

## ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ NA PERSPECTIVA DA PNH

Antonia Jussara da Silva Lourenço<sup>1</sup>; Silvia Fernanda de Sousa Araújo<sup>1</sup>;  
Mariza Maria Barbosa Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Católica de Quixadá.  
E-mail: jussaras907@gmail.com; nandaguanabara@hotmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Católica de Quixadá.  
E-mail: mariza@unicatolicaquixada.edu.br

### RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), após a construção de sua infraestrutura, de definição de processos de financiamento, agrega uma dimensão qualitativa, de gestão e de cuidado, que se traduziu pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) que apareceu como proposta para legitimar o SUS como política pública, por meio de diretrizes, como o acolhimento. É por meio do acolhimento que acontecem reflexões sobre os processos de trabalho em saúde, ao estabelecer relações de confiança entre usuários, profissionais e equipe, além de permitir uma harmônica relação entre os serviços de saúde, com base nos princípios do SUS. O objetivo deste estudo é compreender o acolhimento na atenção básica no SUS – Quixadá- CE, na perspectiva da PNH. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo, desenvolvido nas Unidades básicas de saúde da sede de Quixadá-CE e os participantes foram 11 profissionais, 2 gestores e 36 usuários, definidos por saturação teórica-empírica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e a análise foi a de conteúdo do tipo categorial temática. Como resultante da análise dos dados, observou-se que há divergências com relação ao Acolhimento prestado nas Unidades de saúde ao que se preconiza a PNH, provocando disparidades nos critérios de atendimento, limitando a população seus direitos quanto a saúde que é ofertada.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Sistema Único de Saúde. Humanização.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se desenvolvendo em busca da consolidação de seus princípios e diretrizes para uma melhor atenção à saúde. Após suas fases iniciais de garantia de acesso, de construção de infraestrutura, de definição de processos de financiamento, introduziu-se, nesse sistema, uma dimensão qualitativa, de gestão e de cuidado, que se traduziu pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) que apareceu como proposta fundamental para legitimar o SUS como política pública, crítica, sensível, produtora de saúde, mas também de sujeitos e de cidadãos. (SAMPAIO, 2006).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, em que surgem muitas resistências, pois esse processo inclui mudanças de comportamento que despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Entretanto, os novos padrões não são generalizáveis, pois cada instituição, cada equipe, cada profissional, terá seu processo singular de humanização. A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, foi formulada para a efetivação dos princípios do SUS. Para isso, ela apresenta como princípios norteadores: a inseparabilidade entre gestão e atenção, pois, desse modo, incorporam-se, na integralidade, o cuidado e suas condições de realização entre processo técnico e a compreensão

do que sejam direitos, sujeitos, democracia, processo saúde/doença; a inseparabilidade entre clínica e política, transversalidade para abertura comunicacional e para ampliação da grupalidade, e autonomia e protagonismo dos sujeitos, de forma que, na ampliação e retroalimentação entre saberes, multipliquem-se as possibilidades de diálogo entre profissionais de saúde e usuários, e, também, o incremento de poderes de decisão, tudo isso em um espaço mais harmônico de cooperação (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, evidenciado com a criação de serviços muito bem equipados para intervenções em saúde e avanços científicos tanto em conhecimentos quanto em soluções para os problemas que afetam a saúde das pessoas, tem trazido benefícios. Porém, tal desenvolvimento parece não ter sido acompanhado por avanços correspondentes nas relações humanas entre profissionais e usuários; entre instituições e profissionais; entre instituições, profissionais e comunidade. A escassez de pesquisas acerca da prática em saúde sob uma perspectiva social denota, de uma forma geral, que entre os profissionais de saúde ainda reside um reflexo do olhar predominantemente tecnicista. Isso demonstra que ainda estamos praticando o modelo biomédico tradicional, centrado na síndrome, na doença e na dimensão exclusivamente biológica e que a assistência à saúde que tem sido proporcionada está muito mais delegada à operação de equipamentos e procedimentos do que à efetivação de um cuidado integral, centrado nas necessidades da pessoa. Até aqui é possível questionar: com relação a diretriz Acolhimento, a prática de saúde na atenção básica desenvolvida pela ESF é coerente com o que preconiza a PNH?

O objetivo deste estudo é compreender o Acolhimento na atenção básica no SUS – Quixadá- CE, na perspectiva da PNH.

Este estudo pretendeu contribuir para uma atenção à saúde em coerência com o conceito ampliado de saúde, definido pelo SUS, por meio de práticas humanizadas que pela PNH signifiquem melhoria na qualidade de vida das pessoas e dos serviços de saúde, comprometidos com a defesa da vida da população.

## **METODOLOGIA**

### **TRATAMENTO METODOLÓGICO**

#### **TIPO DE ESTUDO**

O estudo caracterizou-se por ser de natureza qualitativa, descritivo, com fins de compreender as práticas de saúde, no contexto específico da atenção básica no SUS, de um município de médio porte do sertão central cearense, Quixadá, por meio da análise normativa da prática do Acolhimento, na perspectiva da PNH.

Para Minayo (2007), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, dos produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos, e do modo como sentem e pensam. Esse método traz, como contribuição ao trabalho, uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de proporcionar melhor compreensão dos fenômenos, tendo como objetivo a consciência histórica dos processos.

#### **LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido nas UBS da sede do município de Quixadá-Ce. Atualmente, em Quixadá existem 21 Equipes de saúde da Família responsáveis pelo cuidado em saúde produzido na atenção básica. Em 2005, a gestão municipal propôs ao SUS local o envolvimento

estratégico nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e criou o projeto “Acolher Cidadão” (CEARÁ, 2006), com o objetivo de qualificar a atenção em saúde por meio da capacitação dos recursos humanos e das instituições de saúde, tornando-os, assim, capazes de solucionar conflitos de forma integrada a partir dos parâmetros da ética e do respeito à cidadania. Esse projeto permitiu aos trabalhadores refletirem sobre seu papel como agente de mudanças da práxis da democracia, da humanização e da própria política.

## PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo 11 profissionais, 2 gestores e 36 usuários da atenção básica sede em Quixadá-Ce. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórico-empírica.

## COLETA DE INFORMAÇÕES

Para a obtenção das informações dos sujeitos, foi utilizado uma entrevista semiestruturada, com questões fechadas e abertas. O roteiro das entrevistas possuiu uma parte comum, com perguntas fechadas, que consta de dados sobre formação e sobre regime de trabalho, e uma parte, aberta, diferenciada quanto ao público alvo: gestores, profissionais de saúde e usuários. As questões abertas, por sua vez, foram desdobradas das perguntas norteadoras e dos objetivos específicos que direcionaram essa pesquisa, além de serem, também, orientadas pelas diretrizes operacionais da PNH. As entrevistas não serão gravadas.

De acordo com Minayo (2007), os roteiros de entrevista semiestruturada têm o propósito de guiar o pesquisador no andamento da interlocução. Os tópicos selecionados devem contemplar a abrangência das informações esperadas, bem como permitir flexibilidade nas conversas para absorver novas questões trazidas pelos diferentes sujeitos. Por isso mesmo, foram elaboradas questões comuns e outras específicas para cada grupo de entrevistados, devido à natureza heterogênea dos informantes.

## ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

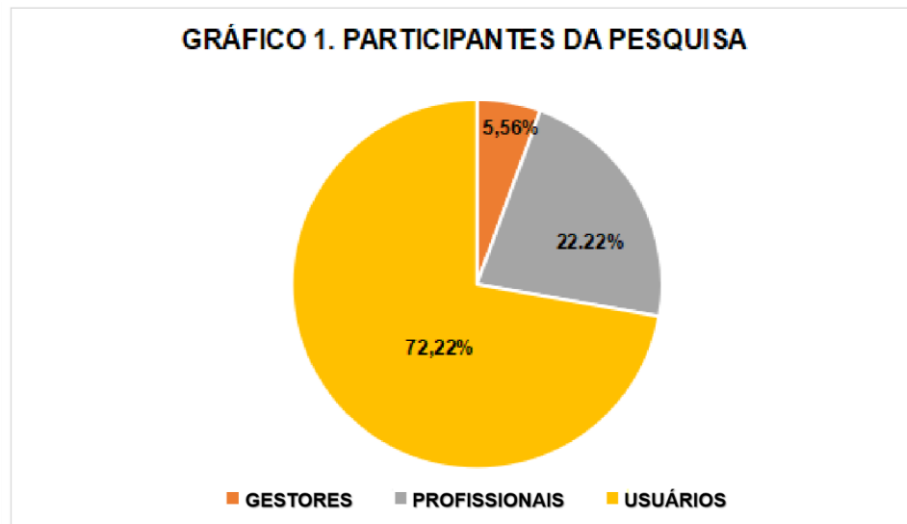
A análise das informações foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo com base em Lefèvre.

## ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como a não maleficência, justiça, equidade e beneficência. Em especial destaque o inciso III. 3, alínea g “contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou do seu representante legal”, alínea “prover procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização de informações em prejuízo das pessoas”; e alínea n “garantir o retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para os sujeitos” (BRASIL, 2012). Este trabalho tem por Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) o número 2.967.303.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 3 (5,56%) gestores, 12 (22,22%) profissionais e 39 (72,22%) usuários, as entrevistas foram codificadas de modo a permitir o sigilo das informações (Gráfico 1).



Fonte: Autores, 2019.

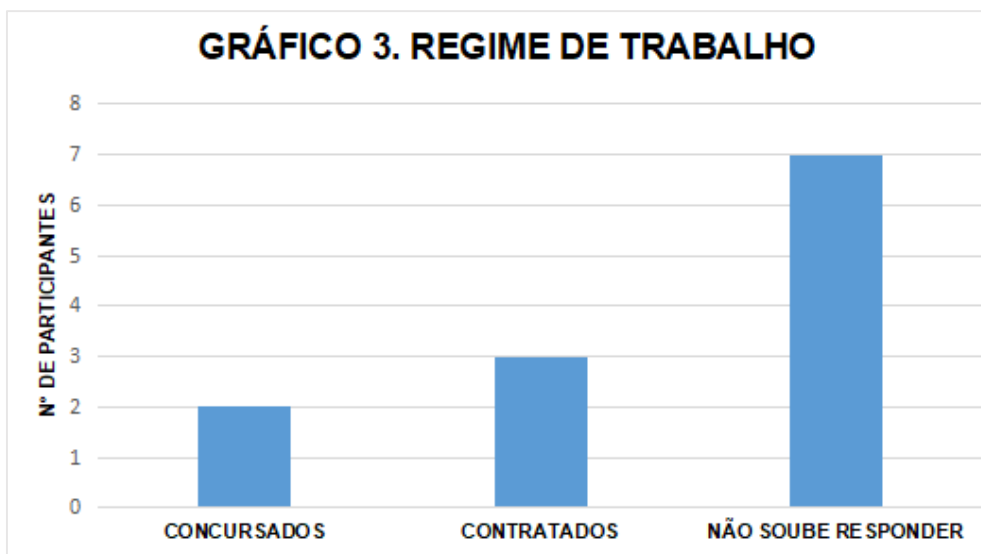
Todos os gestores entrevistados eram do gênero feminino, com idades entre 30 a 39 anos e com formação profissional de enfermeira (Gráfico 2). No que concerne o tempo de exercício profissional 66,67% (n=2) das entrevistadas trabalham a cerca de 9 anos e 33,33% (n=1) a pouco mais de 12. Quanto ao regime de trabalho 66,67% (n=2) são concursadas e 33,33% (n=1) é contratada temporariamente pelo município. Todas gestoras possuem carga horaria contratual de 40 horas, sendo distribuída em turnos semanais de 8 horas. Duas (66,67%) destas gestoras não apresentaram outros vínculos empregatícios, enquanto 33,33% (n=1) apresenta, sendo preceptora do Centro Universitário Unicatólica de Quixadá.



Fonte: Autores, 2019.

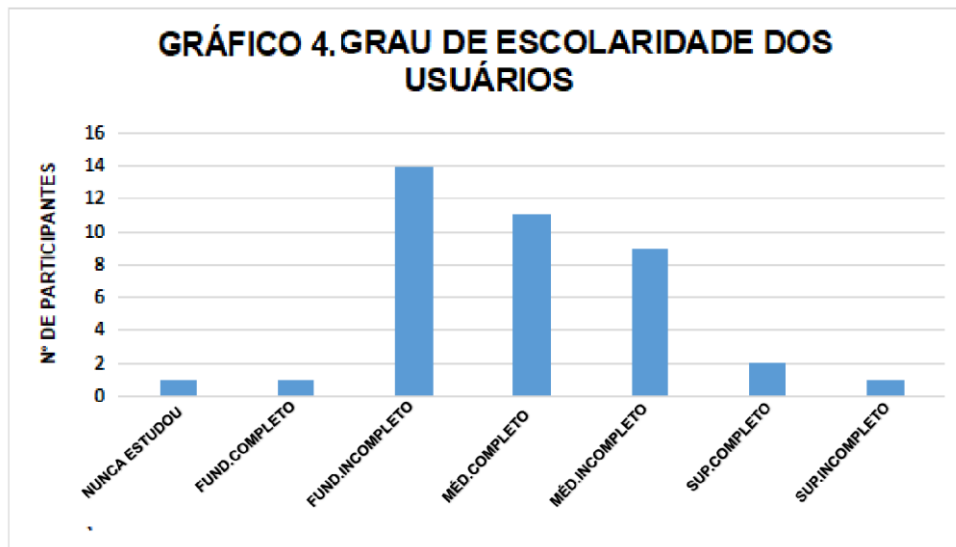
Dos profissionais, 91,67% (n=11) eram do gênero feminino e 33,33% (n=1) masculino, 50,00% (n=6) apresentaram idade de 20 a 35; 33,33% (n=4) de 36 a 51 anos e 16,67% (n=2) de 52 a 57 anos (Gráfico 2). Destes; 16,67% (n=2) se apresentaram como médicos, 16,67% (n=2) dentistas, 16,67% (n=2) enfermeiros; 25,00% (n=3) recepcionistas e 25,00% (n=3) técnicos de enfermagem (formação profissional).

Quanto ao tempo de exercício profissional, 58,33% (n=7) trabalhavam a pouco mais de 2 anos; 33,33% (n=4) de 8 a 13 anos e 8,33% (n=1) de 15 anos. No que se refere ao regime de contrato de trabalho 25,00% (n=3) dos entrevistados eram contratados temporário do município; 16,67% (n=2) concursados e 58,33% (n=7) não responderam; 83,33% (n=10) dos entrevistados apresentaram carga horária contratual de 40 horas e 16,67% (n=2) entre 30 a 32 horas, sendo distribuída em turnos semanais de 8 horas (Gráfico 3). Destes profissionais 33,33% (n=4) não apresentavam outros vínculos empregatícios, enquanto 66,67% (n=8) apresentaram, sendo 37,50% (n=3) em clínicas particulares, 50,00% (n=4) em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 12,50% (n=1) no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH).



Fonte: Autores, 2019.

Dos usuários entrevistados, 92,3% (n=36) eram do gênero feminino e 7,7% (n=3) do masculino, destes 10,26% (n=4) apresentaram idade de 18 a 25 anos; 25,64% (n=10) de 26 a 33; 12,82% (n=5) de 34 a 41; 17,95% (n=7) de 42 a 49; 17,95% (n=7) de 50 a 57; 7,69% (n=3) de 58 a 66 e 7,69% (n=3) de 67 a menos de 85 anos. Quanto ao grau de escolaridade 2,56% (n=1) dos entrevistados afirmou que nunca estudou; 2,56% (n=1) tem ensino fundamental completo; 35,90% (n=14) fundamental incompleto; 28,21% (n=11) ensino médio completo; 23,08% (n=9) médio incompleto; 5,13% (n=2) com ensino superior completo e 2,56% (n=1) superior incompleto (Gráfico 4).



Fonte: Autores, 2019.

A Política nacional de humanização (PNH) possui diretrizes como método de inclusão nos processos de saúde, que tem como intuito promover o maior conhecimento sobre a mesma. Dentre as diretrizes encontra-se: acolhimento, cogestão, ambiência, valorização do trabalhador, fomento às redes e coletivos, defesa dos direitos e deveres e clínica ampliada.

Acolher é sinônimo de humanizar o atendimento, vai além da recepção do usuário, consiste em toda a atenção direcionada ao indivíduo a partir de sua entrada no sistema. O acolhimento permite uma reflexão sobre os processos de trabalho em saúde, ao estabelecer relações de confiança entre usuários, profissionais e equipe, além de permitir uma harmônica relação entre os serviços de saúde, com base nos princípios de hierarquização e regionalização do SUS (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

No presente estudo, os atores dos diversos segmentos da atenção básica ao serem questionados sobre o acolhimento referiram que:

DSC: O atendimento médico é por agendamento para diabéticos e ordem de chegada, através de fichas, mas a ordem não é respeitada tem que chegar bem cedo para conseguir, sendo que ainda não é suficiente para atender todos que precisam. A quantidade de fichas não supre a necessidade da população, é insuficiente andando longe de atender a demanda, além de não ser distribuída todos os dias, sendo feita em apenas um período do dia, então os pacientes têm que chegar muitas vezes de madrugada, mas dá para atender o básico. Se a pessoa não conseguir o atendimento é preciso marcar para o outro dia.

DSC: Dependendo do dia, eu acolho os pacientes que foram agendados como por exemplo as gestantes, hipertenso e diabéticos ou recebo os usuários da demanda livre e as urgências que chegarem. O paciente é recebido pela técnica de enfermagem no qual realiza-se uma escuta qualificada e encaminha para enfermeiro ou medico, ou o mesmo é orientado a procurar a central de marcação do município quando necessita de um atendimento especializado.

DSC: O atendimento acontece de forma dinâmica em virtude dos programas, como puericultura, pré-natal, hipertensos, diabéticos, e as demandas livres. O atendimento é feito por ordem de chegada, ordem de prioridade e por agendamento para os usuários do programa de estratégia saúde da família, que é determinado pelo médico, o limite de vagas vai depender da quantidade de material disponível. E apesar de todos os atendimentos existe sempre um



espaço na agenda para o acolhimento da demanda imediata, não prejudicando o atendimento dos agendados dos programas, além das visitas domiciliares a qual dispõem de dias específicos para serem realizados.

Com base nos discursos acima é notório que não existe um entendimento comum sobre acolhimento entre gestores, profissionais e usuários. Enquanto o gestor relata que os usuários são encaminhados para uma escuta qualificada, como preconiza a PNH, os usuários não citam este tipo de acolhimento, apenas o atendimento por fichas ou agendamentos, que muitas vezes é insuficiente para a população que chega cedo e volta para casa sem ser atendido.

De acordo com Santos (2014), “o trabalho de escuta qualificada trata da relação entre pessoas, que se aprofunda na medida em que trata do interesse de um pelo outro, não é só ou ouvir, mas o escutar”.

Nesta direção o acolhimento permite relações e mudanças das práticas de saúde, que se concretizam por meio da escuta e da capacidade de articulação entre as demandas dos usuários e as responsabilidades de respostas do serviço (BARBOSA, 2009).

Conforme os discursos percebem-se que o acolhimento dos usuários ao utilizar os serviços é feito por ordem de chegada onde não se definem prioridades e critérios para o atendimento que tragam relação com o estado de doença dos usuários. Em seguida, pode-se evidenciar esta prática nos discursos referidos pelos trabalhadores, gestores e usuários sobre o acolhimento.

DSC: O atendimento acontece por ordem de chegada para cada especialidade, porém nem sempre a ordem é respeitada, fichas são disponibilizadas e, portanto, é necessário chegar cedo para conseguir a ficha.

DSC: As consultas são realizadas através de marcação e agendamento para ser atendido na semana seguinte, como é o caso de diabéticos, ou triagem, além disso tem dias de demanda livre sendo por ordem de chegada.

DSC: Eu acho o acolhimento inadequado, devido a demanda ser muito grande. A população tem medo de não conseguir vaga, muitos chegam na unidade as 3:00 horas da manhã. A área é enorme para apenas duas equipes, e algumas vezes só tem um profissional para atender.

Em conformidade com o que sugere a PNH a assistência ao atendimento deve ocorrer por uma avaliação de risco como forma de identificar a gravidade e a vulnerabilidade real de cada pessoa que busca o serviço de saúde (BARBOSA, 2009). O que diversamente acontece na realidade das Unidades de saúde, provocando uma desigualdade humana nos critérios de atendimento, não assegurando a população sobre o direito a saúde que lhe cabe, tornando-se uma disputa entre quem chegar primeiro terá direito a assistência.

Para a construção de humanização deve-se buscar o equilíbrio de poderes tanto da gestão quanto dos usuários, criando espaços de discussões entre todos os serviços, com maior democratização nos processos de decisão, possibilitando uma gestão compartilhada que objetiva articular um novo formato no atendimento à saúde, mais resolutivo e satisfatório (BARBOSA, 2009).

## CONCLUSÕES

Diante dos discursos torna-se perceptível o quão diferente é o entendimento entre os usuários, profissionais e gestores em relação ao significado e importância do acolhimento nos serviços de saúde, além de sua relevância para a concretização dos princípios do SUS.

Os atendimentos nos serviços de saúde não seguem uma avaliação de risco e gravidade como é o sugerido pela PNH, sendo os atendimentos realizados de acordo com a ordem de

chegada do paciente à UBS ou ainda por agendamentos, tornando esse sistema desfavorável para a real materialização do princípio da equidade do SUS.

Com base no estudo realizado, nas UBS de Quixadá-CE percebe-se um certo distanciamento das práticas humanizadas preconizadas pela PNH para a saúde, com ênfase no acolhimento.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C.; **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. S. ET AL. Tratado de saúde coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Textos Básicos de Saúde, série B, 44p., 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONNAS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Cartilha PNH Humaniza SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 15 de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_. **Pacto Pela Saúde: Possibilidade ou Realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2009.

\_\_\_\_\_. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.