo interativo e relacional.

Além disto, aponta para a criação de condições em que o usuário possa verbalizar os problemas, seus conflitos, dúvidas, dificuldades pessoais, familiares e sociais, as quais enfrentam para lidar com sua situação naquele momento. É um recurso que permite que os profissionais captem, no discurso dos usuários, aspectos relacionados às doenças e seus riscos, como também aspectos emocionais e sociais, relacionados aos direitos de cidadania, ampliando, assim, a possibilidade de resgate da condição de sujeito.

Em diretrizes da Política Nacional de Humanização (idem), vimos que a escuta deve propiciar a responsabilização e a busca de respostas pactuadas pela equipe e entre esta e o usuário, percorrendo todos os espaços do serviço, devendo ser respaldada por instrumentos técnicos. Desta forma, é possível colocar em prática a relação entre os elementos objetivos e subjetivos que compõem o atendimento em saúde.

5.6. Dimensão da significação de um bom acolhimento

Com a pergunta que deu origem a esta dimensão, tivemos a intenção de buscar elementos para compreender como é um bom acolhimento na visão dos conselheiros, representantes dos usuários. Para o Conselheiro 3 – C3, “*é o usuário chegar e sentir que aquele espaço é dele. Embora não tenha o serviço, ele tem que saber os motivos. Que ele saia com esperança que amanhã ele pode ir a procura de outro serviço, ele será atendido. Saber que o Sistema tem problemas, mas pode acolher, que é para todos*”.

O participante aborda elementos básicos de constituição do Sistema Único de Saúde, que são o acesso universal e a resolutividade. Diante disto, percebemos a importância da Política de Humanização como fortalecedora do Sistema, resgatando a importância do cumprimento de seus princípios e diretrizes em cada unidade de saúde, que constitui o todo.

O Conselheiro 8 – C8 também ressalta o acesso, como condição primeira, reafirmando que o Sistema de Saúde é para todos e que, com a participação e profissionalismo, pode ser de qualidade. Suas palavras para significar o bom acolhimento: *“é ser orientado quanto à hora do atendimento. Saber quem fará o atendimento e como. Receber uma explicação generosa, como vai acontecer, por que não aconteceu. Que seja uma informação unificada, que isso seja priorizado. Que o hospital não é um lugar estranho, pode ser bom, com bom atendimento. O Serviço pode ser de qualidade para todos”*.

Para o Conselheiro 10 – C10, ser bem acolhido é *“ser recebido com dignidade, com respeito. Tendo seus direitos respeitados por todas as pessoas que estão lá dentro, por todos os profissionais. Será uma utopia? As filas precisam acabar, filas de exames e de consultas especializadas. Isso deixa o usuário triste e abatido. Tem que mudar”*.

Dentro da perspectiva da humanização, o respeito à vida e à dignidade dos indivíduos constitui-se como um eixo central. Deve associar-se a um processo de educação permanente voltado para a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, para o fomento da autonomia, aumento do grau de co-responsabilidade e da formação de vínculos. Com estes últimos, deve-se buscar o fortalecimento das relações entre as pessoas, no desempenho de vários papéis constituintes de uma Identidade (CIAMPA, 1998) revelada no cotidiano, como os papéis de trabalhadores, usuários, educadores, mães e muitos outros.

A experiência do trabalho em saúde traz a concreta possibilidade de intensa convivência (*viver com*) com o outro e, portanto, de fortalecimento de vínculos. Para Inojosa (2005, p. 25), isto significa o

fortalecimento de laços entre o serviço público e a comunidade, através da participação ativa na “co-produção” da saúde, do incentivo às parcerias e ao trabalho voluntário organizado das equipes com a população adscrita, do

acompanhamento de pacientes por profissional da sua equipe quando em atendimento em outro serviço ou mesmo em outro município.

Estas práticas devem ser permeadas pela atitude de escuta do outro como princípio norteador de uma relação acolhedora e promotora de paz, e não de conflito. Entendemos que esta forma de produzir saúde passa pelas noções da ética e do cuidar, de forma ampla. Trazemos uma compreensão sobre a necessidade do cuidado, e também de responsabilização, dos indivíduos consigo mesmos, com o outro e com o Planeta, numa dimensão global.

E dentro de um Sistema Saúde, deve-se buscar produzir a saúde humanizada pautada nestes princípios, com destaque para o desenvolvimento de uma gestão em que se busca a participação de todos, com o fomento de práticas de educação permanente, de uma cultura de paz e não violência em que a solidariedade mostra-se como exercício contínuo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa, realizamos um estudo sobre a caracterização do Acolhimento, realizado pelos trabalhadores que atuam na porta de entrada das unidades, na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. A técnica utilizada para obtenção dos dados foi questionário, conforme mencionamos antes. A escolha foi aleatória e a entrega do questionário espontânea, tendo sido alto o percentual de questionários recebidos (91%). Optamos pela adoção de modelos quantitativo e qualitativo de análise. Consideramos que o emprego destas técnicas permitiu que fosse atendida a confiabilidade necessária, dado o rigor com o qual foram tratados os dados.

Com esse estudo, buscamos:

- Descrever as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e relacionadas ao Acolhimento;
- Verificar a percepção dos usuários quanto à realização do Acolhimento pelos trabalhadores;
- Identificar, na visão dos gestores, o perfil necessário ao trabalhador para o desenvolvimento de ações acolhedoras;
- Contribuir com as práticas de capacitação para os trabalhadores na perspectiva das Políticas de Humanização e da Educação Permanente.

Os resultados obtidos atenderam aos objetivos propostos. Podemos afirmar que foram encontradas as seguintes informações que caracterizam o Acolhimento:

- Os participantes da pesquisa, gestores, trabalhadores e conselheiros, descreveram as atividades realizadas pelos trabalhadores. Salientaram as atividades de informação aos usuários; de Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, com escuta qualificada. Em geral, apontaram para elementos de informação e orientação ao usuário, indicando que um acolhimento eficaz na porta de entrada das unidades exige dos profissionais suportes técnicos e subjetivos para informar, orientar e interagir com os usuários.

- Os conselheiros, representantes dos usuários, trouxeram o significado do bom acolhimento como um atendimento que consiste no recebimento, com orientação,

disponibilidade, diálogo, escuta qualificada, educação, gentileza, dignidade e respeito. Destacaram o acesso e a resolutividade como elementos fundamentais deste processo. Categorizaram o acolhimento, realizado atualmente nas unidades de saúde, como ruim, regular, não muito bom e bom. Todos, porém, destacam que houve melhorias no atendimento, seja através do cuidado com as pessoas, das rodas de gestão que promovem o diálogo ou no reconhecimento do usuário como cidadão.

- De acordo com os gestores, para que o trabalhador tenha condições de desenvolver ações acolhedoras, ele deve ter um conhecimento mais aprofundado sobre a própria saúde, com uma visão geral sobre o SUS, sobre o fluxo local e sobre a diretriz Acolhimento, com seus dispositivos. Deve apresentar habilidades de comunicação e de capacidade resolutiva, além de atitudes de empatia, iniciativa e pró-atividade.

- Com a realização do trabalho, percebemos que gestores, trabalhadores e usuários apontam para o mesmo caminho em relação à necessidade de capacitações. Há uma proposta de combinação de elementos técnicos, com outros humanísticos e relacionais. É sugerida uma maior compreensão do próprio Sistema Único de Saúde, da Humanização como política e também como uma visão mais abrangente e sistêmica do próprio ser humano. Associado a isto, está a idéia de valorização do humano, com seus limites e potencialidades pessoais e profissionais, o que deve ser tratado num Curso de Relações Humanas.

A presente pesquisa nos propiciou entrar em contato, de forma mais direta, com gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Municipal de Saúde e obter uma caracterização do acolhimento realizado por trabalhadores na porta de entrada das unidades de saúde. A pesquisa é sigilosa, mas conversar e olhar para cada uma destas pessoas, assim como ler, re-ler e analisar seus questionários permitiu-nos uma aproximação com elas e com as próprias práticas de saúde, com todos os atores que a constituem.

Foi possível observar que os trabalhadores, ao responderem os questionários, pararam para refletir sobre o que fazem, pensam e sentem em seus próprios ambientes de trabalho, com suas dificuldades e alcances, preparações ou falta delas.

Compreendemos que este trabalho oferece contribuições significativas para a humanização da saúde, ressaltando a importância de que o trabalhador apresente elementos

técnicos para o atendimento e que, também, coloque a dimensão subjetiva das relações como prioridade. Desta forma, é possível construir um sistema de saúde mais voltado para as necessidades de quem o procura.

Percebemos que ainda existem lacunas no Acolhimento, que devem ser supridas por meio de estratégias que fortaleçam o atendimento resolutivo e com qualidade. A capacitação dos profissionais, associada à compreensão da importância do humano e das relações estabelecidas entre eles, mostra-se como um caminho possível para esta construção.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, O.M. A.; BEZERRA, Roberto C.R.; BARRETO, Ivana C.H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, FGV, 32 (2): 327-49, Mar/Abr, 2005.

_____.; INOJOSA, Rose Marie. Saúde da Família, Violência e Cultura da Paz. In: **Revista Brasileira de Saúde da Família Brasília**. Ministério da Saúde, Ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

BARDIN, Laurence. **L'analyse de contenu**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Paris: Presses Universitaires de France. Lisboa: Edições 70, 1988.

BENEVIDES, R. Da Dor ao Prazer no Trabalho. In: **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde/ Org. Serafim Barbosa Santos-Filho, Maria Elizabeth Barros de Barros. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007 – 272p.

BRASIL. **Acolhimento**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Acolhimento na Atenção Básica** – Documento em elaboração. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – integradora./ Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. **Programa de Humanização da Assistência Hospitalar:** projeto piloto. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar - Ética do humano: compaixão pela Terra**. RJ: Editora Vozes, 2003.

BUSSAB, W. O. e MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. São Paulo: Editora Saraiva, 2003.

CIAMPA, Antônio da Costa. **A Estória do Severino e a Historiada Severina: um ensaio de Psicologia Social**. 6 ed. SP: Brasiliense, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n° 17, 389-406, mar/ago 2005.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

- DANIEL, L.F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- DELLI ZOTTI, G. Quale quantità e quanta qualità nella ricerca sociale: traintegrazione e convergenza. In: CIPOLLA, C; LILLO, A de (orgs). **Il Sociólogo e le Sirene: la Sfida dei Metodi Qualitativi**, Milão, p- 136-166, 1996.
- FREIRE, Paulo. **La Educación como práctica de la libertad**. México: siglo XXI Editores/ Tierra Nueva, 1969.
- _____. **Educação e Mudança**. RJ: Ed. Paz e Terra, 1979.
- FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 15(2): 345-353, Abr/Jun, 1999.
- FREITAS, H.; CUNHA Jr.; MOSCAROLA, J. **Pelo resgate de alguns princípios da análise de conteúdo: aplicação prática qualitativa em marketing**. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 20. Belo Horizonte, 23-25 de Setembro, 1996. p. 467-487.
- GOODE, William; HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional, 1973.
- INOJOSA, Rose et al. Acolhimento In: **Curso de Extensão Universitária: Fortaleza Humaniza SUS. Caderno de Textos 1**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005.
- LATORRE, Antonio; DEL RINCÓN, Delio; ARNAL, Justo. **Bases metodológicas de la investigación educativa**. Barcelona: Jordi Hurtado Mompeó-Editor, 1996.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997, p.117-160.
- _____. et al. Acolhimento: um relato de experiência de Belo Horizonte. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público** (CAMPO, C.R. et al). São Paulo: Xamã, p. 121-142, 1998.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. S.P.: HUCITEC, 1993a.
- _____.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993b.
- PASSOS, Eduardo. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2006.
- REIS, Elizabeth. **Estatística descritiva**. Lisboa: Silabo, 1998.

- RICHARDSON, Roberto J.; y cols. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- RIOS, José Arthur. **Educação dos grupos**. São Paulo: EPU, 1987.
- ROGERS, C. R. **A Pessoa como centro**. São Paulo: USP/EPU, 1977.
- _____. **Liberdade para aprender**. 2 ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1973.
- SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000.
- VYGOTSKY, L. S. **Pensamiento y palabra**. Madrid: Visor Distribuciones, 1992.
- VISAUTA, B. **Técnicas de Investigación Social**. Barcelona: PPU, 1989.
- YÉPEZ, M.T.; MORAIS, N. A. Reinventando a subjetividade dos usuários dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**. RJ, jan.fev., 2004.
- ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**./Philippe Zarifian; tradução Maria Helena C.V. Trylinski. – São Paulo: Atlas, 2001.

Anexo A**QUESTIONÁRIO PARA TRABALHADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE****Unidade de Saúde:** _____

1. Qual a sua escolaridade (até que ano você fez na escola)?

Ensino Fundamental (1º ao 9º Ano) ()

Ensino Médio (secundário) ()

Ensino Técnico ()

Ensino Superior ()

2. Idade: _____

3. Sexo: _____

4. Usando as categorias do IBGE, assinale sua cor ou raça:

() branca () preta () parda () amarela () indígena

5. Você é portador (a) de alguma limitação física ou necessidade especial que restrinja ou dificulte suas atividades?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, de que tipo?

6. Qual o cargo / função que ocupa na unidade de saúde?

7. Que atividades desenvolve no recebimento aos usuários na porta de entrada da unidade de saúde?

8. Que dificuldades encontra para desempenhar esta função?

9. Teve alguma preparação para ocupar esta função?

10. Sente necessidade de uma formação para desempenhar bem esta função?

() Sim () Não

11. Em caso afirmativo, o que você gostaria de aprender para desenvolver melhor seu trabalho?

Data da informação: ____/____/ 2008

4. Quais atividades desempenham?

5. Que conhecimentos, habilidades e atitudes você considera importante para esta função?

6. A partir da questão anterior, que capacitação seria necessária para melhorar o desempenho do(a)s trabalhadores(as) que ocupam este lugar?

Data da informação: ____/ ____/ 2008

Anexo C**QUESTIONÁRIO PARA CONSELHEIROS****Unidade de Saúde:** _____

1. Quem são os (as) trabalhadores(ras) que recebem os usuários na porta de entrada das unidades de saúde?

2. Como você é recebido pelos(as) trabalhadores(ras) na recepção das unidades de saúde?

3. O que eles(as) poderiam realizar para melhor atender as pessoas na porta de entrada das unidades de saúde?

4. Que tipo de preparação estes(as) trabalhadores(ras) deveriam ter para atender melhor as pessoas?

5. O que significa ser bem acolhido em uma unidade de saúde?

Data da informação: ____/____/ 2008

Anexo D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Gestores

Solicitamos por meio deste sua participação na pesquisa “Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”. Esta pesquisa tem por finalidade caracterizar o Acolhimento na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

A Pesquisa será realizada pela aluna Kelen Gomes Ribeiro, do curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM/FIOCRUZ. Pedimos a sua participação respondendo a um questionário e asseguramos que, neste estudo, a sua identidade será preservada.

Garantimos ainda o direito de participar ou não do estudo, dados os riscos inerentes a pesquisa, como a possibilidade de sentir-se constrangido. Diante disto, afirmamos que seu consentimento pode ser retirado em qualquer fase da pesquisa, sem ônus ou prejuízo para sua pessoa (resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 do Ministério da Saúde).

É importante informar que sua participação será de extrema importância para que haja uma reflexão sobre as atividades de humanização em saúde desenvolvidas no Sistema de Saúde.

Caso considere necessário obter mais informações ou esclarecimentos, os pesquisadores responsáveis estão disponíveis através dos contatos:

- Kelen Gomes Ribeiro (estudante): (85) 9634-7819, 3452-6999, e-mail: kelengomesr@yahoo.com.br

- Luiz Odorico Monteiro de Andrade (orientador): (85) 8814-0006, e-mail: odorico_andrade@hotmail.com

Eu, _____ certifico que tenho lido o documento acima exposto, assinado em duas vias e, suficiente esclarecido (a), concordo em participar da pesquisa. Permitirei que os dados obtidos sejam utilizados para fins de pesquisa e estou ciente de que os resultados serão publicados para difusão do conhecimento científico e que minha identidade será preservada.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008

_____ (assinatura / RG)

_____ (nome completo em letra de forma)

Anexo E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Trabalhadores

Solicitamos por meio deste sua participação na pesquisa “Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”. Esta pesquisa tem por finalidade caracterizar o Acolhimento na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

A Pesquisa será realizada pela aluna Kelen Gomes Ribeiro, do curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM/FIOCRUZ. Pedimos a sua participação respondendo a um questionário e asseguramos que, neste estudo, a sua identidade será preservada.

Garantimos ainda o direito de participar ou não do estudo, dados os riscos inerentes a pesquisa, como a possibilidade de sentir-se constrangido. Diante disto, afirmamos que seu consentimento pode ser retirado em qualquer fase da pesquisa, sem ônus ou prejuízo para sua pessoa (resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 do Ministério da Saúde).

É importante informar que sua participação será de extrema importância para que haja uma reflexão sobre as atividades de humanização em saúde desenvolvidas no Sistema de Saúde.

Caso considere necessário obter mais informações ou esclarecimentos, os pesquisadores responsáveis estão disponíveis através dos contatos:

- Kelen Gomes Ribeiro (estudante): (85) 9634-7819, 3452-6999, e-mail: kelengomesr@yahoo.com.br

- Luiz Odorico Monteiro de Andrade (orientador): (85) 8814-0006, e-mail: odorico_andrade@hotmail.com

Eu, _____ certifico que tenho lido o documento acima exposto, assinado em duas vias e, suficiente esclarecido (a), concordo em participar da pesquisa. Permitirei que os dados obtidos sejam utilizados para fins de pesquisa e estou ciente de que os resultados serão publicados para difusão do conhecimento científico e que minha identidade será preservada.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008

_____ (assinatura / RG)

_____ (nome completo em letra de forma)

Anexo F**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Usuários**

Solicitamos por meio deste sua participação na pesquisa “Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza”. Esta pesquisa tem por finalidade caracterizar o Acolhimento na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

A Pesquisa será realizada pela aluna Kelen Gomes Ribeiro, do curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM/FIOCRUZ. Pedimos a sua participação respondendo a um questionário e garantimos que, neste estudo, a sua identidade não será divulgada.

Garantimos ainda o direito de participar ou não do estudo, dados os riscos relacionados a pesquisa, como a possibilidade de sentir-se constrangido. Diante disto, afirmamos que seu consentimento pode ser retirado em qualquer fase da pesquisa, sem ônus ou prejuízo para sua pessoa (resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 do Ministério da Saúde).

É importante informar que sua participação será de extrema importância para que haja uma reflexão sobre as atividades de humanização em saúde desenvolvidas no Sistema de Saúde.

Caso sinta necessidade de mais informações ou esclarecimentos, os pesquisadores responsáveis poderão atendê-los através dos contatos:

- Kelen Gomes Ribeiro (estudante): (85) 9634-7819, 3452-6999, e-mail: kelengomesr@yahoo.com.br

- Luiz Odorico Monteiro de Andrade (orientador): (85) 8814-0006, e-mail: odorico_andrade@hotmail.com

Eu, _____ certifico que tenho lido o documento acima exposto, assinado em duas vias e, suficiente esclarecido (a), concordo em participar da pesquisa. Permitirei que os dados obtidos sejam utilizados para fins de pesquisa. Estou informado de que os resultados serão publicados para que um maior número de pessoas tenha acesso ao conhecimento científico e, também, que sua identidade não será divulgada.

Fortaleza, _____ de _____ de 2008

_____ (assinatura / RG)

_____ (nome completo em letra de forma)

