



PAULA CRISTINA PEREIRA DA COSTA

**A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO NO
ACOLHIMENTO: ESTUDO COM ENFOQUE NA
FENOMENOLOGIA SOCIAL**

**CAMPINAS
2014**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PAULA CRISTINA PEREIRA DA COSTA

**A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO: ESTUDO
COM ENFOQUE NA FENOMENOLOGIA SOCIAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde , Área de Concentração Enfermagem e Trabalho .

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Pellegrino Toledo

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA PAULA CRISTINA PEREIRA DA COSTA
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. VANESSA PELLEGRINO TOLEDO.**

Assinatura da Orientadora

CAMPINAS

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C823e Costa, Paula Cristina Pereira da, 1985-
A experiência do enfermeiro no acolhimento : estudo
com enfoque na fenomenologia social / Paula Cristina
Pereira da Costa. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Vanessa Pellegrino Toledo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Acolhimento. 2. Programa saúde da família. 3.
Enfermagem. I. Toledo, Vanessa Pellegrino. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The experience of nurses in host : study focused on social
phenomenology

Palavras-chave em inglês:

User embracement

Family health program

Nursing

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Vanessa Pellegrino Toledo [Orientador]

Wilza Carla Spiri

Eliete Maria Silva

Data de defesa: 21-05-2014

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

PAULA CRISTINA PEREIRA DA COSTA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO Vanessa P. Toledo

2. PROF(A). DR(A). WILZA CARLA SPIRI Wilza Carla Spiri

3. PROF(A). DR(A). ELIETE MARIA SILVA Eliete Maria Silva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 21 de maio de 2014

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que implica em mudanças na relação entre o profissional e o usuário por meio de parâmetros éticos, técnicos, humanitários e de cidadania, facilitando a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência, tendo o usuário como eixo principal do cuidado e participante ativo. Acolher os usuários e criar laços com eles é uma importante tarefa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, o que é possível mediante a introdução da tecnologia leve, que por sua vez, deve ser valorizada pelo enfermeiro pelo fato de que a essência de seu trabalho é o cuidar, processo que envolve contato próximo com o usuário e as necessidades de saúde. Este estudo considera o acolhimento como um cuidado de enfermagem, uma vez que, ambos envolvem o estabelecimento de relações interpessoais, reconhecimento do usuário como sujeito dotado de condições objetivas e subjetivas e que está inserido em um contexto de vida. Dessa forma, durante a realização do acolhimento, o enfermeiro poderá receber o usuário de forma humanizada, entendendo-o como sujeito e participante do processo de cuidar, ampliando a qualidade do trabalho oferecido. É nesse contexto, que este estudo objetiva compreender a experiência do enfermeiro que realiza o acolhimento nos centros de saúde do distrito de saúde norte do município de Campinas. Trata-se de um estudo que se orientou pela abordagem qualitativa, utilizando o referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz. Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiros. Para análise dos dados foi utilizado o referencial metodológico proposto por fenomenólogos. Os resultados mostraram o enfermeiro como àquele que realiza o acolhimento restrito a um procedimento, fragmentado, pouco resolutivo e subordinado ao outro. Tal prática é produtora de sentimentos que influenciam em atendimentos futuros. O enfermeiro idealiza o acolhimento fundamentado na teoria, distante de sua realidade e responsabilidade, não passando por sua competência a resolução dos problemas desta ação. O estudo mostrou que a subordinação perpassa as ações do enfermeiro durante a prestação

dos cuidados de enfermagem, na medida em que o mesmo desvaloriza seu trabalho. Para ocorrer a afirmação e a valorização profissional, há a necessidade de os enfermeiros entenderem que embora compartilhem um saber comum, existe a possibilidade de construção de objetos específicos e teorias próprias para o corpo de conhecimento da enfermagem. É importante que o enfermeiro rompa com a condição de subordinação para conseguir ter uma visão positiva de si e do seu trabalho. Na prática o acolhimento não se dá como um cuidado de enfermagem e se caracteriza por atendimentos pontuais, fragmentados e direcionados à queixa dos usuários. Para que o acolhimento idealizado se torne real é preciso que o enfermeiro traduza o discurso em ações, iniciando a mudança em si mesmo.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Palavras-chave: acolhimento, programa saúde da família, enfermagem.

The host is a technical assistance action that involves changes in the relationship between professional and user through ethical, technical, humanitarian and civic parameters, facilitating the reorganization of services, improving the quality of care, with the user as the main axis care and active participant. To welcome users and create bonds with them is an important task of the nurse in the Family Health Strategy, which is possible through the introduction of soft technology, which in turn, should be valued by the nurse by the fact that the essence of his work is care, a process that involves close contact with the user and health needs. This study considers the host as a nursing care, since both involve the establishment of interpersonal relationships, user recognition as gifted subject of objective and subjective conditions and is inserted in a context of life. Thus, during the course of care, the nurse may receive the user in a humane way, perceiving it as subject and participant in the care process, increasing the quality of work offered. In this context, this study aims to understand the experience of the nurse who performs the host in health centers in the district of northern health of Campinas. This is a study that was guided by qualitative approach, using the framework of social phenomenology of Alfred Schutz. The subjects were nine nurses. For data analysis, the methodological framework proposed by phenomenologists was used. The results showed the nurse as one who performs host to a restricted procedure, fragmented, and little resolving subordinate to the other. This practice is producing feelings that influence future calls. The nurse idealizes grounded in theory, far from their reality and responsibility, not passing through its jurisdiction to resolve the problems of this action host. The study showed that the subordination pervades the actions of the nurse during the delivery of nursing care to the extent that it devalues their work. For professional development and affirmation occurs, there is a need for nurses to understand that although they share common knowledge, it is possible to build specific objects and own theories

to the nursing knowledge. It is important for nurses to break with the condition of subordination to get to have a positive view of themselves and their work. In practice if the host does not like a nursing care and is characterized by isolated, fragmented and targeted users of the complaint calls. For the idealized host becomes real is that nurses need to translate the discourse into action, initiating change in yourself.

Keywords: user embracement, family health program, nursing.

Dedicatória	xiii
Agradecimentos	xv
Lista de Ilustrações	xvii
Lista de siglas e abreviaturas	xix
1. Introdução	21
1. Introdução.....	23
1.1 Objetivo.....	34
2. Trajetória Metodológica	37
2. Trajetória Metodológica.....	39
2.1 A escolha do referencial metodológico e filosófico.....	39
2.2 A fenomenologia social de Alfred Schutz.....	40
2.3 Caracterização da região de estudo.....	44
2.4 Delimitando a região do inquérito.....	47
2.5 Determinação dos participantes.....	47
2.6 Obtenção dos depoimentos.....	47
2.7 Procedimentos Éticos.....	48
2.8 Procedimentos para análise dos dados.....	49
3. Resultados	53
3. Resultados.....	55
3.1 Categorias Concretas do Vivido.....	55
3.1.1 Categoria A – “Motivos porque” “A ação do enfermeiro no acolhimento: uma prática subordinada”.....	55

3.1.1	Categoria B – “Motivos porque” “Estar no mundo com o outro”	59
3.1.2	Categoria A – “Motivos para” “Acolhimento e Teoria – Idealização”	62
3.1.2	Categoria B – “Motivos para” “Saída Mágica”	64
3.2	Tipo Vivido: “Enfermeiro que realiza acolhimento no Centro de Saúde”	66
4.	Discussão	71
4.	Discussão	73
5.	Considerações Finais	87
5.	Considerações Finais	89
	Referências	91
	Referências	93
	Apêndice	107
	Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
	Anexos	113
	Anexo 1-Autorização para realização do estudo	115
	Anexo 2- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	117

Dedico esta dissertação:

Ao meu amado pai Luiz, minhas irmãs Vanessa e Fernanda, pelo carinho e incentivo durante toda minha vida – Que falta vocês me fazem!!

Ao meu namorado Wendhel, pois antes mesmo desse sonho se concretizar, estava você presente, apoiando-me em cada passo trilhado.

E o que dizer a você mãe (Lucilene)? Ser humano especial e único. Dedicada, compreensiva, iluminada, que sabe sempre o que dizer para confortar meu coração. Agradeço-lhe infinitamente pelo amor, pelo apoio e por estar presente em todos os momentos em que precisei de você!

AGRADECIMENTOS

A Deus que me proporcionou a existência, calma e sabedoria em momentos decisivos.

Agradeço aos meus pais, Luiz Alberto da Costa e Lucilene Pereira da Costa, fiéis companheiros, por acreditarem no meu sucesso e estarem sempre ao meu lado.

A minha irmã Vanessa da Costa Nascimento por estar sempre presente, incentivando e correspondendo as minhas solicitações de apoio.

A minha irmã Fernanda Pereira da Costa que com seu jeito tímido, sempre soube o momento certo de se aproximar!

Ao meu namorado Wendhel Raffa Coimbra que me compreendeu e estimulou durante toda a esta trajetória. Não bastaria um obrigado para dizer o quão importante e decisivo foi e é ter você ao meu lado!

A Professora Doutora Vanessa Pellegrino Toledo pelas horas destinadas a orientação e pelas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada pela paciência, por compartilhar comigo o seu conhecimento e por reconhecer minhas dificuldades, ajudando-me a enfrentá-las.

A Professora Ana Paula Rigon Francischetti Garcia, por se disponibilizar a contribuir na reflexão desta pesquisa, colaborando para o amadurecimento deste trabalho.

A Professora Doutora Eliete Maria Silva, pelas contribuições na participação no exame de qualificação e da defesa, contribuindo com o seu conhecimento e experiência na área da enfermagem em saúde pública. Obrigada por ajudar a clarear os caminhos desta pesquisa!

A Professora Doutora Wilza Carla Spiri, pela participação na defesa. Obrigada por contribuir com esta pesquisa e estar presente em um momento tão especial!

A Professora Doutora Érika Christiane Marocco Duran, por me estimular a procurar o programa de Pós-Graduação. Obrigada pelo apoio e pela amizade!

A professora doutora Antonieta Keiko Kakuda Shimo, por acreditar em minha capacidade e por ter sido atenciosa comigo quando compartilhei as primeiras ideias.

As colegas de trabalho, em especial a Flávia Nemézio Mariotto, que souberam compreender as minhas dificuldades e ausências.

A coordenadora Maria Angela Fernandes Sant'Ana e a cogestora Sandra Pessoa de Lima, do Centro de Saúde em que trabalho, por compreender todas as vezes em que precisei me ausentar ou modificar o horário de trabalho.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo pela disponibilidade em compartilhar suas experiências e expectativas.

A todas as pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram com seu apoio.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Contextualização do estudo. Campinas, 2014.....	33
Figura 2 – Objeto, Inquietações e Objetivo de estudo. Campinas, 2014.....	35
Figura 3 – Esquema Representativo da Análise dos Dados. Campinas, 2014.....	51
Figura 4 – Esquema das categorias que expressam o resultado do estudo. Campinas, 2014.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

PA - Pronto Atendimento

SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social

SP - São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD - Técnico de Higiene Dental



INTRODUÇÃO

1. Introdução

O tema acolhimento esteve presente em minha vida antes mesmo de conhecer esta denominação e de optar por graduar-me em enfermagem. De acordo com o dicionário, acolher significa: “receber alguém bem ou mal, hospedar, agasalhar: acolheu-me de braços abertos. / Aceitar, receber: acolheu com agrado as nossas sugestões. Abrigar-se, refugiar-se: acolheu-se à sombra da religião”⁽¹⁾.

Minha mãe, que trabalhava com atendimento direto ao público, se mostrava uma pessoa sensível aos problemas e dificuldades do outro, procurando sempre que possível entendê-los e atendê-los da melhor forma. Minha irmã, já formada em enfermagem, era apaixonada pela profissão. Admirava o modo como ela cuidava dos usuários importando-se com o bem-estar destes.

Já sabia que independente de minha escolha profissional, o mais importante era relacionar-se com as pessoas de modo atencioso e respeitoso. Formei-me em 2007, e desde então, trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi aprovado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde, e este fosse de responsabilidade do Estado, que por meio de políticas públicas, tem o dever de prover as ações e os serviços necessários para garantia desses direitos⁽²⁾.

Faz-se oportuno contextualizar a história do SUS, porque antes de sua implantação, somente determinados grupos da população tinham direito aos serviços de saúde, que eram oferecidos pela previdência social.

Na década de 1920 as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) visavam garantir pensão em caso de afastamento/acidente e futura aposentadoria aos operários das empresas⁽³⁻

4). A garantia trabalhista foi estendida na década de 1930 para um número maior de trabalhadores formais e autônomos, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que agora eram organizados por categoria profissional: marítimos, comerciários, bancários e outras⁽³⁻⁴⁾.

Em 1966, a previdência estendeu a cobertura dos serviços de saúde a todos os trabalhadores com carteira assinada, e não somente a algumas categorias⁽³⁻⁵⁾. Neste contexto, houve ampliação da rede pública sem melhora nos serviços oferecidos e a expansão de compra de serviços assistenciais do setor privado foi favorecida⁽³⁻⁵⁾.

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que em 1978 passou a ser o órgão governamental prestador da assistência médica, que garantia os serviços médico-hospitalares e especializados por meio da compra de serviços do setor privado⁽³⁻⁴⁾. Neste período, o estado era financiador do sistema de saúde por meio da Previdência Social, a assistência médica era prestada pelo setor privado nacional, os insumos utilizados eram produzidos pelo setor privado internacional e a população coberta era restrita àqueles que contribuía com a previdência social⁽³⁾.

Em relação à saúde pública, a necessidade interna de expandir a cobertura para a população excluída do modelo previdenciário coincide com a proposta internacional de atenção primária em saúde, decorrente da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual, foi produzida a Declaração de Alma Ata⁽⁶⁾.

Tal cenário no Brasil caracterizava a dificuldade de acesso, a insatisfação quanto à forma de organização dos serviços de saúde e outros descontentamentos. Em resposta a este contexto é que o SUS foi construído^(3,7).

A regulamentação do SUS define como princípios doutrinários a universalidade, na qual a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar o

acesso aos serviços, independente de sexo, raça, renda e ocupação^(3,8-9); a equidade, que tem como objetivo diminuir as desigualdades na utilização do SUS e a integralidade, que consiste em considerar todas as necessidades do indivíduo, incluindo a prevenção de doenças, promoção da saúde, o tratamento/reabilitação e a articulação da saúde com outras políticas públicas^(3,8-9).

Como princípios organizativos, têm-se a regionalização e a hierarquização, que correspondem à forma como os serviços devem se organizar em níveis crescentes de complexidade. As informações entre esses níveis são realizadas por fluxos de encaminhamento, denominados referência e contra referência^(3,8-9). A descentralização, que é foco importante da operacionalização do sistema, com a redistribuição de responsabilidades e poder entre as três esferas de governo e o controle social, que tem o intuito de democratizar os processos decisórios por meio de conferências, conselhos de saúde, entre outros^(3,8-9).

Como enfermeira trabalhadora do SUS, meu primeiro emprego foi no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Araçatuba, município do interior paulista. Os usuários atendidos neste serviço, em sua maioria, apresentavam queixas agudas, na iminência de agravos à saúde ou até mesmo risco de morte. Pude perceber que o quadro clínico, aliado ao fato de que os usuários geralmente estavam sozinhos durante o atendimento e encaminhamento ao hospital, causava insegurança e medo, o que era frequentemente demonstrado na forma de choro e alteração de sinais vitais. Neste momento, a postura acolhedora, a empatia, o toque e a escuta com atenção influenciavam positivamente o atendimento, pois os pacientes sentiam-se mais seguros e o trabalho técnico necessário era executado com maior facilidade.

Em 2010, comecei a trabalhar como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), também em Araçatuba, e então conheci outra perspectiva da saúde, pois a ESF propõe um novo modelo de cuidado, fundamentando a assistência na promoção da qualidade de vida.

Neste modelo, a compreensão do processo saúde–doença passa a ser vista no contexto do ambiente físico e social^(2,10). Nesse sentido, o enfermeiro deve ser guiado pelos princípios do SUS e para estabelecer a assistência, ainda se faz necessário um trabalho construído a partir da perspectiva multiprofissional⁽¹¹⁾.

A ESF representa uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil, com a proposta de reorganização da atenção básica, considerando-a como eixo de orientação do modelo assistencial, porta de entrada do sistema de saúde, transformadora do modelo médico-sanitário, com ênfase na cura por meio de medicamentos e atendimento individual, para um modelo de saúde coletivo, centrado na promoção e tratamento dos agravos, com a incorporação de equipes multi e interprofissionais para o desenvolvimento de ações, visando ao cuidado na família e na comunidade, delimitadas por território e população adscrita⁽²⁾.

A atenção básica visa desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, a partir de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas⁽¹²⁾. Objetiva a resolução dos problemas de saúde da população mais frequentes e relevantes, orientando-se pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, de forma a garantir o acesso ao sistema, com atendimento humanizado, favorecendo a formação do vínculo e responsabilizando o profissional⁽¹²⁾.

Mesmo diante das tentativas de estabelecer uma assistência norteada pelos marcos filosóficos e operacionais do SUS, observava-se um número significativo de queixas dos usuários e prestadores de serviço a respeito da qualidade do contato humano. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) tomou a iniciativa de elaborar uma proposta de trabalho voltada para a humanização dos serviços de saúde⁽¹³⁾.

Assim, em 2004, a Política Nacional de Humanização propôs o Acolhimento como forma de qualificar a relação entre usuários e trabalhadores e proporcionar o acesso a todos os

usuários que necessitam e procuram o serviço, a partir de uma escuta qualificada e uma assistência pautada nos princípios do SUS⁽¹³⁻¹⁸⁾.

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial, entendido como um processo de escuta qualificada direcionada à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e usuário, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo o paciente como eixo principal e participante ativo^(15,18-20).

O acolher se traduz numa nova forma de pensar em saúde, caracterizando-se como a primeira ação a ser realizada pela equipe no momento de receber o usuário, no qual é necessária a escuta e a colaboração de todos os envolvidos, para que o compartilhar de saberes, responsabilidades e compromissos possa estabelecer uma nova prática. No momento em que o acolhimento se efetiva, têm-se uma relação de respeito, garantia de atendimento, e conquista de uma etapa na adesão ao tratamento^(19,21).

O acolhimento é uma alternativa à recepção tradicional, destinado a modificar a organização dos serviços de saúde com a intenção de indicar novas formas de resolução para as demandas de saúde, a fim de superar o modelo hegemônico de atenção médico-centrado, por meio de uma equipe multiprofissional⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se, no entanto, que o acolhimento não deve se restringir à recepção da demanda espontânea, mas deve ser uma ferramenta para a humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado⁽²²⁾.

Dessa forma, o acolhimento deve se dar em todos os momentos da produção do serviço em saúde, iniciando no primeiro contato com o usuário, envolvendo sensibilidade para a escuta, atenção, atitude em receber e realizar atendimento humanizado, valorização de queixas, identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas^(15,17,19,23-24).

Acolher representa atitude de amparo e hospitalidade nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, implicando atendimento com resolubilidade e responsabilização. Possibilita a criação de uma relação de confiança entre usuário e equipe, reconhecendo-o como sujeito histórico, social e cultural, formando uma aliança entre ele, o trabalhador e o gestor da saúde em defesa do SUS^(15,17,19,22).

Ao procurar o acolhimento, o usuário espera encontrar atenção, rapidez no atendimento, consulta, medicação ou curativos, mas, sobretudo, a resolubilidade para o seu problema⁽¹⁸⁾.

Resolver as necessidades não significa fazer o que paciente deseja, mas sim, escutar sua queixa, avaliar os riscos e as vulnerabilidades levando em conta a avaliação do próprio usuário, refletir sobre as ofertas de cuidado existentes no serviço, com a finalidade de dar uma resposta ao problema^(22,25-26). Para que isso aconteça, é importante que os profissionais da saúde utilizem as tecnologias de diferentes complexidades para responder às demandas que são do escopo da atenção básica^(12,27).

As tecnologias do cuidado se subdividem em três tipos: dura, aquela que está inscrita em maquinários e instrumentos; leve, aquela que está presente nas relações entre usuários e trabalhadores, e leve-dura, que é conhecimento técnico aplicado de modo singular pelos trabalhadores⁽²⁷⁾.

O acolhimento se constitui como tecnologia leve, como parte da produção de um cuidado pautado na relação entre o usuário e o profissional, na forma de acolher e escutá-los em encontros reais⁽¹⁶⁾. No entanto, a realização do acolhimento exige que o profissional utilize a tecnologia leve-dura para resgatar o conhecimento técnico sobre o processo saúde-doença^(15,18-20).

No município de Campinas-SP, onde comecei a trabalhar em 2011, também como enfermeira da ESF, necessitei resgatar as tecnologias leve e leve-dura para realizar e

sistematizar o acolhimento, que neste município já era estabelecido, pois o primeiro contato com o paciente, com objetivo de identificar sua necessidade, é chamado acolhimento. Ao chegar à unidade, os usuários vão até a recepção, se o atendimento não estiver agendado, são encaminhados à sala de acolhimento de sua equipe de referência.

A equipe de referência foi proposta pela ESF, com a responsabilidade de atender a população de um território delimitado, identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco às quais a população está exposta e prestar um cuidado integral e contínuo^(2,12). É composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁽¹²⁾. Em Campinas, além desses profissionais, a equipe é composta por pediatra, ginecologista, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental e profissionais da saúde mental⁽²⁸⁾.

De acordo com dados do MS, até o ano de 2013, existiam 44.253 equipes de saúde da família credenciadas, cobrindo uma população de 109.341.094⁽²⁹⁾. A expansão da ESF tem favorecido a consolidação dos princípios do SUS, uma vez que as equipes têm sido implantadas em comunidades até então com acesso restrito⁽²⁾.

Cada equipe de referência, na unidade em que trabalho, tem uma sala de acolhimento. Esta sala tem o intuito de aumentar a privacidade enquanto as queixas e necessidades são ouvidas, geralmente por um profissional da equipe de enfermagem. Como enfermeira, além de acolher, fico na retaguarda do acolhimento realizado pelos auxiliares de enfermagem. Esta retaguarda é no sentido de orientá-los nas decisões e nas resoluções de cada caso.

Na prática, a sala de acolhimento mantém um grande fluxo de pessoas durante o atendimento, os funcionários entram no local, procuram prontuários, conversam com o profissional que está acolhendo, comprometendo a privacidade do usuário.

Acolher os usuários e criar laços com eles é uma importante tarefa do enfermeiro na ESF, o que é possível mediante a introdução da tecnologia leve⁽³⁰⁾. A tecnologia leve deve ser valorizada pelo enfermeiro pelo fato de que a essência de seu trabalho é o cuidar, processo este que envolve contato próximo com o usuário e suas necessidades de saúde⁽³⁰⁾.

Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades, envolvendo atos, comportamentos e atitudes, que dependem do contexto e das relações estabelecidas entre o usuário e o profissional⁽³¹⁾.

Cuidar é uma ação que compreende atitudes de atenção em relação ao corpo, atitude de olhar nos olhos do usuário, perceber seus sentimentos⁽³²⁾. Neste contexto uma atitude do enfermeiro pode significar muito para quem necessita de cuidados⁽³²⁾. Dessa forma, se o relacionamento entre o enfermeiro e o usuário for realizado como um procedimento mecânico, ele será visto como um objeto, alienado a seu contexto histórico e social, e suas necessidades não serão atendidas de forma integral⁽³³⁻³⁵⁾. Na medida em que o enfermeiro considera o usuário como ser humano, como sujeito e ator social e é capaz de construir junto a ele um novo percurso para o seu processo saúde-doença, faz com que o cuidado de enfermagem seja reconhecido como uma prática social⁽³⁶⁾.

Prática social é uma atividade que visa atender às necessidades das pessoas. Acontece no bojo das relações interpessoais, inserindo-se no processo cultural e histórico da interação entre os seres humanos⁽³⁷⁾. Compreender a enfermagem como uma prática social significa ultrapassar sua perspectiva técnico-operativa e vê-la como uma das muitas práticas da sociedade, que tem como produto final o cuidado de enfermagem em relação à pessoa⁽³⁷⁾.

É neste contexto que este estudo considera o acolhimento como um cuidado de enfermagem, uma vez que ambos envolvem o estabelecimento de relações interpessoais com objetivo de conforto, reconhecimento do usuário como sujeito dotado de condições objetivas e subjetivas e que está inserido em um contexto de vida.

Além disso, assim como o acolhimento, o cuidado de enfermagem constrói-se durante o encontro com o usuário, caracterizando-se pela articulação do trabalho morto (utilizado como ferramenta ou matéria-prima) com o trabalho vivo, ou seja, aquele que se dá no mesmo momento da produção e que se efetiva pela utilização das tecnologias leves⁽³⁸⁾.

Entretanto, observa-se que o enfermeiro que atua na ESF realiza o acolhimento de forma pontual, centrado na perspectiva biológica, configurando assim, uma prática assistencialista, biomédica e fragmentada^(13,15,17,24-25,39-41).

Esta pesquisa optou por estudar o acolhimento realizado por enfermeiros pelo fato de que esta ação, ao ser entendida como um cuidado de enfermagem pressupõe uma relação interpessoal no qual estão presentes o conhecimento técnico, o respeito, a atenção e a compreensão das necessidades do usuário, em uma atmosfera de responsabilização do profissional. Assim, ao se realizar o acolhimento, o enfermeiro poderá receber o usuário de forma humanizada, entendendo-o como sujeito e participante do processo de cuidar, ampliando a qualidade do trabalho oferecido.

Além de o enfermeiro ser capaz de compreender o indivíduo como um ser singular, é reconhecido pela capacidade de acolher as necessidades e expectativas dos usuários, e se destacar como articulador nos serviços de saúde, materializando o processo de trabalho e sendo um ponto de referência para a equipe e realiza o cogerenciamento da unidade^(11,36,42). Dessa forma, o enfermeiro possui habilidades para realização do acolhimento como cuidado de enfermagem, e ao realizá-lo como tal, ele pode qualificar sua prática no contexto da equipe.

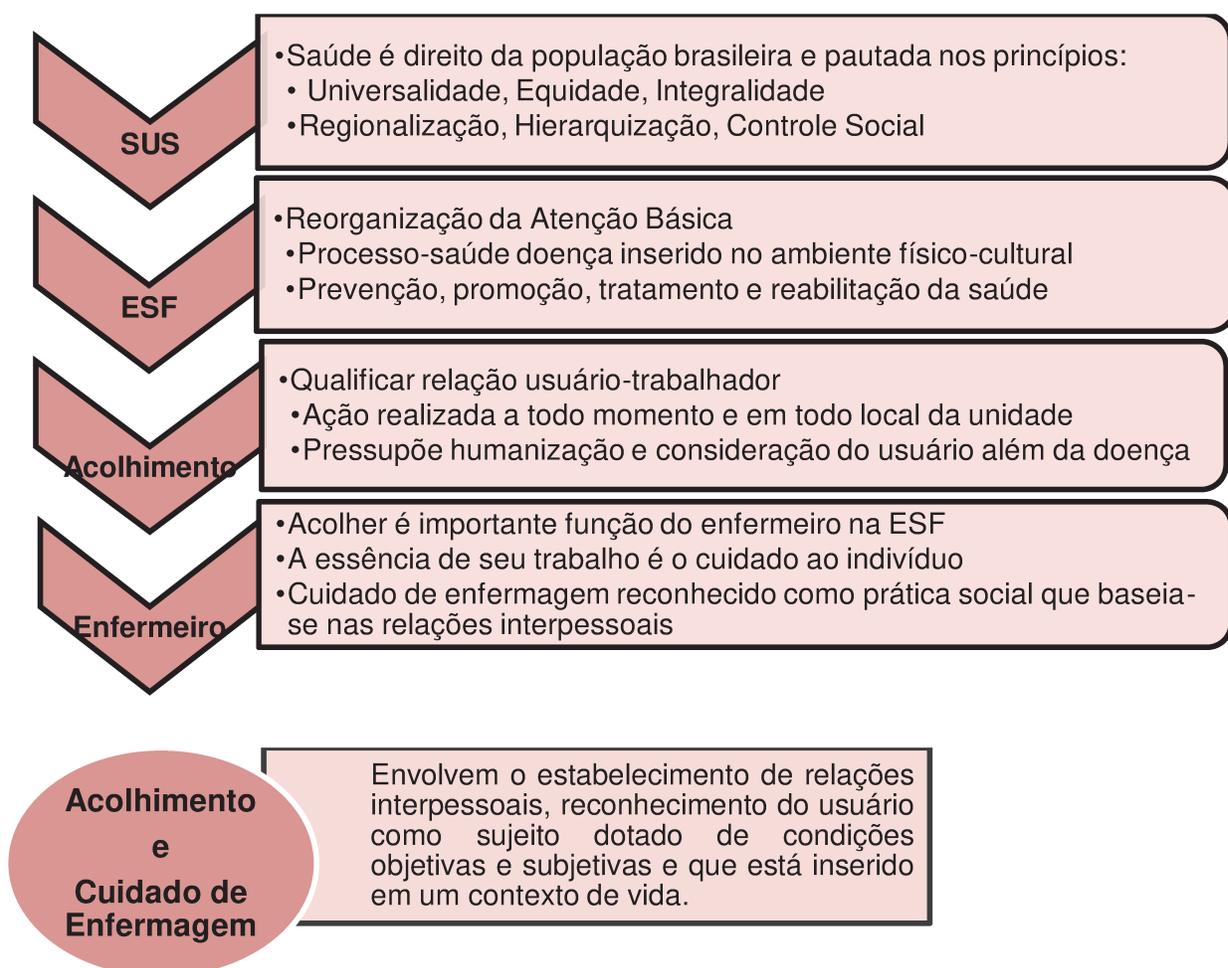
Compreender a experiência do enfermeiro no acolhimento na atualidade poderá propiciar atitudes compatíveis com as necessidades e expectativas dos mesmos em relação ao tema, e utilizando o conhecimento científico que será obtido a partir dessa pesquisa científica, o enfermeiro poderá reorganizar o processo de trabalho em saúde vigente⁽⁴³⁾.

Diante do exposto, elegeu-se como objeto do estudo “a experiência do enfermeiro que realiza acolhimento nos centros de saúde do distrito Norte de Campinas-SP”, tendo como inquietações:

- Como se dá o acolhimento no cotidiano do enfermeiro?
- O acolhimento realizado pode ser um cuidado de enfermagem?
- Quais as expectativas do enfermeiro em relação ao acolhimento?

Embora seja um assunto bastante discutido entre os enfermeiros assistenciais, docentes e pesquisadores, os resultados deste estudo poderão subsidiar outras investigações a respeito do enfermeiro que realiza acolhimento no centro de saúde a partir de outras perspectivas. Diante do exposto, os principais aspectos da contextualização do estudo estão representados na Figura 1.

Contextualização do estudo



Estudos sobre acolhimento e enfermeiro



Prática assistencialista, biomédica e fragmentada

Figura 1 – Contextualização do estudo. Campinas, 2014

1.1 Objetivo

Compreender a experiência do enfermeiro que realiza acolhimento nos centros de saúde do distrito Norte de Campinas-SP.

A síntese do objetivo, do objeto de estudo e das inquietações está representada na Figura 2.

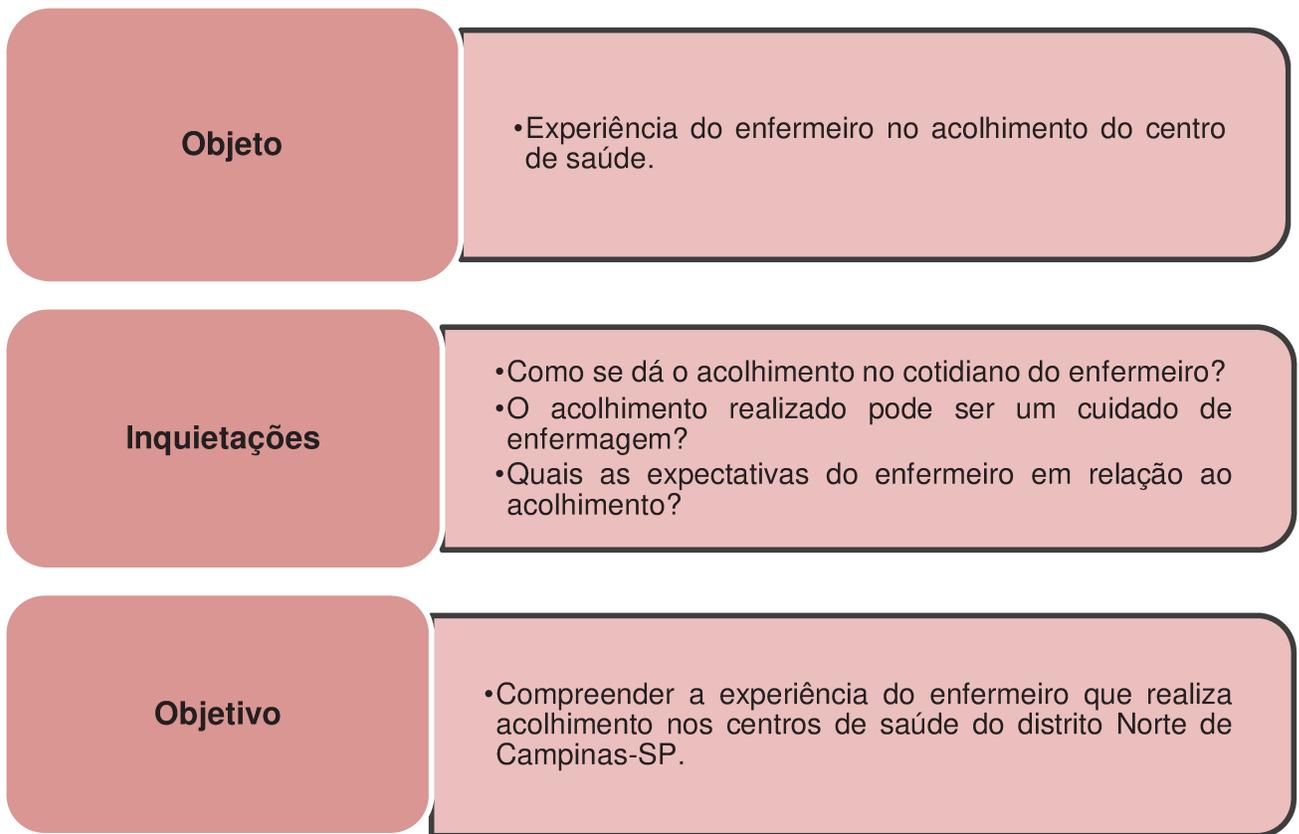


Figura 2 – Objeto, Inquietações e Objetivo de estudo. Campinas, 2014

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2. Trajetória Metodológica

2.1 A escolha do referencial metodológico e filosófico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pela vertente fenomenológica social, utilizando-se do referencial teórico-metodológico de Alfred Schutz.

Optou-se pela pesquisa qualitativa por este referencial possibilitar ao pesquisador captar pensamentos e reações dos indivíduos que vivenciam uma experiência⁽⁴⁴⁾. Na perspectiva das ciências humanas, os fenômenos relacionados ao homem só podem ser conhecidos por meio da reflexão do sujeito sobre o seu vivido no contexto histórico⁽⁴⁵⁾.

A pesquisa qualitativa considera que o sujeito da pesquisa é humano (em certa condição social, pertencente a um grupo social, com crenças, valores e significados), complexo e em permanente transformação, o que também justifica a escolha do método, uma vez que o objeto deste estudo é a experiência do enfermeiro atuante em centro de saúde, inserido no contexto do SUS do município de Campinas⁽⁴⁵⁾.

A perspectiva fenomenológica foi adotada como método a ser seguido neste estudo por contribuir para um olhar efetivo sobre as experiências do processo saúde-doença de seres humanos⁽⁴⁶⁾.

Tal abordagem possibilita desvelar o fenômeno vivido pelo sujeito no seu cotidiano, buscando a compreensão da realidade para descrever o fenômeno, neste caso, a experiência vivida e como as pessoas se percebem nela^(44,47-48).

Na fenomenologia, o foco de interesse não é o sujeito, mas sim a experiência vivida e o significado que lhe é atribuído pelo sujeito⁽⁴⁴⁾. O interesse dessa pesquisa é a experiência de realização do acolhimento (fenômeno) pelo enfermeiro (sujeito), que também vai ao encontro com o que é proposto pela metodologia escolhida.

Por se tratar de uma pesquisa que propõe investigar experiências que ocorrem no mundo cotidiano do enfermeiro, dotadas de subjetividade e vivenciadas nas relações

interpessoais, verificou-se a necessidade de um referencial teórico-metodológico que sustentasse a pesquisa, daí a opção pelos pensamentos do sociólogo e fenomenólogo Alfred Schutz⁽⁴⁸⁾.

Schutz propõe-se a investigar a natureza da ação, a partir do mundo da vida cotidiana, onde se situa o homem com suas vivências, sentimentos, preocupações, em intersubjetividade com outros atores sociais⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

Este referencial tem a intenção de compreender a ação do sujeito com o outro, em seu significado intersubjetivo, propondo a análise das relações sociais presentes nas experiências cotidianas^(46,49).

Utilizando-se de alguns conceitos e ideias elaboradas por Schutz na fenomenologia social, este estudo se propõe a investigar o enfermeiro (sujeito), atuante em centros de saúde “**mundo cotidiano**”, que realiza acolhimento “**ação social**”, envolvendo comportamentos e atitudes relacionados ao processo saúde-doença, dentro de uma relação entre usuários e enfermeiros “**relação intersubjetiva**”, que compartilham o mesmo espaço e tempo “**relação face a face**”.

2.2 A fenomenologia social de Alfred Schutz

Alfred Schutz nasceu em Viena, em 1899, e morreu em Nova York em 1959. Estudou Direito e Ciências Sociais em Viena. Propôs uma síntese entre sociologia e fenomenologia, sofrendo influência de pensadores como Edmund Husserl e Max Weber⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Husserl tinha como ponto de partida as experiências do ser humano consciente, que vive e age em um mundo que ele percebe e interpreta. Após se apropriar das teorias de Husserl, Schutz conclui que o problema da intersubjetividade não havia sido solucionado e que Husserl não estava a par dos problemas concretos das ciências sociais^(50,52).

Weber começou a definir a sociologia como a ciência que tenta compreender de modo interpretativo a ação social e, por meio disso, explicá-la causalmente. Para ele, a sociologia deveria ocupar-se do significado subjetivo da conduta social, no qual a conduta de diversas pessoas, dentro de um contexto de significado e sua relação com semelhantes, define-se como relacionamento social. A crítica de Schutz a Weber constitui em explicações e desenvolvimento de conceitos a partir das lacunas dos pensamentos deixados por Weber⁽⁵⁰⁾.

Ao explicar a ação e o pensamento humano no **mundo cotidiano**, Schutz salienta que a relação é fundamental⁽⁴⁶⁾.

O mundo cotidiano do sujeito, também denominado **mundo da vida** e **mundo social** é o cenário onde ele vive, comum a todos seus semelhantes, vivenciado por seus antecessores e que agora se dá à sua experiência e interpretação^(50,53).

O mundo cotidiano é também intersubjetivo e sociocultural, onde o homem percebe que há outros como ele, não apenas corporalmente, mas dotados de inteligência e sentimentos^(46,53). É considerado um **mundo intersubjetivo**, porque nele o homem vincula-se em diferentes relações sociais, compreendendo e sendo compreendido por meio delas⁽⁴⁶⁾.

Este mundo já se encontra estruturado previamente, anteriormente ao nascimento do homem, e a partir do que lhe é apresentado como realidade social ele age de modo natural. É por isso que ele se posiciona espontaneamente, dá por certa sua existência, de seus semelhantes e de objetos inanimados⁽⁴⁶⁾. O posicionamento do homem no mundo cotidiano é denominado por Schutz de **atitude natural**.

Assim sendo, o enfermeiro tem uma atitude natural ao experienciar o acolhimento, ou seja, na sua realização leva em conta os conhecimentos que lhe foram transmitidos desde seu nascimento.

Para viver no mundo cotidiano o homem se orienta a partir da interpretação de suas possibilidades para enfrentar seus desafios. Para isto, situa-se no mundo de acordo com a

história construída ao longo de sua vida. Esta história compreende os conhecimentos que lhe foram transmitidos e suas experiências subjetivas. A maneira pela qual cada homem situa-se neste mundo é denominada por Schutz de **situação biográfica**⁽⁴⁶⁾.

A situação biográfica é o ambiente físico e sociocultural definido pelo sujeito, dentro do qual ele tem sua posição social, moral e ideológica^(50,53).

O conhecimento disponível e acessível, por meio dos progenitores e educadores aliado às experiências subjetivas do homem, constitui o **acervo de conhecimento**, o que serve de base para a ação humana⁽⁴⁶⁾.

Ao experienciar o acolhimento, o enfermeiro traz consigo sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos sobre a enfermagem e o cuidado, o que o faz expressar suas necessidades e lançar expectativas sobre seu atendimento.

A ação é a conduta humana projetada pelo homem de maneira intencional, dotada de propósito, manifesta ou latente^(46,50). Toda ação não está dissociada do mundo e é uma atividade orientada ao futuro, ao que será realizado⁽⁵⁴⁾.

A experiência do enfermeiro que realiza acolhimento contém sua conduta projetada envolta da realidade social em que vive, no que diz respeito à forma como ele o realiza agora e como ele desejaria fazê-lo.

As ações são comportamentos motivados, que por sua vez são subjetivos, se referem à experiência do sujeito que vive a situação no presente. Ao realizar esta ação, o seu sentido inicial pode ir se modificando na medida em que ela se efetiva⁽⁴⁴⁾, portanto, os projetos do enfermeiro que realiza acolhimento poderá se modificar durante sua realização⁽⁵⁰⁾.

A ação intencional dirigida ao sujeito, a partir de vivências conscientes, é chamada de **ação social**, que emerge em forma de atividades espontâneas. Para se realizar uma ação social é necessário que as próprias vivências do sujeito acompanhem suas ações, incluindo os

sentimentos de simpatia, antipatia e todos os outros, e também que as vivências do outro sejam levadas em consideração⁽⁵⁴⁾.

A Enfermagem tem como ação social o cuidar de pessoas⁽⁴⁶⁾, portanto, o acolhimento também é entendido como uma ação social, pois considera as ações/reações de outros indivíduos, modificando-se dependendo desses eventos.

Ao considerar o acolhimento como ação social, os enfermeiros que acolhem o indivíduo que traz sua demanda, devem tratá-lo como sujeito do cuidado, mas o fruto dessa relação social deve ser resolutivo.

A realização do ato social pelo sujeito espera provocar no outro uma reação, que, da mesma forma, se reportará como outra ação. Tal quadro é denominado como **relação social**, pois nos coloca em relação uns com os outros⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾.

Quando esta relação permite o alcance da experiência direta uma da outra, ou seja, compartilha o mesmo espaço e tempo cronológico e ambos estão presentes, dá-se o nome de relação **face-a-face**^(50,56). Este tipo de relação é requerido para que haja um cuidado de enfermagem⁽⁴⁶⁾.

Compartilhar o espaço comum com o outro, com a consciência da existência mútua, independente da duração da relação, caracteriza um relacionamento de “nós”⁽⁵⁰⁾.

Durante a realização do acolhimento, os enfermeiros estão em uma situação face-a-face com os usuários, em um relacionamento de “nós”, no qual ambos estão conscientes um do outro.

Na perspectiva do sociólogo Alfred Schutz, a compreensão do significado da ação humana ocorre a partir de motivos existenciais. Aos que se referem à experiência vivida, já contextualizada através de seu estoque de conhecimento são chamados de “**motivos porque**” e aqueles que se relacionam aos projetos, objetivos que se quer atingir são denominados

“**motivos para**”⁽⁴⁶⁾. O conjunto de motivos para e porque constituem a ação do sujeito no mundo social⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾.

Dessa forma, ao entrevistar o enfermeiro que realiza acolhimento, há a possibilidade de compreender sua experiência a partir do que foi vivenciado, buscando razões para justificar suas ações (motivos porque) e projetar possibilidades que virão após a experiência de realizar o acolhimento (motivos para).

O pesquisador tem o papel de interpretar esta ação, que tem caráter essencialmente subjetivo. Para isto, é necessária a construção de um esquema conceitual que possibilite o agrupamento das vivências (motivos para e motivos porque) do sujeito no mundo social – a **tipificação**^(46,57).

Segundo Schutz, por meio da tipificação se compreende o homem e suas atividades no mundo da vida. Esta se configura como um esquema conceitual que reúne as experiências de um grupo social⁽⁴⁶⁾. Determina que fatos tenham de ser tratados homogeneamente, pressupondo que eles ocorram de forma natural, no senso comum^(50,57).

O que caracteriza determinado grupo social é a expressão de uma estrutura vivida na dimensão social – o **tipo vivido**⁽⁵³⁾.

No presente estudo, busca-se compreender a experiência do enfermeiro que vive uma situação típica, a realização do acolhimento, e a partir dos “motivos para” e “motivos porque” buscou-se construir o tipo vivido: “Enfermeiro que realiza acolhimento no Centro de Saúde”.

2.3 Caracterização da região de estudo

A pesquisa teve como cenário os centros de saúde do município de Campinas-SP. A escolha do município justifica-se por ele ter incorporado o acolhimento no processo de implementação do Projeto Paideia Saúde da Família, a partir de 2001⁽²⁴⁾.

O município de Campinas foi fundado em 14 de julho de 1774, ocupa uma área de 796 quilômetros quadrados e uma população estimada em 1.080.999 habitantes⁽⁵⁹⁾. É considerada uma das regiões mais dinâmicas do Estado de São Paulo e do país. Está se consolidando como uma área metropolitana importante sob o posto de vista de integração entre os municípios, abrangendo 19 cidades e uma população de 2,8 milhões de habitantes⁽⁵⁹⁾. Na saúde, Campinas também é referência regional, absorvendo suas demandas e sobrecarregando o próprio sistema de saúde, tanto na atenção básica como na atenção secundária e terciária⁽⁵⁹⁾.

O município é gestor pleno do sistema de saúde, ou seja, todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados, são de ordem municipal⁽²⁸⁾. Possui 62 centros de saúde, responsáveis pela atenção básica e alguns procedimentos de média complexidade e mais de 20 unidades de referência com serviços especializados. Para o atendimento de Urgência e Emergência tem-se o SAMU, dois hospitais municipais, quatro prontos-atendimentos, serviços conveniados e contratados, e outros tipos de serviços como Laboratório de Patologia Clínica, Serviço de Atendimento Domiciliar, Centro de Convivência⁽²⁸⁾.

Devido à complexidade de seu sistema de saúde, Campinas foi dividido em cinco distritos: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste. Cada distrito é responsável regional pela coordenação das ações de saúde e compreendem serviços de diferentes complexidades⁽²⁸⁾.

O Distrito de Saúde Norte foi escolhido para realização do estudo, pois é o distrito em que a pesquisadora trabalha, assim a proximidade com os sujeitos do estudo necessária para realização da pesquisa qualitativa, seria alcançada. Esse distrito tinha a projeção de uma população de 205.532 para o ano de 2013, possui 11 centros de saúde, uma Vigilância em Saúde, um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD Leste-Norte), um Centro de Apoio Psicossocial III (CAPS Estação), três Centros de Convivência (Aurélia, Viver Conviver, João de

Barro), um ambulatório (CEASA), uma Farmácia Popular do Brasil, um Pronto Atendimento (PA Anchieta). Abrange uma área de aproximadamente 148 bairros⁽²⁸⁾.

As estruturas atuais dos centros de saúde têm suas origens em 2001, com a implantação do Programa PAIDÉA, que equivaliam a ES proposta pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁰⁾.

O projeto PAIDÉA foi a forma como Campinas reformulou a organização de sua atenção básica, ampliando as práticas de promoção a saúde, criação de equipes interdisciplinares, cuidando da saúde do indivíduo e da família não somente na área física do CS, mas no domicílio, na escola e no bairro⁽⁶⁰⁾. Dentre suas diretrizes estava a vinculação da população à equipe de referência e acolhimento/responsabilização⁽⁶⁰⁾.

Quanto às equipes de referências, elas eram compostas de duas formas:

- Clássica: composta por médico de família, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD), técnico de higiene dental (THD), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com uma população adscrita de 3.500 pessoas⁽⁶⁰⁾.

- Ampliada: médico generalista, enfermeiro, pediatra, gineco-obstetra, dentista, ACD, THD, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com uma população adscrita de sete mil pessoas⁽⁶⁰⁾.

Atualmente, um centro de saúde atende em média 20 mil habitantes, com equipe multiprofissional ampliada (clínicos, pediatras, gineco-obstetras, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário) e apoio de profissionais de saúde mental⁽²⁸⁾.

Quanto ao acolhimento, já no PAIDÉA, é colocado como postura, forma de responsabilização pelos problemas de saúde trazidos pela população, garantia de acesso, qualificação da recepção dos usuários e organização do fluxo dentro do Centro de Saúde⁽⁶⁰⁾.

2.4 Delimitando a região do inquérito

A região de inquérito não é um espaço físico, mas um contexto conceitual, em que as experiências são vivenciadas e o fenômeno acontece⁽⁴⁶⁾.

Assim, a região de inquérito dessa pesquisa é onde o fenômeno ocorreu, o mundo da vida cotidiana de enfermeiros que realizam acolhimento.

2.5 Determinação dos participantes

Foram incluídos os profissionais enfermeiros, em exercício nos centros de saúde do distrito de Saúde Norte de Campinas.

Os enfermeiros que trabalhavam no mesmo centro de saúde da pesquisadora foram excluídos desse estudo por acreditar que a aproximação diária poderia influenciar em suas respostas.

Participaram dessa pesquisa nove enfermeiros. Devido à natureza do estudo qualitativo, não se estabeleceu previamente o número de participantes da amostra, mas, sabia-se que seu tamanho tendia a ser pequeno, uma vez que nesta metodologia se analisa um grande volume de dados de cada indivíduo⁽⁶¹⁾.

A coleta de dados se encerrou quando as inquietações da pesquisadora foram respondidas e o objetivo do estudo, atingido⁽⁶²⁾.

2.6 Obtenção dos depoimentos

Para obtenção dos depoimentos, utilizou-se a entrevista de abordagem fenomenológica. Esta modalidade é baseada na intersubjetividade que ocorre entre o pesquisador e o participante da pesquisa. Possibilita ao sujeito que vivencia o fenômeno expressar o significado de sua ação desenvolvida em seu mundo de relações^(46,63).

As entrevistas foram realizadas entre setembro e novembro de 2013, no local de trabalho dos participantes. Para abordagem dos mesmos, utilizou-se a amostragem de rede, ou “bola de neve”, no qual um participante indica o outro⁽⁶¹⁾.

O primeiro contato com os participantes foi feito via telefone, no qual era esclarecido o objetivo da pesquisa, e mediante aceitação do convite, o dia e local da entrevista eram agendados, conforme disponibilidade do mesmo.

O primeiro participante foi selecionado por ser conhecido da pesquisadora, porém seu depoimento não foi considerado na análise dos resultados, foi utilizado para verificar se as respostas contemplavam as inquietações do estudo, uma vez que a única forma de verificar se as perguntas são compreensíveis para a população alvo é sua aplicação em um pré-teste numa amostra semelhante⁽⁶¹⁾, e ainda possibilitar o início da amostragem em rede, já que tal participante indicou o próximo sujeito a ser entrevistado.

É importante que a entrevista seja norteada por questões que suscitem a motivação que impulsiona a ação, inserindo os entrevistados em suas experiências passadas e presentes (motivos porque) e remetê-lo ao seu futuro (motivos para)⁽⁴⁶⁾.

Dessa forma, as questões norteadoras foram:

- Descreva como é para você realizar o acolhimento no centro de saúde.
- Como você gostaria que fosse a realização do acolhimento?

A duração do encontro do pesquisador com os participantes foi em média 40 minutos, considerando a interação inicial e a entrevista propriamente dita.

2.7 Procedimentos Éticos

O estudo foi realizado em conformidade com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que discorre sobre a pesquisa com seres humanos⁽⁶⁴⁾. Sua realização foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde de Campinas (Anexo 1) e aprovada pelo Comitê de Ética e

Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob o nº CAAE 10200112.3.0000.5404 (Anexo 2)

Aos participantes do estudo, a pesquisadora solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) antes da realização da entrevista.

Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados com a letra “E”, inicial da palavra enfermeiro, seguido de números arábicos, de acordo com a ordem em que se realizaram as entrevistas “E1 a E9”.

2.8 Procedimentos para análise dos dados

Os dados obtidos foram as situações vividas que foram expressas pelos sujeitos. Para sua organização e análise, seguiram-se os passos de pesquisadores da fenomenologia social^(46,65).

Inicialmente foram realizadas leituras cuidadosas das entrevistas na íntegra, para que se pudesse apreender o sentido global da experiência do enfermeiro que realiza acolhimento no centro de saúde de Campinas^(46,65).

Em seguida, foi feita a releitura das entrevistas com o objetivo de identificar os aspectos significativos referentes ao contexto da experiência dos enfermeiros, contexto este que expressa os “motivos para” e “motivos porque”^(46,65).

A identificação e a descrição do significado da ação denominam-se categorização. As categorias são definidas como sínteses objetivas que refletem os significados da ação dos sujeitos investigados^(46,65).

O conteúdo das entrevistas que revela os “motivos porque” foi agrupado em categorias referentes a descrição das experiências e o que revela os “motivos para” em categorias que compreendem a expectativa do enfermeiro frente ao acolhimento.

A organização das categorias possibilitou a elaboração do tipo vivido “enfermeiro que realiza acolhimento no Centro de Saúde”

A discussão dos dados teve como eixo norteador o referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz e literaturas relacionadas à temática do estudo.

O esquema representativo da análise dos dados está apresentado na Figura 3.

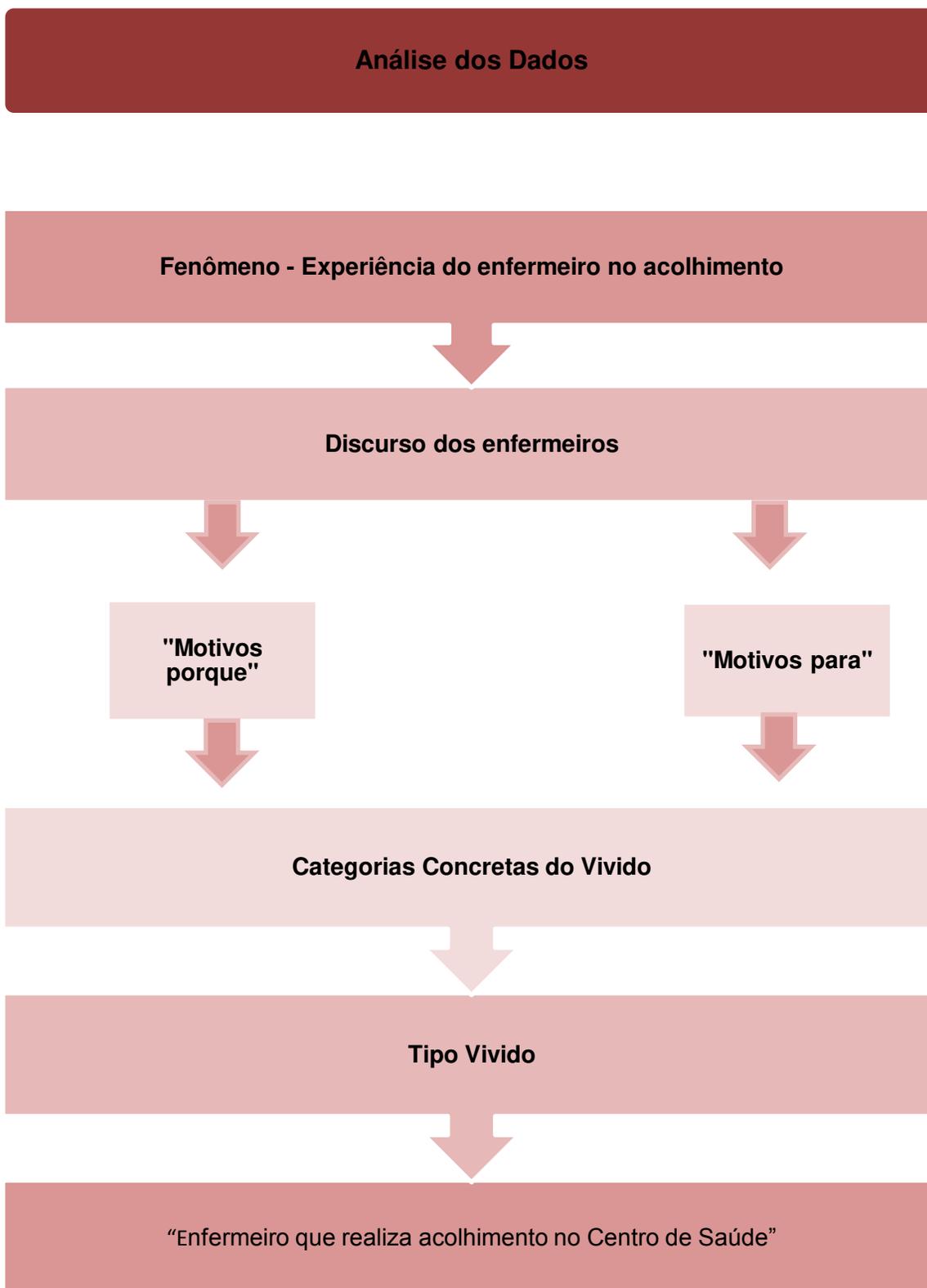


Figura 3 – Esquema Representativo da Análise dos Dados. Campinas, 2014

RESULTADOS

3. Resultados

O método escolhido possibilitou a identificação das características e dos significados das experiências dos enfermeiros, abrangendo os aspectos da profissão relacionados a vivência, percepções e pensamentos advindos do que ele compreende sobre a realização do acolhimento e discutidos pela ótica da relação interpessoal⁽⁴⁶⁾. Permitiu que fenômenos complexos e únicos fossem conhecidos, a partir da compreensão de sentimentos, valores e medos, como também explicou a reação frente aos problemas e situações encontrados, aproximando assim o conhecimento e a prática⁽⁴⁴⁾.

A compreensão da experiência do enfermeiro que realiza acolhimento possibilitou a organização e a análise das categorias concretas que incorporam os significados da realização dessa ação, expressos no tempo passado e presente “motivos porque” e os relacionados às expectativas “motivos para”.

3.1 Categorias Concretas do Vivido

Os “motivos porque” dos enfermeiros que realizam acolhimento são expressos em duas categorias **“A ação do enfermeiro no acolhimento: uma prática subordinada”** e **“Estar no mundo com o outro”**. Os “motivos para” são traduzidos pelas categorias: **“Acolhimento – Idealização”** e **“Saída Mágica”**.

3.1.1 Categoria A – “Motivos porque” **“A ação do enfermeiro no acolhimento: uma prática subordinada”**

Ao refletirem sobre a experiência vivida com o acolhimento, os enfermeiros relatam como este é executado na prática, destacando-o como procedimento e triagem. Expressam os

motivos porque o acolhimento é realizado, sendo um deles a necessidade de atendimento à demanda espontânea.

O acolhimento no centro de saúde de Campinas é você fazer consulta de demanda espontânea, não é acolhimento no sentido literal da palavra [...] (E8)

Hoje o acolhimento que existe no centro de saúde que atuo, ele é um pré-atendimento [...] (E4)

[...] eu vejo que muitas pessoas lidam com o acolhimento com relação...como se fosse um procedimento, né, existe aquela salinha voltada pra isso, então existe esse procedimento. (E6)

[...] existe um setor né, chamado acolhimento que fica na sala das enfermeiras [...] (E9)

O acolhimento realizado por enfermeiros é avaliado por eles como uma pré-consulta médica para avaliação das queixas trazidas pelos usuários.

E aí a gente acaba fazendo uma pré-consulta médica [...] porque eu vou, faço um exame físico completo, faço uma consulta praticamente médica e digo pra ele: ó o paciente tem isso [...] (E1)

Então, o acolhimento do enfermeiro virou uma pré-consulta médica pra apagar incêndio da unidade. (E2)

[...] é uma coisa, agora às vezes você ficar fazendo às vezes o papel que é de outro profissional pra suprir a falta de um outro profissional, um profissional médico, por exemplo. (E2)

[...] na verdade, o acolhimento ele passa a ser uma coisa assim, que tá visando só parece que a doença, a gente não consegue fazer um outro tipo de abordagem [...] (E7)

Para os enfermeiros, a resolutividade do acolhimento está diretamente ligada à necessidade de consulta médica.

[...] Ainda quando não tem médico nenhum é menos pior, porque você fala assim: Eu não tenho então vou encaminhar pro P.S (E1)

[...] Porque a partir do momento que você abre a porta e que você pode receber de tudo né, todas as histórias, todas as queixas, você tem que ter um fluxo de atendimento e tem que ter vazão pra isso né, e as nossas vagas de encaixe são limitadas, então o serviço fica naquela situação né, não posso dispensar, mas eu também não tenho mais essas vagas pra atendimento né, então fica muito complicado. (E9)

[...] Então, o enfermeiro acho que ele fica muito também nessa situação, porque ele sempre é, tá numa posição difícil, porque ou ele vai passar pro médico que vai ficar muitas vezes nervoso, porque aí as vagas já acabaram e tem os pacientes agendados, não dá pra ficar encaixando, e de repente ele vai desagradar o médico, ou ele vai desagradar o paciente [...] (E9)

[...] mas mesmo assim às vezes tem alguns horários que ficam sem médico disponível pra atender, então isso pra gente é complicador. Então por exemplo tem médicos que entram em férias, tem médicos que tá afastado, esse período sem médico disponível pra atendimento, então isso dificulta bastante pra gente (E5)

Os enfermeiros relatam que a procura pela unidade de saúde é para atendimento médico e que sua atuação no acolhimento é vista pelos usuários como barreira a este acesso.

[...] você acaba virando um fator de barreira pra atingir o acesso médico né, isso é muito complicado no meu modo de ver assim, porque a gente age como operador do boicote né, como o acesso médico ele é muito...ele acaba sendo restrito né, por falta de hora médica nas unidades de saúde [...] (E6)

[...] a visão que as pessoas têm do centro de Saúde, a população não é preventiva, não é um lugar pra passar em consulta, é pronto socorro mesmo [...]
(E1)

[...] acho que tem a ver também com a cultura né, da população de querer consumir saúde de uma forma imediatista né, quer respostas na hora [...] (E3)

Nos relatos dos enfermeiros, o acolhimento dificulta o processo de trabalho do centro de saúde, pois, para eles, a ESF tem a finalidade de prevenção e promoção da saúde e os enfermeiros que nelas atuam têm a função de reconhecer o território de abrangência, realizar consulta de enfermagem e atender sua equipe de referência, no entanto, o acolhimento ocupa a maior parte de sua carga horária.

Nós estamos dentro de um centro de saúde, que deveria fazer a parte de prevenção, de consulta agendada e os horários são muito tomados pra pronto atendimento. (E1)

[...] e o que é o foco da unidade que é acompanhar aquele paciente né, o crônico, evitar que ela tenha alguma doença, de prevenção, de promoção, acabam ficando pra trás né [...] (E9)

[...] sendo que mais da metade da minha carga horária fica pra pronto atendimento, eu não tenho tempo de estar dentro da minha equipe pra eu desempenhar o meu papel fundamental aqui dentro [...] (E1)

Por outro lado, alguns enfermeiros acreditam que o centro de saúde além da prevenção e promoção tem a função de acolher os pacientes da sua área de abrangência e que o acolhimento foi importante, pois organizou o processo de trabalho.

[...] eu acredito que se o centro de saúde ele tá inserido dentro de uma comunidade é porque de fato ele precisa acolher essa demanda, e aí a gente não pode ficar muito focado também só a questão do, do atendimento

programado né, eu acho que a gente tem que tá focado na demanda não programada, porque também é uma questão, é uma questão que a gente tem que dar conta sim [...] (E6)

[...] E aí falar no acolhimento...eu acho que faz parte como centro de saúde a gente atender as demandas [...] (E5)

[...], então eu acho que a ideia assim de organizar o atendimento né e ofertar pra aquele que tá precisando de uma atenção melhor, de mais atenção, foi boa. (E9)

[...] pensando nesse setor que foi denominado acolhimento, eu entendo que a lógica dele foi pra gente não perder muitos casos de pacientes que tavam precisando de uma atenção especial, fosse naquele dia ou fosse com um atendimento futuro né [...] (E9)

3.1.1 Categoria B – “Motivos porque” “Estar no mundo com o outro”

Ao refletirem sobre a prática do acolhimento, os enfermeiros relatam que esta ação provoca sentimentos, tais como desespero, angústia, alegria, pena, entre outros.

[...] mas a coisa virou tão absurda de atendimento, de que tem que ser muito rápido, do paciente não esperar, da gente não poder agendar para amanhã, se ele veio tem que ser resolvido hoje, se ele veio de manhã tem que ser resolvido de manhã, não pode postergar pra tarde, que a gente fica desesperado [...] (E1)

[...] só que acaba sendo um (rs) espaço de muito estresse pra equipe né, a equipe sofre muitas pressões do acolhimento né, é o espaço que nós nos sentimos pressionados né, a dar respostas, que não necessariamente a gente tem condições de dar respostas [...] (E3)

[...] então você se sente até pressionada assim, que você não pode estender aquele...é ampliar a sua conduta porque já tem um monte de gente te chamando, te interrompendo [...] (E7)

[...] é não é uma coisa fácil porque é estressante, muitas vezes a gente se envolve com o problema do paciente, é.. a gente quer tentar ajudar da melhor forma possível mas às vezes a gente não consegue também [...] (E5)

[...] Tá mas assim, acho que o acolhimento pelo que a gente percebe, ele trás muitos sentimentos né, de raiva, dó, compaixão, tristeza, alegria, depende do que vem né [...] (E9)

A resolutividade do acolhimento tem um significado de ajuda, o que gera um conflito, pois quando conseguem resolver o problema (ajudar), sentem-se bem e realizados, quando não, ficam frustrados.

[...] Então, assim...eu me sinto bem por tá podendo ajudar [...] (E1)

[...] E aí não sei assim, tem horas que eu me sinto bem podendo resolver os problemas dos pacientes, as questões, mas às vezes me dá uma frustração quando eu não consigo encaminhar o paciente [...] (E5)

[...] tem a parte boa, lógico porque assim, a gente acolhe o paciente e no pouco que você fizer, qualquer coisa que você perceba que aquela pessoa entendeu a sua orientação, que vai ter uma mudança, que você tá ajudando, então assim a gente também se sente realizado nisso né, tem um lado bom de fazer os acolhimentos [...] (E7)

[...] porque a unidade ela tem uma lógica de funcionamento, que não necessariamente atende a demanda daquela pessoa e muitas vezes isso traz sentimentos de angústia, de tristeza, de frustração, né [...] (E9)

O enfermeiro identifica os sentimentos do usuário em relação a ele e a equipe diante do acolhimento.

[...] É a pessoa descontar a frustração que ela tem no sistema de saúde naquele profissional que tá ali, né, então olha, por exemplo, não tem vaga de

encaixe hoje, você vai pro pronto socorro, por exemplo, ele desconta tudo, ele te xinga, ele te ameaça, ele te coagi, ele tenta te colocar contra a parede, porque na verdade ,isso não é contra você... [...] (E9)

Os sentimentos despertados pelo acolhimento têm influência direta em relacionamentos e atendimentos futuros.

[...] foi falado sobre isso, sobre o embrutecimento, por várias unidades, o embrutecimento do profissional, não sei se depende de tanto sofrer, de tanto, né, ser maltratado, de ser coagido, de se frustrar né [...] (E9)

[...] acho que farmácia e esse lugar que se chamou acolhimento né, eu acho que isso é os lugares que você mais recebe a frustração e a agressividade do paciente, eu acho que isso ao longo do tempo acaba minando mesmo o funcionário, e aí cada um é um ser humano, cada um responde de uma forma, uns você percebe que ficam mais agressivos, outros ficam mais armados, outros vão ficando mais indiferentes, outros vão ficando mais frios [...] (E9)

A personalidade do profissional da equipe influencia na forma como o acolhimento é realizado, assim como sua abertura e disposição para estar com o usuário.

[...] Aí acho que o que dificulta também é a questão do, da abertura dos profissionais em fazer esse atendimento [...] (E5)

[...] eu acho que isso acaba sendo mais tranquilo, principalmente pras pessoas que têm um perfil mais receptivo, mais aberto [...] (E9)

[...] depende muito da sua postura enquanto profissional de fazer um bom acolhimento ou não ao paciente, e aí são coisas que são mais difíceis da gente intervir também [...] (E5)

[...] acho que às vezes é falta de vontade mesmo das pessoas de assumirem essa questão de....até de se importar com o paciente, [...] (E5)

3.1.2 Categoria A – “Motivos para” “Acolhimento – Idealização”

Os enfermeiros idealizam um acolhimento que um atendimento integral ao usuário a partir da escuta e da identificação das necessidades trazidas e em consequência disso, a formação de vínculo.

[...] Nesse sentido que eu gostaria que o acolhimento fosse algo que aproximasse a gente do paciente, que ele se sentisse à vontade de conversar, que a gente pudesse avaliar o paciente [...] (E1)

[...] acolhimento de qualidade, a gente entender o porquê que o indivíduo tá procurando um serviço de saúde desse tipo, o que que ele tá passando, qual a situação que ele tá vivendo [...] (E1)

Como eu gostaria se a gente pudesse trabalhar da forma como ele foi pensado, acho que seria muito bom, e isso inclui assim, desde a recepção até os auxiliares também, o atendimento às vezes com a gente mesmo, acho que não só de ter um olhar integral pro paciente, mas pra família como um todo [...] (E5)

[...] teoricamente a gente entende que o acolhimento é em todos os momentos, em todos os setores, que é você receber o paciente [...] (E9)

Para os enfermeiros, o acolhimento ideal, que condiz com sua função no centro de saúde, é voltado prioritariamente à perspectiva da educação e promoção da saúde.

[...] um acolhimento do enfermeiro, que seria num momento que eu tô aqui, alguém me chama, fala, olha uma puérpera tá com dificuldade de amamentação, você pode dar uma orientação, que é o nosso papel...sabe...eu tô com um paciente com uma ferida, você pode avaliar um curativo [...] (E1)

[...] um acolhimento de abordagem sindrômica, um auxílio numa mãe que tem dificuldade pra amamentação [...] (E2)

Eu acho que esse outro lado do acolhimento, mais da enfermagem, mais educativo, eu gostaria que fosse assim [...] mas eu gostaria que fosse assim,

que a gente tivesse tempo de se dedicar àquele paciente que precisa de uma orientação. (E2)

Os enfermeiros idealizam um acolhimento no qual os saberes são compartilhados entre os membros da equipe.

[...] eu gostaria que fosse um acolhimento até com essa característica, não de passar o paciente pro enfermeiro atender, mas de trocar uma ideia [...] (E1)

[...] eu queria que aqui o acolhimento fosse ...atendimento compartilhado, não apenas individualizado, onde primeiro passa com o auxiliar, depois passa com o enfermeiro e depois com o médico, que às vezes o atendimento pudesse ser o enfermeiro com o auxiliar, o médico e o auxiliar, enfermeiro com o médico, junto com o paciente [...] (E4)

Os enfermeiros idealizam que o atendimento no acolhimento só poderá ser integral mediante a presença de fatores como tempo para realizar o cuidado com tranquilidade, diminuição da demanda, recursos humanos e infraestrutura adequada.

[...] poderia dar respostas muitos melhores e mais qualificadas se a gente tivesse uma população do tamanho que a gente dá conta né, ou ao contrário, se a gente tivesse uma equipe do tamanho, que desse conta da quantidade de pessoas que a gente atende [...] (E3)

[...] mas a condição de trabalho eu acho que também é determinante pra gente fazer uma assistência à saúde com mais qualidade. (E3)

[...] se a gente tivesse condições de, de ter esse olhar mais integral pro paciente, fazer um bom atendimento, se a gente não fosse estrangulado pela demanda que a gente tem aqui, acho que a gente conseguiria fazer...é um bom trabalho. (E5)

[...] Então em relação a como eu gostaria que fosse, eu gostaria que a gente pudesse fazer as coisas com mais calma, com menos pressão, porque eu acho que isso qualificaria [...] (E3)

[...] Daí a gente ia conseguir ouvir e fazer um bom acolhimento, que às vezes esse tempo falta [...] (E2)

A resolutividade é idealizada como consequência de um acolhimento integral.

[...] então igual eu aprendi na faculdade : ah o centro de saúde deve dar conta de atender os 70% pelo menos dos casos que chegam e eu acho que isso é até possível, se a gente faz um acolhimento adequado pro paciente a gente consegue direcionar esse atendimento [...] (E5)

[...] eu não sei, acho que talvez se a gente conseguisse ter esse olhar mais integral pro paciente, a gente conseguiria direcionar as coisas de uma forma mais efetiva, mais eficaz e eu acho assim, que é nesse sentido [...] (E5)

3.1.2 Categoria B – “Motivos para” “Saída Mágica”

A solução para o acolhimento ser realizado pelo enfermeiro como na teoria é trazida como algo distante da realidade deles.

*[...] não sei, não sei se existe formula mágica pra gente lidar com o acolhimento
[...] eu penso nisso assim diariamente, o que a gente poderia fazer, mas também não descobri ainda uma fórmula [...] (E5)*

*[...] acho que é um sonho, acho que é muito grande, né e é muito grande porque são... quando se fala em saúde né, como diz né a própria definição, não é só a biologia, o físico, é o social, é o econômico, é o espiritual. Então você agir em todos esse pólos eu acho que é muito, muito grande, é muito complexo
[...] (E9)*

Uma das saídas encontradas para que os problemas do acolhimento sejam solucionados depende da política, da gestão e da população.

[...] é muito complexo, eu não sei, acho que precisaria estruturar muito mais o país mesmo, em todos os sentidos, a educação, a segurança, a economia (E9)

[...] mas eu acho que deveria lógico ter mais pronto atendimento pra atender a população porque eu não acho que são eles que têm de pagar pela falta de estrutura, né [...] (E1)

[...] se você tivesse equipamentos mais acessíveis, com mais recursos que realmente pudessem, né, melhorar o atendimento [...] (E9)

Outra saída encontrada é que se o acolhimento é somente um local para receber queixas, então que se tenha um local específico para atendimento dessa população.

[...] É eu acho que devia ter um só e que a gente tivesse uma equipe de acolhimento, que aí o paciente não esperaria tanto, não tomaria tanto o tempo das equipes e ele seria mais direcionado [...] (E1)

[...] nesse fluxo de ser uma equipe pra acolhimento, de ter uma senha separada para acolhimento, e de nem tudo que vem ser atendido [...] (E1)

O acolhimento como um local para receber queixas não deverá somente ser função do enfermeiro e da enfermagem, mas de responsabilidade de toda a equipe, todos teriam que atender à demanda espontânea.

[...] que isso teria que ser uma coisa trabalhada aos poucos, que é o que a gente tá tentando agora, depois de muitas reuniões de equipe, reunião de colegiado, tentar desvincular um pouquinho o acolhimento do enfermeiro [...] (E1)

[...] Eu gostaria que ele fosse multiprofissional [...] (E4)

Eu queria na verdade que o acolhimento fosse trabalhado, vamos dizer assim, por todos da equipe, né, que a gente pudesse discutir as coisas, compartilhar com os outros profissionais. (E7)

Eu, eu acredito muito que o acolhimento pra dar certo ele tem que ser o acolhimento da equipe sabe, a porta de entrada ela não pode ser feita só pela enfermagem em si, então assim, eu gostaria que o acolhimento de fato fosse feito por todos os trabalhadores da equipe de referência, que tivesse hora disponível pra tá fazendo isso, que o médico tivesse hora, que o dentista, que o auxiliar de enfermagem, que o enfermeiro. (E6)

[...] Eu gostaria que fosse feito por todos os profissionais...tem que ser um compromisso da equipe [...] (E8)

A criação de um protocolo de atendimento seria a saída para auxiliar os enfermeiros no atendimento ao usuário.

[...] então eu acho que isso falta, eu queria que existisse uma coisa, uma sistematização, um protocolo, alguma coisa que falasse e desse mais autonomia pra nós enfermeiros [...] (E7)

[...] Então, que queria ter alguns protocolos que me auxiliassem no atendimento do usuário. (E4)

[...] mas eu acho que pra agora, pro nosso momento, pro nosso mundo, eu acho que se tivesse protocolos bem definidos pra diversas situações..... eu acho que isso seria muito bom [...] (E9)

3.2 Tipo Vivido: “Enfermeiro que realiza acolhimento no Centro de Saúde”

A tipificação possibilita a compreensão do fenômeno, o qual se desvela a partir das experiências subjetivas e intersubjetivas do sujeito. É um esquema conceitual que reúne as

vivências conscientes da pessoa ou de um grupo social⁽⁴⁶⁾. Quando este esquema é padronizado e regular, possibilita uma compreensão mais abrangente do fenômeno⁽⁵⁸⁾.

Os aspectos típicos da ação dos enfermeiros que realizam acolhimento, os “motivos para” e os “motivos porque” permitiram a elaboração do tipo vivido “Enfermeiro que realiza acolhimento no Centro de Saúde” como aquele que realiza o acolhimento restrito a um procedimento, fragmentado, pouco resolutivo, dificultador de suas reais funções no centro de saúde. Realiza uma ação subordinada ao outro, ou seja, à demanda espontânea que necessita de atendimento, ao modelo biomédico, e aos gestores que necessitam oferecer acesso universal à população.

Tal prática é produtora de sentimentos, os enfermeiros têm conflitos internos, sentem-se pressionados, frustrados e angustiados com o acolhimento, mas ao mesmo tempo ficam realizados quando conseguem resolver/ajudar o usuário. Esses sentimentos em conjunto com as experiências vividas são apontados como influência a futuros relacionamentos entre usuários e enfermeiro.

Os “motivos para” e “motivos porque” permitiram ainda a apreensão do enfermeiro como aquele que idealiza um acolhimento pautado na escuta, na identificação das necessidades do usuário, no compartilhamento de saberes, que acredita que a qualidade do acolhimento depende de fatores externos a si, como o tempo que se tem para realizar esta ação, o tamanho da demanda, da infraestrutura e dos recursos humanos disponíveis. Acredita que não tem maior resolução no acolhimento porque o mesmo não acontece como no plano ideal. Ao mesmo tempo, idealiza um acolhimento orientado para a educação e promoção da saúde e não para o atendimento de queixas agudas.

A aproximação do acolhimento idealizado mostra-se como algo distante para os enfermeiros. As saídas propostas para o acolhimento ser como ideal aparecem de uma forma mágica, pois não passam pelo enfermeiro, não são de sua responsabilidade, dependem de que

os outros ajam para que a solução seja encontrada, da mudança na forma de organização do acolhimento, da criação de protocolos definidos e da participação multiprofissional.

O esquema representativo dos resultados deste estudo está descrito na Figura 4.

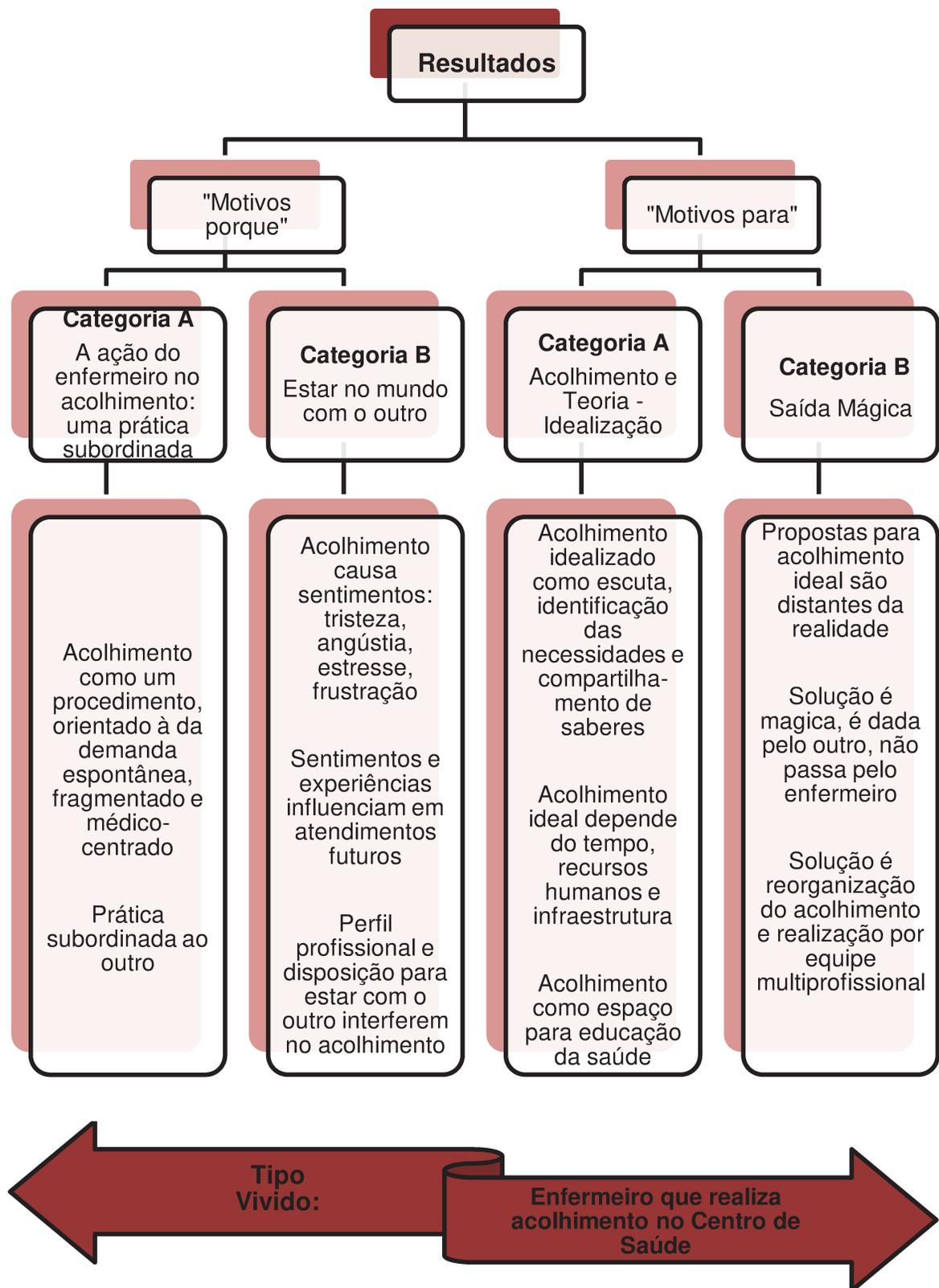


Figura 4 – Esquema das categorias que expressam o resultado do estudo. Campinas; 2014



DISCUSSÃO

4. Discussão

A enfermagem é a ciência do cuidar, na qual é importante que o enfermeiro se envolva com o usuário caracterizando uma relação em que se priorize o reconhecimento das implicações do processo saúde-doença na vida do sujeito⁽³⁰⁾.

O mundo social onde o homem nasce e tem que encontrar seu caminho, é vivenciado por ele como uma rede fina de relações sociais^(55,66). A organização desse mundo se constitui da realidade social das pessoas que nele vivem, mundo que além de físico é sociocultural, de forma que frequentemente encontramos hierarquias de superioridade e subordinação, de líder e seguidor^(55,66). Neste estudo, a compreensão das relações da enfermagem no acolhimento com o outro, é mediada por superioridade, subordinação e poder, outorgado aos homens, médicos, gestores e população por questões históricas, sociais e culturais.

As ações e as orientações dos indivíduos são influenciadas por sistemas culturais preexistentes. A herança cultural, as interpretações do mundo social e dos relacionamentos são transmitidas aos membros de um grupo interno formando a *“concepção relativamente natural do mundo”*^(55,66). Essa visão do mundo, além de compreender a interpretação das relações sociais, compreende também os costumes, crenças, hábitos e normas que regulam a conduta humana^(55,66).

Ao interpretar o mundo do senso comum, compreendeu-se que durante anos o enfermeiro foi submisso e oprimido, de tal modo que configura uma atitude naturalizada⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

As tradições, os valores, as crenças e as relações entre diferentes grupos e espaços do passado são componentes do presente de grupos sociais⁽⁶⁹⁾. A história da enfermagem é de opressão, estereótipos e preconceitos, o que gera subordinação a grupos dominantes⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾, o que pode explicar a prática atual dos enfermeiros no acolhimento.

A situação de subordinação pode ser reforçada, atualmente, pelo fato de a enfermagem ainda ser vista como uma profissão socialmente desvalorizada por ser manual e exercida predominantemente por mulheres, que culturalmente eram consideradas como subalternas e inferiores aos homens, por isso antigamente eram privadas de tarefas mais nobres^(31,70-71).

Avaliando a trajetória da enfermagem, nota-se que a percepção dos enfermeiros é formada a partir da história do cuidar, que tem suas raízes nas práticas empíricas, cujo conhecimento vinha do senso comum, recebido de ancestrais^(70,72).

O cuidado durante Idade Média (século V-XV) era ofertado como caridade, visando à salvação da própria vida⁽⁷⁰⁾. Percebe-se que nos dias de hoje o conceito de cuidar pode estar ligado ao de benevolência, pois o enfermeiro relata que se sente bem quando consegue ajudar ao usuário e frustrado quando não, o que nos dá a impressão de que o cuidado é oferecido visando o bem-estar do enfermeiro, que oferece um bom atendimento para sentir-se bem consigo mesmo.

Por outro lado, essa relação de ajuda descrita pelos enfermeiros pode ser entendida como uma prática que pretende ajudar o usuário a ajudar-se, com foco na pessoa do outro e não nele mesmo. Não é uma prática a ser realizada para o usuário, mas sim, o fornecimento de condições para que ele seja capaz de avaliar seus problemas e tomar decisões⁽⁷³⁾.

No século XVI, devido à reforma protestante, as religiosas de alguns países, como a Inglaterra, foram expulsas dos hospitais, obrigando a sua substituição. Na época, não havia pessoal qualificado para tal e o trabalho era insalubre e mal remunerado, então as pessoas que se apresentavam para cuidar dos enfermos eram de baixa escala social. O cuidado era realizado sem nenhuma formação, o que propiciou uma imagem negativa da enfermagem⁽⁷⁰⁾.

No Brasil, os primeiros a se ocuparem do cuidado eram os pajés, mas com a colonização, essa função foi assumida por religiosas, leigos e escravos, que trabalhavam nas

Santas Casas (hospitais que se destinavam a atender os pobres e os enfermos). A enfermagem tinha atuação estritamente prática e era exercida por pessoas sem escolaridade, em sua maioria por mulheres recrutadas das prisões⁽⁷⁴⁾.

A enfermagem foi revolucionada a partir de Florence Nightingale, que contrariou o destino de uma mulher de família britânica rica e aristocrática, à qual a educação e o trabalho eram vedados^(70,75), para ser enfermeira e prestar serviços em hospitais. Florence abriu caminhos para uma nova representação da mulher e profissionalização da enfermagem, pois percebeu que eram necessários conhecimentos adquiridos por meio de treinamentos específicos para cuidar com qualidade^(68,75).

Florence organizou a enfermagem e subdividiu-a hierarquicamente, enfatizando a divisão técnica e social do trabalho. Substituiu a prática empírica por uma prática sistematizada, racional e com fundamentação teórica⁽⁷⁴⁾, entretanto, o processo educacional dos enfermeiros era gerido por médicos, e suas bases teóricas eram em conformidade com as práticas médicas, com transferência de técnicas e procedimentos para a enfermagem, que deveria cuidar dos doentes e cumprir as ordens^(74,76).

A consagração do saber médico em detrimento ao da enfermagem está ligada aos fatos históricos de que para exercer a enfermagem não era necessário conhecimento técnico-científico e era o médico que detinha o saber e o transferia à enfermagem⁽⁷⁰⁾.

A subserviência à medicina pode ser observada no contexto atual do enfermeiro, quando o mesmo desvaloriza seu trabalho no acolhimento associando-o a uma pré-consulta médica, no qual a solução para todos os problemas trazidos pelos usuários é de competência médica.

Ao afirmar que a população o enxerga como barreira ao acesso médico, o enfermeiro expressa o que ele mesmo sente, uma vez que revela estar lá para avaliar quem deve passar em consulta médica, já que não é possível que este profissional atenda toda a demanda. Um

estudo realizado em Portugal também revelou que os enfermeiros ainda são subservientes e subordinados ao médico⁽³⁷⁾.

Ao desvalorizar sua profissão, os enfermeiros desprezam o potencial da enfermagem em ser uma possibilidade concreta para a transformação da sociedade e do sistema de saúde, a partir do desenvolvimento de um cuidado integral, que acolhe os indivíduos e sua família compreendendo suas diferenças sociais⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Para ocorrer a afirmação e a valoração profissional, há a necessidade de os enfermeiros entenderem que, embora compartilhem um saber próximo ao da medicina, existe a possibilidade de construção de objetos específicos e teorias próprias para seu corpo de conhecimento e práticas^(70,76). Em alguns momentos sua prática clínica vai se constituir em justaposição e em outros de integração do conhecimento com os membros da equipe multiprofissional⁽³⁸⁾.

As possibilidades e os limites de atuação na equipe multiprofissional é algo ainda desconhecido pelo enfermeiro, apesar da ampliação do campo de desenvolvimento de seu trabalho, o que é prejudicial à produção de autonomia e reconhecimento profissional^(43,76).

O trabalho do enfermeiro tem se modificado em decorrência do SUS e da ESF, pois estes transformam sua natureza e a demanda dos usuários^(70,76). As demandas trazidas pelos usuários têm exposto os enfermeiros a lidarem com situações complexas e inespecíficas, para as quais seus saberes e atividades técnico-científicas não têm sido suficientes, o que provoca novas reações ou reproduz práticas instituídas⁽³⁸⁾.

Seguindo-se as propostas do acolhimento, a demanda do usuário deveria ser trabalhada por meio da escuta, compreensão de suas necessidades e do diálogo e então as soluções poderiam ser mais facilmente encontradas, o que não necessariamente deve se resumir a consulta médica^(12,17,19).

O acolhimento deve modificar o cotidiano do serviço, se tornar usuário-centrado e ter a finalidade de ampliar o acesso, a qualidade do atendimento e contribuir para um SUS universal, integral e comprometido com a defesa individual e coletiva, pressupondo a melhora na relação entre usuários e profissionais⁽⁷⁷⁾. Entretanto, está sendo visto pelo enfermeiro como empecilho à realização de suas funções, pois acredita que o Centro de Saúde atua basicamente em prevenção e promoção da saúde

As estratégias de prevenção da saúde não devem ser negligenciadas, mas a principal função da ESF é aliviar o sofrimento do usuário por meio do cuidado individual e familiar, ou seja, precisa também considerar as especificidades do território⁽³⁰⁾. O trabalho deve se organizar a partir da identificação das necessidades de saúde daquela comunidade, para que se tenha uma resposta apropriada, articulada com outros serviços de saúde e que responda ao que a população necessita⁽³⁰⁾.

A ESF deve superar as práticas curativas e preventivas do modelo de atenção básica, buscando possibilitar o acesso a melhores condições de vida aos usuários, incluindo-os como agentes ativos na defesa da saúde⁽³⁰⁾. Para isso é importante que os enfermeiros ampliem sua concepção restrita sobre as finalidades preventivas de sua prática para uma visão de finalidade e ações mais abrangentes, coerentes com a integralidade em saúde⁽³⁰⁾. Uma possibilidade para mudança de sua prática consiste em relações mais efetivas entre trabalhador e usuário, sendo uma delas o acolhimento⁽³⁰⁾.

No entanto, os achados desta pesquisa, assim como em outras^(15,18,24), mostram que o acolhimento na prática é uma sala com a finalidade de avaliação de queixas agudas pela equipe de enfermagem. Dessa forma o enfermeiro classifica o acolhimento como uma triagem da demanda espontânea.

Ressalta-se que o atendimento a demanda espontânea da ESF é diferente daquele do

pronto-atendimento, uma vez que a ESF possibilita o conhecimento dessa população previamente, o retorno da mesma com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo⁽⁷⁸⁾. Porém, assim como apontado em outro estudo⁽⁷⁹⁾, os enfermeiros percebem a demanda espontânea como um peso na rotina de trabalho. Para eles, os usuários não conhecem a proposta da ESF e procuram a unidade visando ao atendimento médico, entretanto, esclarecer os usuários sobre o trabalho do centro de saúde, não faz parte de sua rotina.

O acolhimento à demanda espontânea que deveria ter o objetivo de aumentar o acesso e a humanização, transformar o processo de trabalho e construir relações entre profissionais e usuários, está configurado como um procedimento de recepção pontual⁽²⁴⁾.

Ao revelar o acolhimento como um procedimento, o enfermeiro demonstrou um afastamento que significa uma relação de anonimato com o usuário. As experiências do mundo da vida se dão segundo graus de familiaridade e anonimato. A relação de familiaridade é vivida sob a forma de “nós” e permite apreender o outro como único em sua individualidade. Por outro lado, quanto mais anônima uma relação, mais afastada estará a individualidade do seu semelhante, e poucos aspectos se tornam relevantes no problema que deveria resolver⁽⁵⁵⁾.

O tipo de relação que caracteriza o outro por um número, anônima, difere da intenção do acolhimento, que por meio de uma relação face a face, busca uma relação de “nós”, no qual o outro é considerado como ser dotado de subjetividade, e é compreendido para além de um corpo físico⁽⁵⁵⁾. No entanto, o enfermeiro em seu mundo vida se depara com situações sociais durante a relação e imediatamente captam uma solução já utilizada, trazendo em sua ação marcas do hábito e do automatismo⁽⁵⁵⁾.

Assim, práticas padronizadas são repetidas diariamente sem se questionar sua finalidade e seus resultados na vida do outro, seja ele o enfermeiro ou o usuário⁽⁷⁶⁾.

Falta para o enfermeiro criatividade, reflexão e crítica para lidar com as solicitações do outro, para reconstruir sua história e assim poder sair dessa situação de passividade e subordinação que gera sofrimento psíquico e moral, determinando uma relação dolorosa com o exercício da profissão⁽⁷⁶⁾, pois o trabalho em saúde produz um valor que implica no modo que nos relacionamos com o outro. É este afeto o responsável pelos sentidos atribuídos ao próprio trabalho e ao cuidado por ele viabilizado⁽³⁸⁾.

A relação com a profissão é agravada por todos os estereótipos da enfermagem e pela compreensão errônea da profissão, que otimiza a queda na autoestima, no autoconceito dos enfermeiros e em suas relações profissionais, aumentando ainda mais as condições precárias de trabalho a que estão sujeitos⁽³¹⁾.

O trabalho na saúde implica em relações entre profissionais e usuários, entre os membros da equipe e entre profissionais e gestores, que podem resultar em satisfação ou sofrimento com a profissão⁽⁸⁰⁾.

Os enfermeiros do presente estudo, assim como em outro⁽⁸⁰⁾, ao relatarem o sentimento de alegria em ajudar o usuário, associam a satisfação com o trabalho à resolubilidade do problema trazido.

A satisfação pode ser reconhecida como um estado emocional prazeroso, resultante de múltiplos aspectos do trabalho, influenciando no comportamento do trabalhador, na forma de enfrentar os problemas e na tomada de decisão⁽⁸⁰⁾. A satisfação no trabalho tem implicação na saúde do trabalhador e nos resultados da assistência prestada⁽⁸⁰⁾. Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menores índices de adoecimento⁽⁸⁰⁾.

Por outro lado, os demais sentimentos relatados pelo enfermeiro, tais como angústia, desespero, frustração, que são os que prevaleceram nos discursos, demonstram que a relação

com o acolhimento é de sofrimento e insatisfação, confirmando a situação de passividade e subordinação a que ele está sujeito.

Ao significar os sentimentos do usuário em relação a si e a equipe de forma negativa, o enfermeiro confirma seu sofrimento com a situação de subordinação, uma vez que o homem compreende o mundo através da interpretação de suas próprias experiências e não conhece o contexto de significação que classifica as experiências que o outro viveu, interpreta-as com os termos que ele mesmo viveu⁽⁵⁵⁾.

Somente uma parte do conhecimento do homem se origina na experiência pessoal, a maior parte dela é derivada do social⁽⁵⁵⁾. Todo o tempo os enfermeiros associam o acolhimento às experiências que se deram no mundo social, que como já citado anteriormente, neste estudo prevalecem àquelas dotadas de negatividade.

Essa associação leva os enfermeiros a não ter perspectivas para futuros relacionamentos, gerando a desumanização do atendimento, e traduzido como embrutecimento do profissional, falta de envolvimento e compromisso e que pode ser observado nas entrevistas⁽⁸¹⁾.

O termo envolvimento pode gerar discussões a respeito do limite entre profissional-usuário, pois poderia trazer prejuízos no processo de cuidar, pois com o distanciamento o profissional é capaz de examinar minúcias e dar uma sequência coerente aos acontecimentos. Entretanto, tem que haver um meio termo, pois se sabe que a eficácia do cuidado é maior quando externamos nossos sentimentos em reciprocidade⁽⁸¹⁾.

Uma relação recíproca irá acontecer quando em uma relação face a face, o acolhimento, por exemplo, o enfermeiro e o usuário assumem a “orientação para o outro”, com consciência mútua desse outro como pessoa e participante ativo⁽⁵⁵⁾.

As relações e grupos aos quais o homem pertence, não são de sua livre escolha, entretanto ele pode eleger qual parte de sua personalidade irá participar deles⁽⁵⁵⁾. Assim como relatado pelos enfermeiros na categoria B dos “motivos porque” a abertura dada para estar com o outro nos relacionamentos exigidos no acolhimento depende do profissional, o que vai influenciar no modo como o cuidado é ofertado. O trabalhador abre-se para o afeto quando interroga o usuário, suspendendo assim ações padronizadas⁽³⁸⁾.

Em sua idealização de como deveria ser o acolhimento, o enfermeiro defende que esta ação deve ser um espaço potente para humanização dos serviços de saúde, baseando-se na escuta do usuário, identificação de suas necessidades e um trabalho feito em equipe, no qual o compartilhamento de saberes entre os membros favorecesse a resolução do problema trazido.

Além disso, os enfermeiros idealizam que o acolhimento do enfermeiro deveria ser somente na perspectiva da orientação. Nesse sentido, os enfermeiros demonstram que sua prática está voltada para o modelo tradicional de prevenção às doenças, no qual o enfoque é evitar a enfermidade, sendo o usuário responsável pela sua saúde⁽⁸²⁾.

Entretanto, a atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde para todas as necessidades e problemas da população, e prevenção de doenças é somente uma de suas quatro tarefas essenciais, estão presentes ainda a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação⁽⁸³⁾.

Há a necessidade de os enfermeiros associarem que a ESF vai além do modelo preventivo, trabalha com intervenção participativa, mobilização comunitária e busca romper com o individualismo, na tentativa de mudar a situação dos indivíduos e do meio ambiente, promovendo o bem estar e a saúde⁽⁸²⁻⁸⁴⁾. Neste contexto de cuidado, a relação do usuário com o trabalhador de saúde deve ser de proximidade, na qual está presente a atenção e a integralidade⁽⁸⁴⁾.

As relações que são estabelecidas com o usuário e sua família são a base do trabalho dos profissionais de saúde, no qual é necessário considerar os aspectos dessa relação para que se tenha um cuidado mais eficiente e humanizado, transformando assim a cultura assistencial para a valoração dos aspectos subjetivos^(13,30).

Para bem cuidar, o enfermeiro requer a capacidade de responsabilização pelo usuário, compreensão de seu contexto social, suas necessidades e expectativas⁽³⁷⁾. Capacidades como estas, segundo os enfermeiros, são idealizadas para o acolhimento mediante tempo para realizar os atendimentos, demanda, estrutura física e recursos humanos adequados. Nesse sentido, nota-se que o enfermeiro atribui a responsabilidade da qualidade de seu trabalho a fatores externos a si, quando na verdade, esses deveriam ser componentes que o auxiliassem na produção do cuidado.

A reorganização dos serviços é essencial para se prestar cuidados de enfermagem e manter os processos de trabalho em ordem, evitando o desgaste dos profissionais⁽³⁷⁾. No entanto, para cuidar é preciso, além disso, é necessário competência técnica, corresponsabilização e a utilização de tecnologias leves, que possibilitem a abertura a sentimentos que envolvam o próximo, a sensibilidade por meio do interesse, do respeito, da atenção e da consideração pelo outro^(37,81).

A saída encontrada pelos enfermeiros para a resolução dos problemas do acolhimento realizado por eles se dá externamente às suas ações, dependendo da estruturação de outros órgãos, do país, da gestão e da população, em um plano distante da realidade. Dessa forma, a Categoria B dos “motivos para” foi chamada de Saída Mágica, uma vez que a responsabilidade de resolver as dificuldades relacionadas ao seu trabalho é de outros, e não dele mesmo.

As experiências e vivências do homem durante sua vida constituem seu estoque de conhecimento à mão e a sedimentação dessas experiências a sua situação biográfica⁽⁵⁵⁾, dessa

forma a prática do enfermeiro dessa pesquisa revela um conhecimento centrado na lógica biomédica e no cuidado fragmentado.

A interpretação da experiência vivida faz com que o enfermeiro proponha o acolhimento como um local específico para receber queixas agudas e com uma equipe específica. Isso é o revés de sua idealização, pois acolhimento não é um espaço ou local, e não presume o profissional e hora para o atendimento. É uma ação de todos profissionais que deve acontecer a todo o momento e em todos os locais na unidade⁽¹³⁾.

Existe a necessidade de que os enfermeiros compreendam que o acolhimento não é uma etapa do processo de trabalho, mas uma ação que faz parte do processo de produção de saúde, que qualifica as relações em diferentes dimensões: relacionais, técnicas, clínicas e que deve ser trabalhado em todo encontro entre profissionais e usuários⁽¹³⁾.

Outra saída apontada pelos enfermeiros para que o acolhimento seja como o idealizado é que se criem protocolos para nortear os atendimentos no acolhimento. No entanto, o MS tem publicação⁽⁷⁸⁾ a respeito das abordagens de situações comuns no acolhimento, o que nos permite inferir que, os enfermeiros desconhecem os recursos existentes.

Ressalta-se que há a necessidade de fluxos pré-definidos que orientem as possibilidades de resolução dos problemas, mas que estes priorizem o cuidado de enfermagem no contexto relacional, colocando o usuário no centro das ações do enfermeiro, uma vez que a criação de protocolos pode favorecer um acolhimento desvinculado da humanização dos serviços de saúde e da escuta qualificada e uma relação anônima com o usuário.

Assim como já citado anteriormente, a relação do enfermeiro com o usuário no acolhimento é permeada por sentimentos de poder e subordinação, o que pode significar para o enfermeiro que esta ação é imposta a ele. Nesse sentido, realizar acolhimento é tão sofrido que o enfermeiro vê a sua libertação por meio da divisão da responsabilidade de acolher com o

outro, quando expõe o desejo de que a equipe multiprofissional realize esta ação, não porque é interessante e importante para o usuário, mas porque se ele faz, todos também deveriam fazer.

O contexto acima nos permite destacar que alguns trabalhadores não têm conseguido colocar em prática aspectos essenciais do cuidado, perdem a sensibilidade, se esquecem de conversar e de ouvir, entretanto, como cuidar quando não se é cuidado?

A humanização do atendimento deve servir para todos, afinal é caracterizada por “gente que cuida de gente”. Os enfermeiros dos centros de saúde do município estudado por meio dos seus discursos dão indícios de que estão em sofrimento e que devem ser os primeiros a serem cuidados, assim como já apontado em outro estudo⁽⁸¹⁾. Dessa forma, os gestores, as equipes e os próprios enfermeiros, que na maioria das vezes lideram os serviços, devem olhar não só para os usuários, mas também para os profissionais, estimulando o ânimo e satisfação⁽⁸¹⁾.

Ser cuidado na tentativa de diminuir a situação de desgaste em que se encontram, portanto, seja por meio da revisão das condições de trabalho, da adequação dos recursos humanos ou da oferta de um espaço de lazer⁽⁸⁵⁾, pode favorecer que o acolhimento seja realizado pelo enfermeiro como um cuidado de enfermagem.

Vale ressaltar que os desgastes e as tensões enfrentados pelos enfermeiros incluem também o não reconhecimento de sua prática e seu trabalho pela própria equipe⁽³⁸⁾. Por isso, é necessário que o enfermeiro diminua o distanciamento entre o fazer e o conhecimento científico⁽⁷⁶⁾.

Neste sentido, a educação superior tem um importante papel para o desenvolvimento de enfermeiros competentes, críticos e reflexivos⁽⁴²⁾. A humanização na saúde, a valorização do cuidado, a participação social e o compromisso do enfermeiro com a cidadania, recaem como importantes diretrizes orientadoras do sistema educacional, seja na graduação, na pós-

graduação ou na educação permanente, para que o enfermeiro atue no contexto relacional que lhe é requerido⁽⁸⁶⁾.

Além disso, a formação é fundamental para que a humanização do atendimento e o acolhimento não sejam ensinados como um programa a ser aplicado aos serviços de saúde, mas uma política que opere em toda a rede do SUS⁽¹³⁾.

O trabalho em equipe também pode ser uma ferramenta importante para o reconhecimento do enfermeiro. Um estudo relatou que o espírito colaborativo de trabalho em equipe e o respeito interprofissional são importantes para melhorar a imagem da enfermagem perante outros profissionais⁽⁷⁰⁾.

Para melhorar sua prática, os enfermeiros devem melhorar as relações consigo, compreendendo sua singularidade como ser humano e conhecendo a si mesmo. A consciência de si pode ser experimentada pelo homem em seu passado, o que, por sua vez, constitui seu conhecimento que servirá de referência para a interpretação do mundo e para possibilidades de ações futuras⁽⁵³⁾. Dessa forma, conhecer a si mesmo levará o enfermeiro a distinguir suas possibilidades e fragilidades, cooperando para um processo de cuidar com foco para além da assistência técnica, baseado no atendimento das necessidades do ser cuidado, tornando possível a aproximação entre a teoria e a prática⁽⁴³⁾.

Por fim, enfatiza-se que a saída mágica está relacionada aos próprios enfermeiros, que, podem acomodar-se ao instituído ou fazer a escolha por mudanças⁽⁸⁷⁾. Existe uma organização pré-definida que independe do enfermeiro, mas que pode ser modificada por meio de sua interação, e outra, que depende somente do enfermeiro, no momento em que ele planeja o cuidado. É na organização do seu trabalho que o enfermeiro, pode se colocar como sujeito ativo, criativo e com autonomia no seu fazer⁽⁸⁷⁾, sendo possível a realização de um acolhimento que reafirme os princípios do SUS e proporcione a humanização do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. Considerações Finais

A abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social contribuiu para a compreensão da experiência do enfermeiro que realiza acolhimento no centro de saúde, sob uma perspectiva que valoriza a dimensão social circunscrita em suas vivências cotidianas, portanto, o objetivo deste estudo foi atingido.

A compreensão da experiência do enfermeiro que realiza acolhimento mostra que a subordinação ao outro perpassa suas ações durante a prestação dos cuidados de enfermagem. Tal subordinação influencia sua expectativa em relação a como o acolhimento deveria ser realizado, fazendo com que ele continue indicando o outro como aquele que pode definir a forma como esta ação é desenvolvida.

Consideram-se relevantes os sentimentos que o acolhimento tem gerado no enfermeiro, que em sua maioria estão ligados à negatividade. É importante que o enfermeiro rompa com a condição de subordinação para conseguir ter uma visão positiva de si e do seu trabalho. Para isso, é fundamental que o alicerce para prestação do cuidado prestado pelo enfermeiro seja o conhecimento que é produzido pelos pesquisadores, o que também pode ser um caminho para que a prática profissional não seja uma mera repetição de fazeres, e para o rompimento com o modelo biomédico.

Outro ponto importante é que o acolhimento no cotidiano do enfermeiro não se dá como um cuidado de enfermagem e se caracteriza por atendimentos pontuais, fragmentados e direcionados à queixa. Para que os enfermeiros sejam mais que meros intervencionistas nas queixas físicas que os usuários apresentam, é preciso que eles reconheçam o acolhimento como um cuidado de enfermagem, que vai além do modelo biológico e do procedimento técnico, prioritariamente enfocando o cuidado relacional.

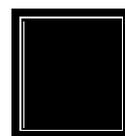
O acolhimento como cuidado de enfermagem requer que o enfermeiro apreenda a realidade e os condicionantes envolvidos nas relações interpessoais. A utilização de tecnologias leves, ou seja, as relações humanas é que devem ser o centro da prática de enfermagem, sendo o objeto do cuidado a pessoa e não a doença.

Em seus discursos, os enfermeiros são capazes de reconhecer a tradução do acolhimento em escuta qualificada, humanização, responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro, porém, em um plano ideal, distante de sua realidade. Para que esta perspectiva se torne real é preciso que o enfermeiro traduza o discurso em ações, iniciando a mudança em si mesmo.

Entretanto, outro ponto evidenciado nos discursos dos enfermeiros é que dependem de fatores externos a si para realizarem o acolhimento tal como preconizado nas teorias. Este cenário foi considerado neste estudo como uma saída mágica, uma vez que o enfermeiro espera que o outro resolva os problemas de sua prática, esquecendo-se do seu compromisso em oferecer um cuidado humanizado e baseado na aplicação de sua competência relacional.

O despreparo do enfermeiro em responder às complexidades dos problemas encontrados no âmbito da ESF deve-se à subordinação de seu pensar e fazer ao paradigma positivista, centrado no modelo biomédico e na cura, com predomínio de saberes fragmentados e tecnicistas, caracterizados pela desumanização e pela impessoalidade.

Aos enfermeiros e pesquisadores, ressalta-se a necessidade de atentar para fatores que envolvem a realização do acolhimento na prática, em especial àqueles que dificultam esta ação, uma vez que este estudo mostrou que o enfermeiro entende o que é o acolhimento, no entanto, tem dificuldades para realizá-lo. Nesse sentido, cabe o desenvolvimento de novas pesquisas e intervenções com esta temática que apresentem outras perspectivas do fenômeno estudado.



REFERÊNCIAS

Referências

1. Dicionário do Aurélio [Internet]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Acolher.html>
2. Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 mar-abr [Acesso em 12 nov de 2013];61(2):153-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>
3. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde – textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.285-304.
4. Mercadante OC, Schechtman A, Cortes B, Munhoz Jr E, Mendes E, Wong-Um J, et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil [Internet]. In: Finkelman J (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Opas/OMS; 2002 [Acesso em 12 nov de 2013]. p. 236-313. Disponível em: www.fiocruz.br/editora/media/04-csPB03.pdf
5. Cardoso FM. O negócio da saúde: Privatização, Modernização e Segregação Social na Ditadura Civil-Militar (1964-1985) [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
6. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2005 nov-dez [Acesso em 13 nov de 2013];13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>
7. Andrade IOM, Pontes RJS, Martins Junior T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev. panam. salud publica [Internet]. 2000 jul-ago [Acesso em 13 nov de 2013];8(1):85-91. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3021.pdf>
8. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. 300p.

9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 1990.
10. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. Trab. educ. saúde [Internet]. 2011 jun [Acesso em 12 nov de 2013]; 9(1):95-108. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r334.pdf>
11. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. Cogitare enferm. [Internet]. 2011 Jul-Set [Acesso em 03 jan de 2014];16(3):498-504. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24223/16236>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília (DF); 2003.
13. Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. Rev. gaúcha enferm. [Internet]. 2010 [Acesso em 05 fev de 2014];31(1):55-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a08v31n1.pdf>
14. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [Acesso em 12 nov de 2013];14(Supl. 1):1411-1419. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a14v14s1.pdf>
15. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. Arq. bras. ciênc. saúde [Internet]. 2011 [Acesso em

- 12 nov de 2013];36(1):10-17. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>
16. Tesser CD, Poli Neto P, Campos CWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [Acesso em 12 nov de 2013];15(Supl.3):3615-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>
17. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [Acesso em 15 nov de 2013];15(Supl.3):3569-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>
18. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev. APS [Internet]. 2010 [Acesso em 10 nov de 2013];13(1):4-9. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350/291>
19. Medeiros FA, de Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction. Rev. salud pública [online]. 2010 [Acesso em 10 jan de 2013];12(3):402-413. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>
20. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2012 [Acesso em 03 jan de 2014];21(1):217-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf>
21. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2009 [Acesso em 10 nov de

- 2013];33(3):440-452. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a0111.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimentos nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF); 2008.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF); 2011.
24. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública [Internet]. 2007 fev [Acesso em 10 nov de 2013];23(2):331-340. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>
25. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. Espaço. saúde [Internet]. 2008 [Acesso em 10 nov de 2013];9(2):17-25. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v9n2/Artigo%2053-2007%20 Editado .pdf>
26. Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. Reception in the context of Family Health Strategy. J. Health Sci. Inst. [Internet]. 2012 [Acesso em 10 dez de 2013];30(1):37-40. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p37-40.pdf
27. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2011 [Acesso em 10 fev de 2014];19(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf
28. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. [Acesso em 28 de abril de 2013]. Disponível em: URL: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Acesso em 10 de mar de 2014]. Disponível em: URL: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
30. Souza MG, Mandu ENT, Elias NA. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2013 jul-set [Acesso em 10 fev de 2014];22(3):772-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a25.pdf>
31. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta paul. enferm. [Internet]. 2011 [Acesso em 12 fev de 2014];24(3):414-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>
32. Queiroz BFB, Garanhani ML. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. Ciênc. Cuid. Saúde. 2012 out-dez;11(4):775-783.
33. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 maio-jun [Acesso em 02 dez de 2013];61(3):312-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
34. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index enferm. [Internet]. 2009 [Acesso em 02 dez de 2013];18(1). Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext
35. Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Costa CPM. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 out-dez [Acesso em 02 dez de 2013];15(4):838-844. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v15n4/a25v15n4.pdf>

36. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [Acesso em 10 nov de 2014];17(1):223-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>
37. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2013 maio-jun [Acesso em 10 fev de 2014];21(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf
38. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2013 abr-jun [Acesso em 10 fev de 2014];22(2):318-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a07.pdf>
39. Freiria A, Santos ZV, Silva SS, Oliveira CT. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família. Nursing (São Paulo). 2010;13(146):236-240.
40. Santos EV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. Nursing (São Paulo). 2010;12(144):236-240.
41. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. Ciênc. cuid. saúde. [Internet]. 2010 [Acesso em 12 nov de 2013]; 9(3):494-502. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9545/6656>
42. Alves MS, Fabri ACOC, Faquim LJ, Oliveira MLL, Lopes FN, Freire PV. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min. [Internet]. 2012 jan/abr [Acesso em 10 fev de

2014];2(1):1-9.

Disponível

em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/171/250>

43. Caçador BS, Lopes FN, Pacheco LC, Alves MS, Salimena AMO. O enfermeiro na estratégia de saúde da família: percepção dos usuários. HU rev. [Internet]. 2012 jul-set [Acesso em 07 março de 2014];37(3):331-338. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/files/journals/1/articles/1513/public/1513-8975-1-PB.pdf>
44. Praça SN, Merigui MAB. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: Praça SN, Merigui MAB. Abordagens Teórico-Methodológicas Qualitativas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
45. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12^o edição. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010.
46. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2013 [Acesso em 10 jan de 2014]; 47(3):736-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>
47. Cassuli Matheus MC, Fustinoni SM. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. 1^o edição. Rio de Janeiro: LMP; 2006.
48. Cavalheri SC, Merigui MAB, Jesus MCP de. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 jan-fev [Acesso em 15 jan de 2014];60(1):9-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a02v60n1.pdf>
49. Chubaci RYS, Merigui MAB, Yasumori Y. A mulher japonesa vivenciando o câncer cérvico-uterino: um estudo de caso com abordagem da fenomenologia social. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2005 [Acesso em 15 jan de 2014];39(2):189-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/09.pdf>

50. Wagner HR (org.) Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
51. Souza MNC. Algumas considerações sobre a sociologia de Alfred Schütz. Rev. Eletrônica de Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC [Internet]. 2012 jan-jul [Acesso em 15 jan de 2014];9(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1806-5023.2012v9n1p1>
52. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. Abordagem da fenomenologia sociológica na investigação da mulher que amamenta. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2009 jan-mar [Acesso em 15 jan de 2014];17(1):52-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a10.pdf>
53. Capalbo C. Metodologia das Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Antares; 1979.
54. Schutz A. Fenomenologia Del Mundo Social. Buenos Aires: Paidos; 1972. p.279
55. Schutz, A. Bases da fenomenologia. In: Wagner, H. (Org). (1979) Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
56. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. Rev. bras. enferm. [online]. 2009 maio-jun [Acesso em 15 jan de 2014];62(3):367-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf>
57. Schutz A. El problema de la realidad social. Escritos I. 2ªedição. Buenos Aires: Amorrortu, 2003a.
58. Schutz A. Estudios sobre teoria social. Escrito II. Buenos Aires: Amorrortu, 2003b.
59. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Informações Turísticas. [Acesso em 28 de novembro de 2013]. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/sobre-campinas/informacoes-turisticas.php>

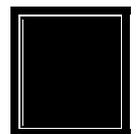
60. Campinas. Campos GWS. Projeto Paidéia de Saúde da Família – Campinas; 2001.
[Acesso em 28 de abril de 2013]. Disponível em:
<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>
61. Haber J. Amostragem. In: LoBiondo-Wood G, Haber J (org) Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
62. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2011 jan-fev [Acesso em 15 jan de 2014];19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22.pdf
63. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivência e Cuidado no Abortamento espontâneo: Um estudo Qualitativo. Online braz. j. nurs. [Internet]. 2011 [Acesso em 15 jan de 2014];10(2). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236/pdf_2
64. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília; 2013.
65. Martins L, Bicudo MAV. A modalidade Fenomenológica de Conduzir Pesquisa em Psicologia. In: Martins L, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5ªedição. São Paulo: Centauro; 2005.
66. Vieira LB, Padoin SMM, Souza IEO, Cardoso de Paula C, Terra MG. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2011 jul-set [Acesso em 15 jan de 2014];19(3):410-4. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a12.pdf>

67. Malagutti W, Miranda SMRC. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. *Enferm. foco (Brasília)* [Internet]. 2011 [Acesso em 13 fev de 2014]; 2(supl):85-88. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/90/75>
68. Moya JLM, Backes VMS, Prado ML, Sandin MP. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2010 out-dez [Acesso em 13 fev de 2014];19(4):609-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/02.pdf>
69. Santos TCF, Barreira IA, Gomes MLB, Baptista SS, Peres MAA, Almeida Filho AJ. A memória, o controle das lembranças e a pesquisa em história da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2011 jul-set [Acesso em 13 fev de 2014];15 (3):616-621. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a25v15n3.pdf>
70. Jesus ES, Marques LR, Assis LCF, Alves TB, Freitas GF, Oguisso T. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2010 [Acesso em 13 fev de 2014];44(1):166-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a24v44n1.pdf>
71. Santos TCF, Gomes MLB, Oliveira AB, Almeida Filho AJ. A ditadura varguista no Brasil (1937-1945) e o Primer franquismo na Espanha (1939-1945): poder e contra-poder das enfermeiras. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 mar-abr [Acesso em 13 fev de 2014];65(2):347-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a22.pdf>
72. Santos QG, Azevedo DM, Costa RKS, Medeiros FP. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2011 out-dez [Acesso em 13 fev de 2014];15(4):833-837. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a24v15n4.pdf>

73. Pupo LR, Ayres JRCM. Contribuições e Limites do Uso da Abordagem Centrada na Pessoa para a Fundamentação Teórica do Aconselhamento em DST/AIDS. Temas em psicologia [Internet]. 2013 [Acesso em 27 abr de 2014];21(3):1089-1106. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a18.pdf>
74. Delgado Carlos DJ, Germano RM. Enfermagem: história e memórias da construção de uma profissão. REME rev. min. enferm [Internet]. 2011 out-dez [Acesso em 13 fev de 2014];15(4):513-521. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/65>
75. Lopes, LMM, Dos Santos SMP. Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. Referência [Internet]. 2010 [Acesso em 13 fev de 2014];III(2):181-89. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf>
76. David HMS, Bonetti OP, Silva MRF. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 jan-fev [Acesso em 13 fev de 2014];65(1):179-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/26.pdf>
77. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde pública [Internet]. 1999 abr-jun [Acesso em 20 fev de 2014];15(2):345-353. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>
78. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília (DF); 2013.
79. Faria RS, Campos EMS. Demanda espontânea na estratégia saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na orientação do modelo assistencial do SUS. Rev. APS [Internet]. 2012 abr-jun [Acesso em 27 abr de 2014];15(2):148-157. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/1475/626>

80. Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. Esc Anna Nery Rev. Enferm. [Internet]. 2014 jan-mar [Acesso em 27 abr de 2014];18(1):17-24. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730129026>
81. Corbani NMS, Brêtas ACP, Cassuli Matheus MC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2009 maio-jun [Acesso em 17 fev de 2014];62(3):349-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>
82. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rêgo RMV, Passos MLL. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery Rev. Enferm. [Internet]. 2011 jul-set [Acesso em 16 fev de 2014];15(3):610-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a24v15n3.pdf>
83. Lopes MSV, Machado MFAS, Barroso LMM, Macêdo EMT, Costa RP, Furtado LCS. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. Rev. RENE [Internet]. 2013 [Acesso em 18 fev de 2014];14(1):60-70. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1333/pdf>
84. Bernardes EH, Pereira MJB, Souza NR. Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. Ciênc. et Praxis [Internet]. 2008 [Acesso em 15 fev de 2014];1(1):47-52. Disponível em: <http://www.edifesp.fespmg.edu.br/index.php/scientae/article/view/9/10>
85. Rodrigues LMC, Silva CCS, Silva VKBA, Martiniano CS, Silva ACO, Martins MO. Riscos Ocupacionais: Percepção de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa – PB. Rev. bras. ciênc. saúde [Internet]. 2012 [Acesso em 18 fev de 2014];16(3):325-32. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12660/7871>

86. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. Rev. RENE [Internet]. 2008 abr-jun [Acesso em 20 fev de 2014];9(2):120-28. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570>
87. Azambuja EP. Pires DEP. Cezar Vaz MR, Marziale MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Texto & contexto enferm. [Internet]. 2010 out-dez [Acesso em 27 abr de 2014];19(4):658-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/08.pdf>



APÊNDICE

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Vivência do enfermeiro no acolhimento em centros de saúde: estudo com enfoque na fenomenologia social

Pesquisadora: Paula Cristina Pereira da Costa

Orientadora: Vanessa Pellegrino Toledo

O sr(sra) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que visa compreender a realidade da vivência do enfermeiro que realiza o acolhimento nas unidades básicas de saúde do distrito de saúde Norte do município de Campinas-SP e o significado atribuído a esta ação.

Deixo claro que o sr(sra) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo em seu vínculo empregatício. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone ou e-mail da pesquisadora do projeto.

As entrevistas terão duração de aproximadamente 50 minutos, serão gravadas, individuais, compostas por duas questões norteadoras: **Descreva como é para você realizar o acolhimento no centro de saúde. Como você gostaria que fosse a realização do acolhimento?**

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não há riscos previsíveis para os participantes. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos oferece risco à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o participante não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a atuação do enfermeiro no

acolhimento, de forma que o conhecimento que será construído a partir dessa pesquisa possa subsidiar a prática na assistência em centros de saúde e orientar novos estudos na área, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme descrito a seguir.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados da pesquisa.

Deixo claro que o participante não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, portanto não haverá nenhuma forma de ressarcimento em dinheiro, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem: confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Data

Assinatura do Participante da Pesquisa

Pesquisadora: Paula Cristina Pereira da Costa

Endereço: Rua Paulo Setubal, 385 ap36

Telefone: (19)2121-6061, (19)8133-3166

E-mail: paulinhapcosta@hotmail.com

Orientadora: Vanessa Pellegrino Toledo

Avenida Lauro Correia da Silva, 3805, casa 87, Jardim do Lago, Limeira-SP

Telefone: (19)7803-8562

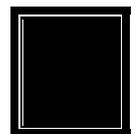
E-mail: vtoledo@fcm.unicamp.br

Comitê de Ética em Pesquisa – FCM – Unicamp

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Telefone: (19)3521-8936

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Anexo 1- Autorização para realização da pesquisa.



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, intitulada **“VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO EM CENTROS DE SAÚDE: ESTUDO COM ENFOQUE NA FENOMENOLOGIA SOCIAL”**, que tem por objetivo compreender a realidade da vivência do enfermeiro que realiza o acolhimento nos Centros de Saúde do Distrito de Saúde Norte do município de Campinas – SP e o significado atribuído a esta ação.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, junto a profissionais enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde do Distrito de Saúde Norte de Campinas, sob a orientação da Professora Doutora Vanessa Pellegrino Toledo.

Campinas, 26 de outubro de 2012

Fernando Luiz Brandão do Nascimento
Secretário Municipal de Saúde

Anexo 2- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO EM CENTROS DE SAÚDE:
ESTUDO COM ENFOQUE NA FENOMENOLOGIA SOCIAL

Pesquisador: Paula Cristina Pereira da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10200112.3.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 206.078

Data da Relatoria: 18/01/2013

Apresentação do Projeto:

Neste projeto uma amostra de 15 enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde do Distrito de Saúde Norte do município de Campinas-SP serão entrevistados a respeito da prática de acolhimento. O conteúdo destas entrevistas será interpretado, no sentido de identificar problemas, contribuir para a prática do enfermeiro e subsidiar novas pesquisas na área da saúde pública

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a realidade da vivência do enfermeiro que realiza o acolhimento nos Centros de Saúde do Distrito de Saúde Norte do município de Campinas-SP e o significado atribuído a esta ação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O desenvolvimento do projeto não oferece riscos nem benefícios aos participantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora comparecerá aos Centros de Saúde o número de vezes necessárias para obter as informações através de entrevistas com os enfermeiros. A entrevista, que terá duração de aproximadamente 50 min, somente será iniciada após o esclarecimento sobre o objetivo do estudo e a aceitação do participante mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE. A coleta de dados será realizada através de entrevista e será encerrada assim que obtiver o total de 15 entrevistados.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Por meio da entrevista, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. A entrevista será individual, com questões não-diretivas, proporcionando condições para que os sujeitos se expressem livremente, relatando suas vivências da forma por eles percebidas. Ela será gravada e composta por duas questões norteadoras: Como é para você realizar o acolhimento? O que você espera desta ação?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

1. Corrigir erros de digitação nas questões norteadoras contidas no TCLE.
2. Adequar a informação do tempo de duração da entrevista no TCLE como uma estimativa. Da forma como está informado sugere que a entrevista terá duração de exatamente 50min.
3. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 196/96 CNS/MS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como sugerido, foi informado no TCLE a estimativa do tempo (50 min) de duração de cada entrevista. Desta forma, esta nova versão do projeto contempla adequadamente os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº196/96

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme reunião do colegiado aos 26/02/2013: aprovado conforme parecer do relator.

CAMPINAS, 26 de Fevereiro de 2013

Assinador por:

Carlos Eduardo Steiner
(Coordenador)

CEP: 13.083-887

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br