

## A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE O ACOLHIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Jardênia Pinheiro da Silva Nobre  
João Paulo de Alencar Vieira  
Raimunda Rosilene M. Gadelha  
Mariza Maria Barbosa Carvalho

### RESUMO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que possibilita novas formas de fazer saúde. Apesar dos avanços alcançados no campo da humanização, ainda é possível encontrar limitações relativas à sua concretização, tornando-se um dos desafios na legitimação do Sistema Único de Saúde. O estudo objetivou conhecer a percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da Atenção Básica. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Quixadá-CE, com 24 participantes trabalhadores da referida UBS. Para coleta e análise das informações utilizou-se do Discurso do Sujeito Coletivo. A percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento foi vista enquanto postura, implicando em saber ouvir e/ou escutar atentamente o usuário; receber as pessoas de forma atenciosa; valorizar suas histórias de vida, seus problemas; atender o indivíduo sem restrições, com dignidade e solidariedade, respeitando suas diferenças, solucionando ou minimizando os seus problemas. A demanda de usuários por equipe, que se apresentou superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como a falta de ambiência e de recursos básicos para um adequado funcionamento da UBS revelaram-se como dificuldades relatadas pelos atores envolvidos no estudo. Há a necessidade de integração entre cuidado e gestão, uma vez que é princípio da PNH a inseparabilidade entre as esferas da produção do cuidado em saúde, de espaços para os trabalhadores se formarem e refletirem sobre sua prática, e de investimento na implantação da PNH nos serviços, sobretudo na Atenção Básica.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

### ABSTRACT

The host is a guideline of the National Humanization Policy (PNH) that enables new ways to health. Despite the advances made in the field of humanization, it is still possible to find limitations regarding its implementation, making it one of the challenges the legitimacy of the Unified Health System. The study examines perceptions of health workers on the host in the context of Attention Basic. This was a study of qualitative, descriptive, developed in a Basic Health Unit (BHU) in Quixadá-CE, with 24 participating employees said UBS. To collect and analyze the information we used the collective subject discourse. The perception of health professionals on the host was seen as posture, implying to listen and / or listen carefully to user; get people in a caring manner; value their life stories, their problems; meet the individual without restrictions, with dignity and solidarity, respecting their differences, resolving or minimizing their problems. The user demand for staff, who performed higher than recommended by the Ministry of Health, and the lack of ambience and basic resources for proper functioning UBS proved as difficulties reported by the actors involved in the study. There is the need

for integration between care and management, since it is the principle of PNH the inseparability between the spheres of production of health care, spaces for workers to form and reflect on their practice, and investment in the implementation of the HNP in services, especially in primary care.

Keywords: User Embracement. Primary Health Care. Public Health. Unified Health System.

## 1 INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) que possibilita novas formas de fazer saúde, e pode ser apreendido como ato ou efeito de acolher, como ato que expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, como um procedimento que anuncia uma atitude de inclusão. Por conta disso, configura-se como uma diretriz de maior relevância ética, estética implantada no ano de 2004 (BRASIL, 2004). Apesar dos avanços alcançados com essa política, ainda é possível encontrar algumas limitações relativas à sua concretização no cotidiano dos serviços, tornando-se um dos desafios à legitimação do SUS (BRASIL, 2012).

O conceito de acolhimento consiste em recepcionar o usuário, desde sua chegada; responsabilizar-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, preocupações, angústias e, por consequência, garantir uma atenção resolutiva e articulada a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (PASSOS, 2006). Entretanto, existe diversidade na maneira como o usuário é recebido e acolhido, mesmo em serviços em que o acolhimento está implantado (SCHLIMITH, 2012).

Para tornar trabalhadores aptos ao acolhimento da subjetividade, seria necessária a humanização do SUS, de forma a aperfeiçoá-lo a fim de alcançar a humanização das práticas de saúde nos diversos níveis de atenção e nos diversos serviços da rede SUS (SAMPAIO, 2005).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, considerando os seguintes princípios: garantia da acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e a qualificação da relação entre trabalhador e usuário, que deve estar baseada nos princípios humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Propõe-se com esse estudo discutir o acolhimento como diretriz operacional pautada nos princípios do SUS para garantir a universalidade do acesso, a reorganização do processo de trabalho e a interdisciplinaridade na atuação dos profissionais da

saúde, com vistas à superação do modelo biomédico, ainda tão presente no cotidiano do trabalho das equipes de saúde.

É possível perceber que a reorganização do processo de trabalho centrada no modelo médico-hegemônico e a falta de compreensão dos profissionais sobre o processo de acolhimento se tornam as principais dificuldades para implantação do acolhimento e humanização das práticas nas Unidades de Saúde, conforme preconiza a PNH.

No presente estudo, o conceito de acolhimento foi trabalhado enquanto postura acolhedora e resolutiva dos profissionais frente às necessidades de saúde dos usuários, a fim de realizar-se uma assistência integral e humanizada, considerando a autonomia e a co-responsabilização dos envolvidos no processo de cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, o estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores de saúde acerca do acolhimento na UBS do Combate/Carrascal no município de Quixadá-CE.

## 2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo, em que a matéria prima foram os depoimentos dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Combate em Quixadá-CE, tendo como finalidade a análise da percepção destes acerca do acolhimento. 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 (MINAYO, 2007).

O cenário do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde localizada no Município Quixadá, no estado do Ceará, que pertence à Mesorregião dos Sertões Cearenses, durante o mês de abril de 2015. A referida unidade atende a um território geográfico amplo permeado de divergências culturais, econômicas, geográficas, políticas e epidemiológicas. A UBS Combate contempla, em sua área de abrangência, uma população estimada de 3.500 famílias (CENES, 2015).

Atualmente, a UBS – Combate conta com uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) composta por: uma auxiliar de saúde bucal, um dentista, um médico, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem; e com uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formada pelas profissionais da Residência:

uma assistente social, uma cirurgiã-dentista, duas enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma nutricionista e uma psicóloga. Também fazem parte da unidade duas auxiliares de serviço gerais, duas recepcionistas, um porteiro, um vigilante noturno e 17 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os participantes do estudo foram 24 trabalhadores de saúde vinculados à UBS. Foram excluídos os trabalhadores que não atuam há mais de um ano na UBS, os que não compareceram no dia previamente agendado para coleta de informações da pesquisa e aqueles que se recusaram a fazer parte da pesquisa, deixando de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) em 01/04/2015, com número do parecer 1.013.850.

A coleta das informações ocorreu no mês de abril de 2015, por meio de um questionário semiestruturado que contemplou questões sobre o acolhimento no contexto da Atenção Básica, composto por duas partes: a primeira foi composta por perguntas de cunho sócio demográfico e a segunda parte, por questões abertas acerca da temática do acolhimento no cotidiano do processo de trabalho em saúde para a produção do cuidado.

Após aplicação dos questionários que, com respeito à privacidade, deu-se em uma sala reservada na UBS e de forma individual, os mesmos foram devolvidos à pesquisadora, que guardou e lacrou todos em um envelope. Isso impediu qualquer possibilidade de comunicação entre os participantes da pesquisa.

As informações foram analisadas utilizando-se da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é um discurso-síntese elaborado a partir de fragmentos de falas que possuem sentidos semelhantes entre si reunidos num só discurso (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2003). É uma técnica de organização de material resultante do trabalho de campo, geralmente de falas oriundas de entrevistas, questionários, *papers*, materiais gráficos etc (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

A técnica de análise do DSC consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, a partir dos seguintes procedimentos: seleção das expressões-chave (ECHs) de cada discurso particular; identificação da Ideia Central (IC) de cada uma dessas expressões-chave, que são a síntese do conteúdo dos discursos, considerando aquelas ideias centrais que demonstram ter semelhanças ou complementariedades; e, por último, realiza-se a reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares, organizando-as em um discurso-síntese denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DCS) (TEIXEIRA; LEFEVRE, 2008).

Na pesquisa, foram utilizadas três figuras metodológicas — expressões-chave (ECHs), ideias centrais

(ICs) e discurso do sujeito coletivo (DSC) —, pois estas proporcionam a reconstrução das representações existentes no campo pesquisado de maneira mais objetiva. A análise dos dados foi realizada conforme conceitos propostos por diversos autores (TEIXEIRA; LEFEVRE, 2008); entretanto, utilizaram-se os depoimentos escritos pelos próprios participantes.

Os procedimentos de construção do DSC foram realizados seguindo as seguintes etapas: primeiramente, foram transcritas as informações individuais relacionadas a cada pergunta/tema; na segunda etapa foi feita a extração das ECHs dos discursos individuais; por conseguinte, foram agrupadas as ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; em seguida, extraiu-se a IC de cada agrupamento de ECHs; e, ao final, construiu-se o DSC com as ECHs relacionadas a cada IC.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dentre os 24 trabalhadores do serviço de saúde que participaram do estudo, 14 eram agentes comunitários de saúde (ACS), 01 auxiliar de serviços gerais, 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 médico, 01 nutricionista, 01 psicóloga e 04 técnicas de enfermagem. Quanto ao gênero, 22 são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Suas idades variaram entre 20 a 30 anos para oito deles; de 31 a 40 anos em outros oito; e outro grupo de oito tinha idade maior ou igual a 41 anos.

Quanto ao tempo de profissão, 10 participantes têm de dois a cinco anos, 04 possuem de seis a dez anos e outros 10 têm a partir de 11 anos de trabalho. Do total, 10 trabalhadores atuam, aproximadamente, há dois anos na UBS Combate; quatro trabalhadores participantes têm entre cinco a nove anos de atuação; e outros 10 trabalhadores atuam há mais de 10 anos na unidade. Por isso, é possível afirmar que eles já possuem apropriação do vínculo com os usuários, como também de trabalho em equipe e, portanto, conhecem as experiências de saúde no território adscrito e no município.

#### 3.2 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: ALGO DESCONHECIDO

##### TEMA 01: O que é a Política Nacional de Humanização (PNH)?

##### IC A – Política pouco conhecida pelos trabalhadores de saúde

Na primeira ideia central, os trabalhadores referiram sentir dificuldades em falar sobre a PNH, por considerarem ter pouco conhecimento sobre a mesma, devido, principalmente, à falta de divulgação e de oportunidade de capacitação envolvendo a temática:

**É uma política que não conheço bem para falar. Infelizmente é pouco divulgada,** nem todos os profissionais são qualificados. Por isso, acho que essa política necessita de capacitação e aprimoramento para nós, trabalhadores na área de saúde. Eu tive pouca oportunidade de conhecer esse programa; apenas participei de uma palestra ministrada no posto de saúde. Há um tempo aí atrás, nesse município, aconteceu um curso de humanização para os profissionais, ensinando como eles deveriam atender os usuários, trabalhava o acolhimento. Era tão bom! Era para ser um trabalho contínuo (DSC A).

Os entrevistados consideraram necessário que haja capacitação e aprimoramento sobre a Política de Humanização na Saúde e relataram que existem poucas oportunidades para tal, constatando a insuficiência de ações que viabilizem a capacitação dos profissionais de saúde no que tange à educação permanente (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Embora a dificuldade de oferecer capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde seja uma realidade presente no contexto da ESF, não se configura com o que é proposto na Política Nacional de Atenção Básica, visto que a mesma preconiza, como um dos seus fundamentos dentro da Estratégia Saúde da Família, a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BRASIL, 2007).

A Política de Educação Permanente em Saúde defende que a PNH deve integrar os conteúdos e currículos dos cursos de graduação, pós-graduação e extensão na área da saúde, quando as instituições formadoras ressaltariam a necessidade dos profissionais se atualizarem e se capacitarem permanentemente a fim de desenvolverem ações que resultem em um atendimento satisfatório e acolhedor aos usuários dos serviços, como é preconizado no SUS constitucional.

### **ICB – Política que não é praticada na maioria das UBS**

O entendimento dos trabalhadores da UBS/Combate sobre a PNH consiste em uma política ainda pouco presente na realidade das práticas na Unidade Básica de Saúde, o que é demonstrado através das dificuldades de acesso aos serviços, na falta de atendimento humanizado aos usuários e na falta de recursos:

Acho que é uma política que, teoricamente, é tudo muito bonito, mas que sua implantação ainda não é uma realidade na maioria das Unidades Básicas de Saúde. Eu acho que esse programa que deveria ser implantado para todos os profissionais e procedimentos, na verdade nos setores públicos, pois os usuários que buscam esses serviços são indefesos, sem conhecimento, e na maioria das vezes as pessoas estão em busca de uma palavra, ou mesmo de um aconchego, de ajuda, mas não são acolhidas. Eu penso que, para ser efetivada, falta preparo e conscientização de alguns profissionais e esses necessitam dessa capacitação, desse aprofundamento, deste conhecimento, para que essa política funcione tão eficaz. Para nos ofertar e facilitar esses cursos falta também os recursos que são mínimos, são escassos, pouco significantes; falta pessoal, falta incentivo para um trabalho de melhor qualidade, mas isso depende muito da gestão (DSC B).

O atendimento humanizado deve ser um direito assegurado a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, devendo ser realizado por profissionais que estejam qualificados para isso (BRASIL, 2013). A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde preconiza que os municípios e o Distrito Federal, assim como os gestores dos sistemas locais de saúde, sejam responsáveis pelo cumprimento dos princípios que orientam a Atenção Básica. Dentre as suas competências, devem garantir a infraestrutura necessária ao andamento das Unidades Básicas de Saúde, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, bem como contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, ofertando-lhes capacitação e educação permanente, tudo isso em conformidade com a legislação vigente (BRASIL, 2007).

Um dos desafios de organizar adequadamente o acolhimento nas unidades de saúde é a agregação de novos sujeitos aptos a se envolverem com a gestão do cuidado (BRASIL, 2013). Nesse panorama, são aspectos indissociáveis a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, necessitando da integração de mais atores para além dos membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

A visão apresentada pelos participantes da pesquisa acerca da concretização da PNH envolve alguns argumentos que procuram explicar os motivos pelos quais isso não ocorre na UBS: a falha na dimensão da humanização do atendimento (acolhimento-postura) dos trabalhadores e profissionais; a falta de recursos para o adequado funcionamento da unidade de saúde; e a ausência de capacitação profissional devido a uma falta da gestão. Embora concordemos que esses fatores incidem diretamente na qualidade dos serviços prestados e, portanto, nos objetivos da PNH, essa visão ainda é

resultado de uma percepção restrita ou vaga a respeito dessa política que, na realidade, se constitui como algo que é transversal no SUS ao contemplar outros aspectos importantes, como ambiência, apoio matricial, clínica ampliada, valorização dos trabalhadores e defesa de direitos dos usuários do SUS. Em outras palavras, é uma compreensão da PNH que ultrapassa a noção de acolhimento como ato de receber atenciosa e prestativamente a população (PASSOS, 2006).

### **3.3 ACOLHIMENTOS COMO ATENDIMENTO DIGNO, RESPEITÁVEL E COM RESOLUTIVIDADE**

#### **IC A – É saber ouvir e escutar atentamente o paciente, identificando sua real necessidade.**

O acolhimento está relacionado ao ato de acolher e este implica, primeiramente, em saber ouvir e/ou escutar o usuário, como expresso no DSC a seguir. Porém, em diferentes momentos, foram acrescentadas aos discursos outras ideias sobre a questão, surgindo, assim, novos conceitos:

Pra mim é saber ouvir os pacientes ao chegar à unidade de saúde ou em qualquer outro lugar e se deixar afetar pelo o que o outro nos traz, pois o acolhimento é uma diretriz que não tem hora nem lugar para acontecer. Uma escuta de qualidade, com atenção e respeito, ouvir olho no olho e interagir com o outro de maneira acessível com as pessoas. Pois na escuta do usuário eu posso interagir e descobrir problemas, queixas e a real necessidade de saúde ou soluções diversas e, a partir desse momento, fazer os devidos encaminhamentos necessários. Um exemplo no posto de saúde é procurar escutar qual o motivo de estar no posto e se interessar pelo caso da pessoa que está transmitindo a mensagem. Acho isso fundamental, porque, se eu não sei ouvir, como vou saber o que o usuário está precisando? É igualmente na casa da gente; nós temos que saber atender as pessoas (DSC A).

Os sujeitos consideraram a escuta qualificada como importante para o acolhimento e, apesar de não existir na unidade um espaço para o sistema dessa escuta, entende-se que o acolhimento depende do “ouvir” e do “escutar” o usuário, de forma a garantir uma análise da demanda trazida por ele para que possíveis encaminhamentos sejam dados a partir dos problemas apresentados. Entretanto, há uma diferença significativa entre os verbos ouvir e escutar, agrupados nessas respostas, e que, por vezes, chega a passar despercebida na maioria dos casos: ouvir refere-se aos sentidos da audição, ao próprio ouvido, significando “entender, per-

ceber pelo sentido do ouvido”, embora também possua os significados de “(...) escutar o discurso, as razões, os conselhos. Já o termo escutar, significa colocar-se em atenção para perceber o que o outro fala (FERREIRA, 2000; WEISZFLOG, 2009).

Na percepção dos trabalhadores, o acolhimento foi contemplado no seu conceito integral, quando os mesmos percebem que o saber ouvir e o saber escutar ampliam a capacidade do entendimento sobre as necessidades dos usuários e potencializam as intervenções dirigidas aos problemas trazidos por ele, revelando-se como maior resolubilidade da assistência prestada. Porém De Carli (2014) afirma que mesmo exercendo a escuta ativa, essa definição por si só é fragmentada e Paidéia, (2002) defende que se este só ouvir atentamente algo ou alguém e não for para além, para a ação de estar com o outro, mediando a resolução do problema demandado, o acolhimento não se efetiva de forma integral, pois para tanto se faz necessário a resolatividade das reais necessidades dos usuários.

#### **IC B – É ato de receber bem as pessoas, de maneira atenciosa e simpática, transmitindo interesse pela história e pelo problema, valorizando o outro usuário.**

O acolhimento, nesse discurso, foi considerado como ato de receber bem as pessoas, de forma atenciosa, valorizando suas histórias de vida e seus problemas. Agindo desse modo, os usuários do serviço de saúde podem sentir-se valorizados pelos profissionais que prestam atendimento:

Pra mim o atendimento diferenciado, que faz a diferença para usuário desde a porta de entrada. Eu acho que é o ato de receber de maneira atenciosa, com um sorriso, com um olhar que você gostaria de ter do outro os usuários que chega até a mim seja na UBS ou em qualquer lugar, seja no mercantil, ou no banco, em uma loja. É aquele que passa para pessoa que você está interessada em sua história sempre valorizando o outro e mostrando que ele tem sim, a sua importância, perguntando qual o seu problema. É se conscientizar que aquele que vem até você, espera o mínimo de atenção. Para mim o acolhimento é isso é saber ouvir e saber receber as pessoas bem, dando o que ela busca naquele momento, quer seja uma palavra, a resolução de um problema, ou até mesmo um sorriso e um abraço. É mesma forma de como receber as pessoas do nosso convívio (DSC B).

As atitudes relatadas no DSC B se alinham ao desenho de um novo perfil de profissionais que se encontram mais sensíveis para perceber as reais necessidades da população, produzindo uma atenção capaz de

gerar satisfação social e excelência técnica, de forma resolutiva, para as pessoas e a sociedade. Para se acolher bem a população que busca ajuda nos serviços de saúde, é necessário desenvolver distintas maneiras de recebê-la, sem deixar, entretanto, de colocar os limites necessários (PAIDÉIA, 2002).

Em pesquisa realizada com o objetivo de conhecer o conceito de necessidades de saúde, segundo a percepção dos usuários de um determinado serviço de saúde no interior paulista, ficou evidente o valor que estes atribuem ao atendimento quando ele ocorre com a devida atenção profissional, desde a recepção até o momento da consulta, incluindo as demais instâncias em que se constitui o serviço (MOARES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Em outro estudo, os profissionais de saúde ressaltaram a valorização e o reconhecimento do seu trabalho através dos elogios que receberam dos usuários, atos que têm incentivado o bom trato e o bom relacionamento com os usuários, o que denota a importância do respeito mútuo apontado por esses profissionais sobre o “sentir-se acolhido para poder acolher” (GUERRERO et al., 2013).

Percebe-se, com isso, que à medida que o profissional mantém uma postura acolhedora e empática ao atender as demandas do usuário, este tende a se sentir compreendido em suas necessidades, retribuindo com seu respeito e atenção a esse profissional que o atendeu de forma satisfatória. Isso proporciona o verdadeiro sentido do bom encontro, da troca e do diálogo, que contribuem para fortalecer o vínculo e a confiança nos serviços prestados.

No entanto, é preciso não restringir o conceito de acolhimento à forma de receber o usuário de forma simpática, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade, como algo que qualifique a relação do vínculo e o processo do cuidado. O acolhimento enquanto postura ética pressupõe também se responsabilizar e buscar a resolubilidade das questões sinalizadas pelo caso em questão (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, podemos considerar o acolhimento como um processo mútuo entre profissionais e usuários, em que cada um deve respeitar o outro em suas diferenças e considerar suas peculiaridades. Essa questão surge na IC – C, na qual os profissionais de saúde abordam, em seu discurso, que o indivíduo deve ser compreendido sem restrições e deve ser acolhido na sua necessidade de saúde.

**IC C – Atender o indivíduo usuário sem restrições, com dignidade e solidariedade, respeitando suas diferenças, sem menosprezar as pessoas e a sua situação ou queixa.**

Nesse momento, percebemos do DSC que o usuário solicita dos trabalhadores um atendimento respeitoso sem discriminação de qualquer ordem, e isso pode ser efetivado quando o profissional demonstra real interesse pela necessidade de saúde, ao decidir importar-se com o seu sofrimento, procurando aliviá-lo, lançando mão dos recursos disponíveis na instituição ou tornando-os viáveis de algum modo:

Eu acho que é atender sem restrições o indivíduo que comparece à unidade de saúde ou em um determinado local, respeitando suas diferenças, sem menosprezar a pessoa ou a situação pela qual ela está passando, escutando sua real necessidade de saúde e, a partir desse momento, fazer os devidos encaminhamentos necessários. Eu acredito que o acolhimento consiste em uma prática nos serviços de saúde para atender os usuários com dignidade e respeito, seguido de atenção e solidariedade ao próximo e interagir de maneira acessível com as pessoas... é um bom atendimento! Eu acho que, quando somos bem recebidos, escutados e respeitados, se estabelece um vínculo entre ambas as partes: profissionais de saúde e a comunidade (DSC C).

Observa-se que os trabalhadores percebem o acolhimento a partir de valores humanitários de solidariedade e de cidadania que se afirmam como um modo de atendimento respeitoso, promotor das inter-relações pessoais entre trabalhador de saúde e usuário por meio da solidariedade e da acessibilidade que convergem a um bom atendimento.

Essas questões colocadas pelos trabalhadores são condizentes com os princípios da PNH, de valorização da dimensão subjetiva e social, norteadoras de todas as práticas de atenção e gestão no SUS, e tem como objetivo fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, respeitando as questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e as populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.) (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O acolhimento como *boa prática* de saúde, desenvolvida na Atenção Básica a partir da percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários, aponta o respeito e a dignidade como ferramenta em potencial para se promover mudanças no comportamento dos sujeitos envolvidos como produção de saúde e propicia o estabelecimento de uma relação recíproca de afeto entre estes, no interior dos serviços (GUERRERO et al, 2013), o que incidiu diretamente no modo como os usuários tratavam os profissionais de saúde.

Diante de muitos problemas de saúde trazidos pelos usuários, ao fazer uma análise para a compreensão do contexto de vida destes, percebeu-se que existe uma importante demanda por alteridade pelos profissionais

de saúde na produção do cuidado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Essa necessidade identificada requer o conhecimento de humanidade plural, que, ao recusar a existência de um centro do saber, aceita a diversidade de culturas e se permite apreender outros costumes a partir da diferença (MARQUES; SIQUEIRA-BATISTA, 2007).

#### **IC D – Ajudar as pessoas da alguma forma possível, ajudando-as a minimizar ou solucionar o problema.**

Segundo os participantes, o acolhimento se apresenta como modo de ajuda aos usuários, solucionando ou minimizando seus problemas. Desta forma, o complexo encontro entre usuários e trabalhadores de saúde permite que o acolhimento deixe de ser uma simples ação precisa e isolada durante os processos de produção de saúde e passe a transcorrer em várias outras ações.

Acolhimento para mim é procurar ajudar as pessoas sempre que solicitadas de alguma forma possível, para que essa pessoa se sinta realmente acolhida... é realmente procurar ajudar a minimizar o problema daquelas pessoas. Um exemplo, na unidade de saúde, é procurar escutar qual o motivo de estar no posto, procurar ajudar dando uma solução àquela pessoa (DSC D).

O acolhimento nas práticas de produção de saúde apresenta-se como tendo a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde, pressupondo que todas as pessoas, mesmo por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por um profissional, e este deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e as vulnerabilidades, acolhendo, nesse processo, a avaliação que o próprio usuário faz sobre a situação (BRASIL, 2010). Ao profissional cabe responsabilizar-se para dar uma resposta à problemática insurgida.

Essa percepção corrobora com outro estudo realizado (NEVES; PRETTO; ELY, 2013), no qual a palavra *ajuda* em diferentes momentos surgiu relacionada ao sentido de acolher. No entanto (RAMOS; LIMA, 2003), é necessário explicar a diferença entre receber os usuários de forma humanizada (GOMES; PINHEIRO, 2005), resolutiva e com criação de vínculo, da noção de ajudá-los, em que adquire simplesmente o sentido de caridade ou solidariedade (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

O acolhimento compreendido como ato ou efeito de acolher expressa, em suas variadas definições, uma ação de aproximação, um *estar com* e um *estar perto de*, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2004). Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação

de *estar com* ou *estar perto de*, que o acolhimento se afirma como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS.

#### **3.4 DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARA DESENVOLVER O ACOLHIMENTO**

##### **IC A – Demanda superior à preconizada pelo Ministério da Saúde.**

Os sujeitos consideram, como um dos desafios para o acolhimento, a demanda que se apresenta superior ao que é preconizado por equipe. Ao analisar o DSC, nota-se que os trabalhadores avaliam que essa questão dificulta a realização dos encaminhamentos necessários e declaram que somente os casos graves são priorizados, fragilizando o processo de acolhimento e integralidade do cuidado.

Eu vejo, como uma das dificuldades, a demanda superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde: quantidade de famílias que a cada dia cresce na área e, muitas vezes, é absorvido pelo serviço, deixando casos mais simples sem um encaminhamento por priorizar os casos mais graves. E muitas vezes passa pelo sentido de fazer o acolhimento. Em face dessa grande demanda, tenho dificuldades quanto a realizar a gestão do processo de trabalho, e acaba prejudicando o processo. Então, pelo pouco tempo disponível, às vezes não é possível dar aquela atenção necessária, pois prefiro agradar a todos. E além da demanda da área que é grande e a gente tem que atender, ainda vem de outras áreas. Eu vejo assim: é muitos pacientes para só um médico atender. Então eu tenho um cuidado de enviar um bilhete para a unidade quando vejo um caso de urgência.

A ampliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) contribuiu para melhor acessibilidade geográfica, contudo, evidenciou que a oferta é desproporcional à capacidade de atendimento e demanda, gerando descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos (SOUZA et al., 2008).

Os modelos de atenção são responsáveis pela organização dos serviços do SUS, devendo ser objeto de atenção particular, pois influenciam o modo como os usuários e a população como um todo são cuidados pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2011). Assim, além de ser necessário que existam os serviços de saúde em quantidade adequada para atender a todos garantindo a universalidade da saúde, é preciso que os diferentes níveis de atenção dialoguem entre si a fim de

complementarem-se mutuamente, trabalhando na perspectiva de rede de atenção que engloba os interesses de saúde de todos os cidadãos de forma singular, integral, equânime e compartilhada.

É sabido que “a Atenção Básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede” (BRASIL, 2011). Assim, é seu papel acolher a demanda espontânea, os usuários com doenças crônicas, casos de emergência, mas, principalmente, realizar a longitudinalidade do cuidado em saúde da população através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo uma gama de ações e profissionais variados. No entanto, ainda se observa a manutenção do modelo assistencial centrado no modelo clínico e na organização do processo de trabalho a partir da consulta médica.

Através do discurso, é possível perceber que a UBS do presente estudo apresenta-se como um serviço ágil e acolhedor, e isso favorece para agravar a demanda, uma vez que a demanda reprimida de outras localidades veem, no serviço dessa unidade, o caminho para atendimento. Isso prejudica não somente o acolhimento, mas todo o processo de trabalho. O DSC ainda nos mostra que, como consequências negativas dessa demanda exaustiva, os trabalhadores sem tem-se sugados e sobrecarregados pelos processos de trabalho dos serviços. Os profissionais de saúde, em decorrência de tantas atividades, encontram-se muito atarefados, até mesmo esgotados, e não conseguem analisar a fundo a natureza das demandas que chegam, a fim de melhor qualificá-las (BRASIL, 2010).

### **IC B – Falta um ambiente para se fazer uma escuta qualificada e de recursos básicos.**

Numa situação de acolhimento é necessário a escuta, o olhar, o ambiente onde é feito esse acolhimento, se fazer uma escuta de qualidade para se fazer a triagem, porque não será todo assunto que pessoa vai sentir à vontade para falar em meio público. E, na minha unidade de saúde, onde estou inserida, não existe, não tem um espaço para gente ouvir o paciente e sua queixa. Em minha opinião, um desafio é quando não há condições de responder às necessidades do usuário, mesmo havendo boas intenções. Pois falta o básico para a gente trabalhar como, por exemplo, falta ficha de atendimento, faltam panfletos, até o fardamento falta. Nem sempre eles [usuários] estão dispostos a aceitar a realidade e acham que a culpa é dos profissionais, que não têm vontade de trabalhar.

Nesse discurso fica evidente a percepção dos trabalhadores com relação aos desafios para o acolhimen-

to, sobressaindo a questão da ambiência na Unidade de Saúde. Em seu interior, verifica-se a falta de um espaço acolhedor e confortável, que respeite a privacidade dos usuários e que propicie as condições para ouvir suas queixas e fazer uma escuta qualificada.

Nota-se, ainda, a falta de materiais constituindo-se como obstáculo ao acolhimento, uma vez que a falta destes impossibilita que certas necessidades de saúde sejam atendidas, fragilizando a relação entre profissional e usuário. Com esse discurso, observa-se que os trabalhadores reconhecem que o acolhimento vai para além do receber bem, do encontro profissional-usuário.

Alguns desafios compreendidos por esses trabalhadores são citados na Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2013).

Entretanto, o trabalho em saúde não deve ser resultado apenas do trabalho morto, propagado através de equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados: para produzir saúde, é necessário utilizar as tecnologias das relações, dos encontros, das subjetividades, permitindo um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2007).

### **IC C – Falta humanização com os usuários por parte de alguns profissionais que trabalham na recepção.**

A falta de humanização do acolhimento enquanto postura é registrada como um dos desafios por parte de alguns profissionais, destacando os que atuam na linha de frente, isto é, os recepcionistas, que geralmente são trabalhadores de saúde que ficam responsáveis pelas agendas dos profissionais e que prestam o primeiro atendimento direto aos usuários, além de regular o fluxo desse atendimento. Assim, diante das precariedades presentes no sistema, precisam desenvolver a habilidade de contornar situações inesperadas, e deixam de atender às expectativas de quem procura os serviços. Para esses trabalhadores, o acolhimento se mostra como um desafio ainda maior.

Eu, muitas vezes, me deparo com certas dificuldades. Um exemplo é a falta de humanização e compreensão, maturidade, amor ao próximo dos profissionais que trabalham nas recepções de repartições públicas para com os usuários. Não proporcionam um bom acolhimento como eles [usuários] merecem. Eu vejo o desrespeito com os idosos. Porque quando elas vêm no posto, já está precisando de um sorriso e um bom dia. Às vezes é melhor um não bem dado, do que um sim mal dado, e a falta de humanização dificulta eu encaminhar as pessoas que não são bem acolhidas na UBS para retornarem quando necessário (DSC C).

Em outro estudo, o setor da recepção aparece como o mais cobrado quanto à necessidade de capa-

citação e treinamento para a prática do acolhimento. A recepção é, na maior parte das vezes, o momento do primeiro relacionamento do usuário com o serviço de saúde; no entanto, muitos funcionários são considerados, pelos usuários, como mal preparados para realizar esse primeiro contato. É necessária uma reflexão sobre esse assunto, deduzindo que os conflitos no setor recepção podem ser maiores, em função das expectativas da população quanto à demanda de saúde, em razão de ser o primeiro contato será, por conseguinte também o primeiro impacto relacional negativo e podendo comprometer o desenvolvimento do trabalho dos demais profissionais capacitados (GUERRERO et al, 2013).

Nos serviços de saúde, uma das facetas que mais chama a atenção é o despreparo dos profissionais e dos demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. O acolhimento é um dos caminhos mais importantes para a humanização dos serviços de saúde, mas sua proposta deve ser articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão. Não se deve reduzir o conceito de acolhimento apenas ao encontro entre usuário e recepção de forma pontual a fim de resolver uma dada problemática, pois o mesmo deve ser trabalhado em todo e qualquer encontro, e não apenas uma condição particular daquele que ocorre na recepção (BRASIL, 2010).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou-se que existem aproximações e distanciamentos do acolhimento preconizado pela PNH no modo de fazer saúde na situação em estudo.

A concepção do acolhimento se vincula a alguns dos seus elementos constitutivos, o de recepção digna, respeitável e que pretende ser resolutiva, o que já representa para a prática de saúde atitudes de compromisso e solidariedade com a população usuária do serviço, que busca ser atendida em suas necessidades.

Há a necessidade de alguns elementos importantes, como: integração entre cuidado e gestão, uma vez que é princípio da PNH a inseparabilidade entre essas esferas da produção do cuidado em saúde; espaços para os trabalhadores se formarem e refletirem sobre sua prática; e investimento na implantação da PNH nos serviços, sobretudo na AB, seja de modo a dar continuidade às outras tentativas de multiplicação dos GTH, seja de um recomeço que se apoie no desejo de qualificar o cuidado, de valorizar as pessoas e de lutar pelo bem comum.

Espera-se, com a confiança de estar diante de um horizonte não muito distante, que as informações produzidas por este estudo possam fazer chegar aos trabalhadores, gestores e usuários do SUS os princípios e diretrizes da humanização, para ampliar a forma de aco-

lher, fortalecendo iniciativas de humanização existentes nas práticas do acolhimento para gestão e de atenção. Espera-se também que este estudo se configure como mais um passo para o atendimento acolhedor e resolutivo, acreditando que irá favorecer o acolhimento prestado aos usuários. Espera-se que os desafios apontados contribuam de alguma forma, com a valorização do trabalho na saúde, convocando uma gestão mais participativa nos serviços.

#### REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói RJ, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 6. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**, 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde. Conselho Nacional de Saúde**, 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília; 2004.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. [homepage na internet]. **Sistema e Informação da Atenção Básica**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 27 abr. 2015

DE CARLI, R. et.al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis: v. 23,n. 3, p. 626-32, jul./set. 2014..

DUARTE, S.J.H; MAMEDE, M.V; ANDRADE, S.M.O. **Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo.** Saúde Soc., 18(4), 620-626; 2009.

FERREIRA, A.B.H. et. al. **Novo Aurélio Século XXI.** Nova Fronteira; 2000.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Cad Saúde Pública**, Betim-Minas Gerais, 2(15), 345-53; 1999.

GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface – Comunic Saúde Educ., v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GUERRERO, P.M; FERREIRA, A.L.S; ANDRADE, S.R; ERDMANN, A.L.O acolhimento como boa prática na atenção básica à Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-40, jan./mar. 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos.** Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

MARQUES, E.S; SIQUEIRA-BATISTA, R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 31,n. 2, p. 278-286, 2007.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec; 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio da pesquisa social.** Pesquisa social: teoria, método e criatividade (28); 2007.

MITRE, S.M; ANDRADE, E.I.G; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc.&Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MORAES, P.A; BERTOLOZZI, M.R; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 45,n. 1, p. 19-25, 2011

NEVES, M; PRETTO, S.M; ELY, H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS. **Brasil Rev Odontol UNESP**, v. 42, n. 5, p. 364-371, 2013.

PASSOS, E (coord.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

RAIMUNDO, J.S; CADETE, M.M.M. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde.**

**Acta Paul Enferm.**, v. 25, número especial 2, p. 61-7, 2012.

RAMOS, D.D; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, 2003; v. 19,n. 1, p. 27-34, 2003.

SAMPAIO, J.J.C. Humanização em Saúde: um problema prático, uma utopia necessária. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, Curso de extensão universitária Fortaleza Humaniza SUS, **Caderno de Textos**, n. 1, p. 07-18, 2005.

SCHIMITH, M.D. et. al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011 nov. 2011/fev. 2012.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

TEIXEIRA, J.J.V; LEFEVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, ago. 2008.

WEISZFLOG, W. **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.** 1. ed. Melhoramentos; 2004.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Jardênia Pinheiro da Silva Nobre**

Discente do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA).

E-mail: jardeniapinheirofisio@hotmail.com

### **João Paulo de Alencar Vieira**

Discente do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA).

### **Raimunda Rosilene Magalhaes Gadelha**

Graduada Bacharel em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Faculdade Integrada do Ceará (FIC), Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS (Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa / Ministério da Saúde), Especialista em Docência na Saúde (Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Ministério da Saúde) e Mestre em Saúde Pública pela

Universidade Federal do Ceará (UFC). Tem ampla experiência em Fisioterapia Hospitalar (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Adulto). É membro do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Colaboradora do Projeto de Pesquisa Convênio FINEP/IEPRO/HGF 0110045800: Eficácia do CPAP no controle da pressão arterial em hipertensos resistentes com apneia do sono. Também desenvolve Projeto de Iniciação Científica para pessoas vivendo com hanseníase no Sertão Central do Ceará, onde leva a um propósito educacional para seus alunos e busca fortalecer as ações de detecção, controle da hanseníase na rede de atenção básica à saúde do Sertão Central/CE, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde, com práticas de integração ensino-serviço-comunidade com vistas à eliminação da Hanseníase.

E-mail: rosilenemg@unicatolicaquixada.edu.br

### **Mariza Maria Barbosa Carvalho**

Doutoranda em Ciências da Educação com especialidade em Desenvolvimento Curricular pela Universidade do Minho, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, Especialista em Docência no ensino superior pela Unicatólica de Quixadá, Especialista em Processos Educacionais na Saúde, Especialista em Educação na Saúde para preceptores do SUS pelo IEP/HSL, Especialista em RPG/Reposturarse pela Faculdade Integrada do Ceará-FIC, graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (1995). Atualmente é professora do curso de Fisioterapia da Faculdade Católica Rainha do Sertão, fisioterapeuta da Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda e atua principalmente nos seguintes temas: saúde pública, política e serviços de saúde, educação na saúde, fisioterapia e reeducação postural.

E-mail: mariza@unicatolicaquixada.edu.br