

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DE PORTO ALEGRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Maria Elenir de Oliveira Anselmo

**Acolhimento na atenção básica: possibilidades
de reorganização do processo de trabalho
no período pós pandemia da covid-19**

Porto Alegre/RS

2022

Maria Elenir de Oliveira Anselmo

**Acolhimento na atenção básica: possibilidades
de reorganização do processo de trabalho
no período pós pandemia da covid-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade
na atenção básica à saúde

Porto Alegre/RS

2022

Catálogo na Publicação

Anselmo, Maria Elenir de Oliveira

Acolhimento na atenção básica: possibilidades de reorganização do processo de trabalho no período pós pandemia da covid-19 / Maria Elenir de Oliveira Anselmo. -- 2022.

155 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2022.

Orientador(a): Daniel Demétrio Faustino da Silva.

1. Acolhimento. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Educação continuada. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Maria Elenir de Oliveira Anselmo

**Acolhimento na atenção básica: possibilidades
de reorganização do processo de trabalho
no período pós pandemia da covid-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Banca Examinadora

Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Prof. Dr. Elisandro Rodrigues

Prof. Dr. Rodrigo de Oliveira Azevedo
(Membro Suplente)

Profa. Dra. Caren Serra Bavaresco
(Membro Suplente)

Orientador: Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva
Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre/RS

2022

À minha família por todo apoio.

Em especial, à minha filha Aline e aos meus pais Pedro Ari e Dejanira por toda compreensão neste processo. E também ao meu neto Miguel, que com o seu sorriso me motiva a novos desafios.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento à coordenação nacional do PROFSAÚDE por oportunizar a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

A Coordenação e docentes do PROFSAÚDE/UFCSPA pelo empenho na condução de todo o processo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul - RS, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS, Atenção Primária à Saúde e em especial a equipe da Unidade Básica de Saúde Salgado Filho pela colaboração com a pesquisa.

A prof. Dra Daniela Cardoso Tietzmann e Dra. Claunara Schilling Mendonça pelas importantes contribuições no processo de qualificação.

Aos colegas do mestrado, com os quais foi possível compartilhar saberes e experiências.

De forma especial ao prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva, por ter compartilhado generosamente seu conhecimento, e por ter conduzido o processo de orientação de forma leve, me auxiliando sempre que necessário, com muita competência e disponibilidade.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização do trabalho.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

:

RESUMO

O acolhimento é uma tecnologia leve, preconizada pela Política Nacional de Humanização que deve estar presente em toda relação de cuidado, nos serviços de saúde, no entanto, ainda parece haver entre as equipes, dificuldades para a consolidação desta ferramenta. Para contribuir na qualificação do processo de acolher os usuários, nas unidades básicas de saúde, foi realizado este estudo, que trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, tendo como cenário uma unidade básica de saúde, do município de Caxias do Sul, composta por equipes de estratégia saúde da família. O objetivo principal foi analisar os conhecimentos e percepções de profissionais da atenção básica sobre o acolhimento, bem como as principais dificuldades para sua implementação e consolidação, trazendo elementos que alicercem a importância desta temática estar presente no processo de educação permanente das equipes, através de uma aprendizagem significativa. A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, participando do estudo nove profissionais da equipe. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas, tendo como referenciais teóricos, norteadores desse processo, as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Humanização e de Educação Permanente em Saúde. Sendo que, pelo emprego da técnica de Análise de Conteúdo Bardin, resultaram-se três categorias temáticas. Identificando-se que mesmo que o acolhimento seja percebido como uma tecnologia leve, ainda há distorções quanto seu real significado, sendo confundido com triagem para consulta médica, como sendo específico de uma categoria profissional e que depende de hora e local certo para ocorrer. Também existem desafios e fragilidades que dificultam sua consolidação, como a sobrecarga de trabalho; falta de retaguarda para encaminhamentos de casos; limitação de espaço físico; modelo de saúde médico-centrado e perfil do profissional. Além disso, evidenciou-se a importância em se considerar os determinantes sociais que impactam na saúde do usuário/comunidade, bem como a necessidade de ações articuladas com outros equipamentos sociais presentes no território. A presente dissertação de mestrado profissional apresenta três produtos técnicos tecnológicos: um artigo científico oriundo de pesquisa que discute os principais achados do estudo, um relatório técnico que apresenta aspectos do percurso metodológico da

pesquisa e elementos, que serviram de base para elaboração de um Manual Didático, que é o terceiro produto educacional com o intuito de apoiar a educação permanente das equipes das unidades básicas de saúde na consolidação e fortalecimento do acolhimento..

Palavras-Chave: Acolhimento. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada.

ABSTRACT

Welcoming is a light technology, recommended by the National Humanization Policy, which must be present in every care relationship in health services. In order to contribute to the qualification of the process of welcoming users, in the basic health units, this study was carried out, which is a qualitative research of exploratory nature, having as a scenario a basic health unit, in the city of Caxias do Sul, composed of family health strategy teams. The main objective was to analyze the knowledge and perceptions of primary care professionals about user embracement, as well as the main difficulties for its implementation and consolidation, bringing elements that support the importance of this theme being present in the permanent education process of the teams, through a meaningful learning. Data production was carried out through individual interviews, with nine professionals participating in the study. The interviews were recorded, transcribed in full and analyzed, having as theoretical references, guiding this process, the National Policies of Primary Care, Humanization and Permanent Education in Health. Being that, by the use of the Bardin Content Analysis technique, three thematic categories resulted. Identifying that even if welcoming is perceived as a light technology, there are still distortions regarding its real meaning, being confused with screening for a medical appointment, as being specific to a professional category and that depends on the right time and place to occur. There are also challenges and weaknesses that hinder its consolidation, such as work overload; lack of support for case referrals; limitation of physical space; physician-centered health model and professional profile. In addition, the importance of considering the social determinants that impact on the health of the user/community was highlighted, as well as the need for articulated actions with other social facilities present in the territory. This professional master's dissertation presents three technical technological products: a scientific article arising from research that discusses the main findings of the study, a technical report that presents aspects of the methodological research path and elements, which served as the basis for the elaboration of a Manual Didactic, which is the third educational

product with the aim of supporting the permanent education of teams at basic health units in consolidating and strengthening user embracement.

Keywords: Reception. Access to Health Services. Primary Health Care and Continuing Education.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Roteiro para realização das entrevistas..... | 46 |
| Quadro 2 - Identificação dos eixos temáticos..... | 49 |
| Quadro 3 - Categorias temáticas..... | 50 |
| Quadro 4 - Unidades de contexto e unidades de registro..... | 120 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Siglas e significados atribuídos aos participantes..... | 49 |
|---|----|

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas da pesquisa para desenvolvimento da análise.....48

Figura 2 - Temáticas para discussão entre as equipes.....67

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária à Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

EAP: Equipe de Atenção Primária

NEPS: Núcleo de Educação Permanente em Saúde

PC: Processo Circular

PI: Projeto de Intervenção

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNH: Política Nacional de Humanização

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA..... | 18 |
| 2 OBJETIVOS..... | 20 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 20 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 20 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 21 |
| 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 21 |
| 3.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE..... | 22 |
| 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO..... | 26 |
| 3.4 ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA..... | 29 |
| 3.5 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 31 |
| 3.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE..... | 34 |
| 4 PRODUTO 1. ARTIGO CIENTÍFICO..... | 40 |
| 5 PRODUTO 2. RELATÓRIO TÉCNICO..... | 62 |
| 5.1 JUSTIFICATIVA..... | 62 |
| 5.2 METODOLOGIA..... | 63 |
| 5.3 PROPOSTA METODOLÓGICA PARA CONSOLIDAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 64 |
| 6 PRODUTO 3. MANUAL DIDÁTICO..... | 77 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 104 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 108 |
| 9 APÊNDICES E ANEXOS..... | 116 |

1 INTRODUÇÃO

Conforme preconiza a Portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e tem um papel fundamental na sua configuração como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, levando os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL, 2010).

Desde 2006 a PNAB preconiza que a Atenção Básica à Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Devendo também considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que comprometam suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

É possível dizer que no Brasil houve, nos últimos anos, em termos quantitativos, uma ampliação do acesso à APS, as equipes da ESF passaram de 2.054 em 1988 para 44.716 em 2020. Além disso, há em torno de 1.800 equipes de atenção primária, 8.743 equipes tradicionais, 99 equipes de saúde fluvial, 168 equipes de consultório de rua, 456 equipes de atenção prisional, 5.530 equipes ampliadas de apoio à saúde da família e 269.921 ACS. Gerando um enorme incremento do acesso aos cuidados primários no SUS pelo aumento das equipes da ESF. Considerando-se uma cobertura média por equipe de 3.450 pessoas, a cobertura nominal de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 7.086.300 de brasileiros (4,5% da população) para 154.270.200 (73,6% da população) (MENDES, 2021).

Sendo assim, havendo uma certa estabilidade com relação a este quesito, se faz necessário que também possamos nos dedicar à melhor compreensão quanto à qualidade da atenção prestada, com ferramentas como o acolhimento. Visto que entre os desafios atuais da atenção básica destacam-se aqueles relativos ao acesso

e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de forma ampliada, às suas bases de sustentação e legitimidade social. (BRASIL, 2013).

Em relação ao município onde foi realizada a pesquisa, Caxias do Sul, está localizado na extremidade leste da encosta superior do nordeste do estado do Rio Grande do Sul, no sul do Brasil. A latitude sul é de 29°10'25" e longitude oeste de 51°12'21". Ocupa uma área territorial de 1.648,60 quilômetros quadrados, que corresponde a 0,55% da área do estado. Sua altitude é de 760m acima do nível do mar. Em linha reta, Caxias do Sul está distante 96 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (Plano Municipal de Saúde, 2018-2021).

A população estimada de Caxias do Sul, de acordo com o IBGE (2021) é de 523.716 habitantes, sendo que cerca 96,29% vivem na área urbana e 3,71% na área rural. É de responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde a formulação e a implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade aos usuários do SUS e gerir o Fundo Municipal de Saúde. O município compõe a 5ª CRS, formada por 49 municípios e 23ª Região de Saúde - Caxias e Hortências, acompanhado de os municípios de Canela, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis e Picada Café, conforme a RESOLUÇÃO N° 555/12 – CIB/RS (Plano Municipal de Saúde, 2018-2021).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2022-2025) o município tem 50 UBS, Unidade Básica de Saúde, sendo que duas prisionais. Os horários de atendimento são das 7:30 às 16:30 horas, exceto as sete UBS de horário estendido, que funcionam das 7:30 às 21:00 horas. A APS de Caxias do Sul até dezembro de 2021 possui 50 equipes de Equipe de Estratégia da Saúde da Família, 35 Equipes de Atenção Primária e 43 equipes de saúde bucal.

Além da Atenção Básica, há no município serviços dos demais níveis de atenção à saúde, tornando a rede de saúde de Caxias do Sul complexa e diversa, com serviços privados e múltiplos planos e operadoras regionais, o que induz comparações, expectativas e evidentes confrontos com os serviços públicos oferecidos à população.

Como ferramenta de trabalho focada na leitura das necessidades de saúde do usuário, o acolhimento mostra-se potente ferramenta para a mudança desta realidade, ampliando o escopo das ações de atenção à saúde nas Unidades Básicas do município. A institucionalização de mecanismos que garantam acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades (BRASIL, 2017).

Este estudo busca responder aos seguintes problemas de pesquisa:

Quais as dificuldades percebidas pelos profissionais da atenção básica do município de Caxias do Sul para efetivação do acolhimento? e

Como elaborar uma proposta de educação permanente que contribua para efetivação do acolhimento, a partir da percepção dos trabalhadores e gestores?

1.1 JUSTIFICATIVA

A temática acerca do acolhimento me desperta grande interesse e motivação, visto que percebo muitas dúvidas dos profissionais quanto a este tema (confundem com triagem para consulta médica, que seria algo específico de alguma categoria profissional, que depende de haver um espaço físico ideal, entre outros) estas dúvidas, se transformam em barreiras de acesso do usuário ao sistema público de saúde.

Em 2014, por meio do Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialistas em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, juntamente com mais nove colegas, elaboramos uma proposta para implantação do acolhimento com classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul, sendo que na ocasião fora efetivada uma comissão, formada por diferentes servidores, a qual promoveria o conjunto de ações necessárias para efetivar e acompanhar a implantação do acolhimento no município, porém, a proposta não se perpetuou, em virtude da troca da gestão municipal e mudanças de cargos diretivos com conseqüente alterações de prioridades.

Devido a rotatividade de servidores na rede básica de saúde, onde muitos ingressam na rede pública vindo do setor privado e possuem pouca afinidade e conhecimento acerca dos princípios e diretrizes do SUS, bem como dos atributos da APS, entende-se ser de extrema importância uma nova abordagem desta temática, pois ao conhecermos a percepção dos servidores e gestores, haverá subsídios para programação de momentos de sensibilização e capacitação aos profissionais, através de uma aprendizagem significativa, além da possibilidade de adequações nos serviços de saúde, que possam contribuir para a efetivação do acolhimento como ferramenta de reorganização do processo de trabalho.

Outro ponto a destacar é que a pandemia da COVID-19 exigiu das equipes de atenção básica intensa reorganização dos seus processos de trabalho em curto espaço de tempo, desde adequações de estruturas físicas afim de destinar espaços para atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios, capacitações das equipes e concentração de esforços para atendimento a esta nova demanda, havendo a necessidade, em alguns momentos, inclusive a redução de agendas para atendimentos eletivos e/ou das ações programáticas nos casos dos pacientes com doenças crônicas que encontravam-se estáveis.

Atualmente, em meados de 2022, ainda estamos em período pandêmico, porém as ações em saúde, gradativamente estão sendo reinseridas no dia a dia de trabalho das equipes de atenção básica do município de Caxias do Sul, e se faz necessário que possamos estar preparados para o momento pós pandemia, onde certamente chegará até as UBSs as mais variadas situações em decorrência da demanda reprimida ocasionadas pelo cenário epidemiológico imposto pela pandemia.

Também é possível perceber que a pandemia da COVID-19 está proporcionando, aos profissionais da saúde da atenção básica, a possibilidade de repensar o seu fazer profissional, de forma individual e coletiva, tornando-se assim, um momento propício para compartilhamento de saberes, revisão de fluxos e processos de trabalho que reverberam em um atendimento mais qualificado prestado aos usuários. Neste cenário, o acolhimento se mostra como uma potente ferramenta de cuidado, que deve estar fortalecida e estruturada, pois exercerá papel fundamental no período vindouro pós pandemia, onde mais do nunca a comunidade

necessitará que as equipes de saúde estejam atentas, e com capacidade de realização de uma escuta qualificada, favorecendo a resolutividade diante das diversas demandas que se apresentarão aos serviços de saúde.

A Atenção Básica, para ser resolutiva, deve ter tanta capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto cardápio ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde da população que acessam os serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Sendo assim, ter um plano de educação permanente acerca da temática do acolhimento parece ser de extrema importância para subsidiar as equipes quanto ao fortalecimento desta ferramenta de trabalho, considerada uma tecnologia leve, mas ao mesmo tempo de grande potência para a resolutividade da atenção básica, efetivação e consolidação dos seus atributos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os conhecimentos e percepções de profissionais que compõem as equipes de Atenção Básica sobre o acolhimento e as dificuldades para sua implementação e consolidação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um plano de educação permanente quanto ao acolhimento na Atenção Básica, a ser disponibilizado às unidades básicas de saúde do município, tendo como base para o roteiro, a percepção dos profissionais, quanto às principais dificuldades para sua consolidação.
- Favorecer a discussão da temática do acolhimento nos momentos de educação permanente das equipes de Atenção Básica, por meio do emprego de metodologias ativas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para execução deste estudo, buscou-se embasamento teórico acerca de pontos-chaves que pudessem contribuir para amparar o caminho a ser trilhado para sua concretização. Sendo assim, apresentam-se a seguir aspectos acerca do Sistema Único de Saúde, Atenção Básica à Saúde, Política Nacional de Humanização, Acolhimento à Demanda Espontânea, Acesso aos Serviços de Saúde e Educação Permanente em Saúde.

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) já completou 30 anos. A sua história representa uma luta permanente pelo direito à saúde que iniciou na década de 80, onde o movimento popular organizou-se para incluir entre os direitos essenciais que deveriam ser garantidos pelo Estado o direito à saúde, que foi incluído no capítulo dos direitos sociais da Constituição aprovada e promulgada em 1988 (BRASIL, 1988).

As Leis 8.080 e 8.142 aprovadas em 1990 consolidaram o que se denominou a Lei Orgânica da Saúde, garantindo a todos os cidadãos o direito à saúde e organizando os serviços num sistema único, com princípios programáticos como a integralidade, a universalidade e a equidade, e os princípios organizativos, que propõem a descentralização político administrativa e a participação dos trabalhadores e da população na gestão do sistema através do controle social (BRASIL, 1990).

Segundo Ogata et al. (2021) O Sistema Único de Saúde (SUS) requer profissionais comprometidos com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. No processo de fortalecimento do SUS há políticas de reorientação da formação e do trabalho em saúde que possuem como objetivo enfrentar gargalos que comprometem a operacionalização do sistema segundo seus princípios.

Sendo assim, a Atenção Básica à Saúde é fundamental para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, por meio de seus atributos essenciais e derivados, de forma capilarizada, facilita o acesso à saúde para a população, sendo, na maioria

das vezes, a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. O acesso à APS é ofertado integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

3.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica à Saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por uma equipe multiprofissional e direcionada à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB são Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização:
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;

- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

De acordo com Starfield (2002) a atenção básica é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), e coordena ou integra a atenção ofertada em algum outro lugar ou por terceiros. Sendo definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção básica. A atenção básica também compartilha características com outros níveis de atenção à saúde, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção e prevenção, além do tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação para potencializar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lidando com o contexto no qual a doença existe e influenciando a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. A atenção básica organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, sejam básicos ou especializados, direcionando-os para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica exerce um papel estratégico no funcionamento do SUS, por favorecer o estabelecimento de relações contínuas com a população. A atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação com o conjunto da rede de serviços. De acordo com Ceccim e Ferla (2008) a atenção integral à saúde não

corresponde ao acesso às tecnologias bio científicas, mas ao domínio dos fatores condicionantes dos estados de saúde e às intervenções oportunas sobre os mesmos.

Sendo assim, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, pois favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, propiciando uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB (2017) uma equipe de ESF deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

A PNAB (2017) ainda reconhece outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família, a exemplo as equipes da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) segundo as características e necessidades do município. Como o modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar de acordo com o modelo prioritário. As equipes

deverão ser formadas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. Ainda segundo a PNAB, para o adequado funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

A UBS Salgado Filho, unidade escolhida para realização do estudo, é referência para uma população de aproximadamente 9.730 pessoas. Sua equipe é composta por dois médicos de ESF, um médico pediatra, uma médica ginecologista, dois enfermeiros de ESF, cinco técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um estagiário e uma higienizadora, além de possuir referenciamento, no território, em unidades próximas, para nutricionista e assistente social. Sendo assim, de acordo com a PNAB as equipes de ESF estão relativamente completas, propiciando espaço favorável para o estudo em questão, e implementação de possíveis melhorias no processo de trabalho.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e a longitudinalidade do cuidado. Sendo assim, o Ministério da Saúde tem se utilizado de estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, evidencia-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que procura atuar a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Dentre as estratégias que guiam esta política, evidencia-se o acolhimento (BRASIL, 2006).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Durante o XXº Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN em março de 2003, foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização-PNH ou HumanizaSUS (OLIVEIRA, 2010).

De acordo com a mesma autora para a PNH, na área da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política:

* ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis;

*estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas;

* política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se apoia nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (OLIVEIRA, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) se estrutura a partir de:

- Princípios;
- Método;
- Diretrizes;
- Dispositivos.

Princípio – entendido como o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. São 03, os princípios da PNH:

i)- Transversalidade - Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; - Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados

nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

ii)- Indissociabilidade entre atenção e gestão - Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; - Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; - Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

iii)- Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos - Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; - As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Método – Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Método proposto pela PNH: “método de tríplice inclusão”:

a. Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas;

b. Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.

c. Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança das percepções e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento de redes.

Diretrizes- Orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da tríplice inclusão.

As diretrizes da PNH: Acolhimento, Clínica ampliada, Cogestão, Defesa dos Direitos do Usuário, Fomento de grupidades, coletivos e redes, Valorização do trabalho e do trabalhador, Construção da memória do SUS que dá certo.

Dispositivo - Uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes, tanto na atenção como na gestão em saúde. Atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho.

São considerados dispositivos pela PNH: Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), Colegiado Gestor, Contrato de Gestão, Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH), Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), Projeto memória do SUS que dá certo, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva, Projetos co-geridos de ambiência, Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, etc. e Visita aberta e Direito a acompanhante; Projeto Memória do SUS que dá certo e Ambiência

O acolhimento é, portanto, uma das diretrizes da PNH que tem uma importância significativa, na organização dos serviços públicos de saúde, uma vez que:

i) incorpora o aspecto ético (é responsabilidade de toda a equipe) e político (porque é direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado);

ii) apresenta outro modo de se produzir saúde; e

iii) constitui uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento, como uma das diretrizes da PNH é definido como a escuta do usuário, em suas queixas, através de uma postura ética, a qual implica no reconhecimento do usuário como protagonista no processo de saúde e adoecimento, na sua responsabilização pela tomada de decisão, através da ativação

de redes e compartilhamento de saberes. É, portanto, um compromisso de resposta às demandas dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica (OLIVEIRA, 2010).

3.4 ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

O acolhimento se caracteriza por uma postura ética de toda a equipe, ou seja, deve ocorrer em todos os momentos no serviço de saúde, desde o horário que o usuário chega até a sua saída. É diferente de triagem, esta trata de seleção de quem será atendido no serviço, ao passo que no acolhimento todas as pessoas são recebidas/acolhidas, envolvendo uma escuta qualificada, atendimento, e, se necessário, encaminhamento responsável. O acolhimento não é uma etapa do atendimento, devendo estar presente em todas as ações desenvolvidas pelo serviço de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Segundo o mesmo autor, o acolhimento tem por objetivo escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificar os riscos e a vulnerabilidade, perceber a avaliação do próprio usuário em relação ao seu estado, além de responsabilizar a equipe para dar uma resposta à demanda trazida pelo usuário. Prestar um atendimento resolutivo, orientando e encaminhando, quando for o caso, o paciente e a sua família, para outros serviços de saúde, quer seja para atendimento ou continuidade da assistência.

Para implementar o acolhimento no serviço de saúde é importante que a equipe de saúde se reúna, para discutir sobre o atendimento no serviço, a partir de questões iniciais: Qual o "caminho" percorrido pelo usuário, desde o momento em que ele chega ao serviço de saúde, até quando ele se retira? Por onde e como ele entra (acesso)? Por quem é recebido (porteiro, auxiliar de enfermagem, vigilante)? Quem o atende? (quando há atendimento agendado e quando não há)? Para onde ele vai depois do atendimento (seja atendimento individual ou de grupo)? Para essas perguntas e para outras que a equipe poderá construir, as respostas poderão mostrar como são realizadas todas as etapas pelas quais o usuário percorre e como ele é atendido em cada uma dessas etapas, pelos profissionais envolvidos. (OLIVEIRA, 2010).

O acolhimento é um atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, analisar como ele ocorre cria a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção (FRANCO et al., 1999).

O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todas as pessoas que chegam na UBS, de acordo com sua necessidade. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, favorecendo a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso, sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico. Organizar a partir do acolhimento exige reflexão da equipe sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território (BRASIL, 2017).

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território (BRASIL, 2017).

De acordo com Oliveira (2010) assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado. Acolher demanda que o profissional esteja receptivo a trocas de experiências, munido de empatia e objetividade e conhecedor das políticas e serviços que o cercam, garantindo com isso a maior probabilidade de acertos nos atendimentos.

Para a PNH, o processo de trabalho das equipes deve ser colocado em análise e todos perceberão, coletivamente, a necessidade de mudanças. Além dessa análise, revisão cotidiana das práticas de atenção e de gestão e implementação de novas ações, é necessário que a equipe reorganize o serviço de saúde, a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário, de forma a facilitar o seu acesso (OLIVEIRA, 2010).

3.5 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária é a atenção no primeiro contato, que de acordo com Starfield¹ (2002 apud Oliveira et al. 2013) implica em acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema.

Ou seja, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Embora acesso e acessibilidade geralmente sejam utilizados como sinônimos possuem significados diferentes, porém complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, já o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade (OLIVEIRA, et al 2013).

¹ Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

Ambos são fundamentais na atenção primária à saúde, visto que os serviços devem estar o mais capilarizado possível junto à comunidade, dialogando com a mesma e reconhecendo seus determinantes sociais de saúde, de forma que a organização do serviço possa ser constantemente avaliada e estruturada para atender, da melhor forma possível, as demandas da população adscrita.

O conceito de acesso traz consigo a ideia de não limitar a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. A acessibilidade pode ser definida assim como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que precisar, e de maneira facilitada e adequada. A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. O estudo da acessibilidade é primordial para permitir a identificação dos aspectos que podem ser obstáculos, bem como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde (TRAVASSOS et al., 2004).

Segundo Oliveira et al. (2013) a acessibilidade geográfica diz respeito à distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. Já a acessibilidade organizacional compreende as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização destes. Configuram aspectos como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento. As questões socioculturais e econômicas da acessibilidade incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, confiança dada ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social.

Acesso, portanto, é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Apesar das divergências, predomina a visão de que o acesso se relaciona a

características da oferta de serviços. O uso de serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele. Fatores individuais predisponentes e contextuais também influenciam o seu uso. Percebe-se uma tendência de ampliação do conceito de acesso, com deslocamento do seu eixo da entrada/uso nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. O acesso é visto pelo seu impacto na saúde e dependerá também da adequação do cuidado prestado. Finalmente, considera-se que determinantes da saúde diferem daqueles do uso de serviços e que a utilização de serviços impacta diretamente a doença, mas apenas indiretamente. (TRAVASSOS et al., 2004).

Andersen² (1973 apud Travassos 2004) prioriza o termo acesso sendo apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes.

Sendo assim, uma das questões centrais na Atenção Primária à Saúde (APS) é o acesso ao cuidado. O acesso de qualidade é um dos principais aspectos das políticas públicas em saúde. O desafio da busca do cuidado universal, longitudinal e integral é um ponto primordial da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Oficialmente, a Atenção Primária é, ou deveria ser, a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Sendo assim deseja-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato (OLIVEIRA, 2013).

Desta forma proporcionar e disponibilizar momentos para que a equipe possa analisar, refletir e problematizar sobre seu processo de trabalho, parece ser fundamental para a promoção de melhorias, favorecendo a implementação e/ou consolidação de ferramentas que fortaleçam a equipe e vão ao encontro das

² Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.

demandas da comunidade, no que tange a melhoria da acessibilidade dos serviços de saúde e do acesso da população aos mesmos. Sendo a educação permanente fundamental nesse processo.

3.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), a Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se somam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem. Sugere que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde possuem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho

Segundo a PNEPS o enfoque da Educação Permanente, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Considera inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;

- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, ou seja, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações cotidianas em aprendizagem, analisando de forma reflexiva os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, com enfoque no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo (BRASIL,2009).

Desta forma é fundamental que as equipes da atenção básica possuam momentos em que possam problematizar seu processo de trabalho, com o intuito de promover melhorias por meio de uma aprendizagem significativa, incorporando novas formas de pensar e fazer, de forma a contribuir coletivamente para o fortalecimento da equipe multi/interprofissional. De acordo com PEDUZZI et al (2020), quanto mais dialógicas forem as relações de trabalho, mais integradas serão as ações de cuidado à saúde; em contrapartida quanto menos dialógicas forem as relações de trabalho, mais fragmentada será a dinâmica das equipes de atenção à saúde.

Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a capilarização de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade o mais próximo da população faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Sendo fundamental o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho, imbricados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM 2004).

Ainda de acordo com a PNEPS (2009) os estudos sobre as organizações auxiliam substancialmente a compreender a aprendizagem no trabalho e as relações que facilitam ou impedem a mudança nas organizações. O interesse desta relação

entre a aprendizagem e a organização no contexto da prática nos serviços de saúde justifica-se nas seguintes situações:

a. as organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações, intercâmbios linguísticos (semânticos) e regulações. Se os processos educativos em pauta não incluem a análise destes vínculos, dificilmente conseguirão transformá-los;

b. os hospitais, centros de saúde e, em geral, as agências do setor constituem organizações, mas também instituições, com tradições e trajetórias históricas, hierarquias. Os atores internalizam as “regras do jogo”;

c. o trabalho nos serviços de saúde é delimitado por regulamentos públicos, que incluem um sistema de credenciais, normas e incentivos explícitos e implícitos de funcionamento.

Para compreender os processos de aprendizagem e mudança nas organizações, há teorias particularmente úteis. Elas contribuem para considerar o papel do contexto, da reflexão e da prática no processo de aprendizagem, particularmente no âmbito do trabalho. De acordo com BATESON (1991), cabe distinguir distintos níveis de aprendizagem nas organizações:

- Adquirir ou extinguir um hábito representa um processo de Aprendizagem de Nível I, já que supõe a adoção de um determinado comportamento para ajustar as relações entre o indivíduo e a organização, acoplando suas práticas às práticas de grupo. Este nível de aprendizagem é de relativa importância, pois implica a adoção de rotinas de trabalho de grande estabilidade no tempo, sem que seja necessário refletir sobre essas práticas. Elas as tornam naturais.

- Por outro lado, se uma situação crítica ou a comparação entre suas práticas e a de um colega conscientiza o indivíduo da necessidade de reformular alguns de seus comportamentos, estar-se-ia frente a um processo de Aprendizagem de Nível II, quando se adquire outra maneira de relacionar-se ou atuar.

- A Aprendizagem de Nível III é “difícil e rara”. Se a Aprendizagem II é fruto de reflexão sobre situações e comportamentos em determinados contextos, o Aprendizado III é a análise do próprio contexto. Já não se trata de caracterizar

formas de atuação, aparentemente diversas sob um denominador comum, mas de entender as características do contexto que produz essas formas de ação. Em outros termos, o Aprendizado III interpreta o contexto organizativo que permite o surgimento e a sobrevivência de determinados comportamentos que se desejaria.

A perspectiva de Bateson ajuda a repensar o problema da educação permanente das equipes de saúde. As capacitações, na maioria das vezes, limitam-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho, raramente na revisão das práticas. As propostas de formação ou capacitação, normalmente, iniciam com ações de reformulação dos comportamentos, mas rapidamente evoluem para o desenvolvimento de novas habilidades seguindo as teorias de aprendizagem que presumem a existência de um contexto neutro para a prática das novas habilidades e não um novo significado para as aprendizagens adquirida (BRASIL, 2009).

Segundo a PNEPS (2009) a introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde pressupõem em trabalhar não somente no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, principalmente, nos contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Em resumo, o modelo de Bateson nos obriga a pensar na organização e seu entorno como contexto de aprendizagem.

Na mesma linha de pensamento, Argyris (1993) preocupou-se, em especial, com dois aspectos do conhecimento para a ação. Por um lado, a necessidade de gerar conhecimento útil, mas vinculado ao contexto em que a ação se desenvolve, o que não significa que qualquer prática serve em qualquer situação ou contexto. Quando se ensina uma ação eficaz, respeitam-se as contingências. Por outro lado, a proposta é gerar intervenções capazes de modificar o status quo das organizações. Muito similar ao enfoque de Bateson, Argyris faz distinção entre as aprendizagens de circuito simples e de circuito duplo.

Quando a exigência se limita a modificar estratégias para alcançar um objetivo, a aprendizagem é de circuito simples. Ela sempre faz uma pergunta unidimensional e obtém uma resposta de mesmo padrão. A aprendizagem de circuito duplo sempre comporta uma revisão dos valores que governam nossa própria conduta, porque ao mesmo tempo em que modifica pautas de relação, altera

o status quo. Quando a aprendizagem requer a modificação do Programa Mestre, isto é, dos valores e concepções que informam a ação, estamos frente a um aprendizado de circuito duplo. Nos contextos organizativos, a aprendizagem de circuito duplo é indispensável para a remoção de modelos mentais e estruturas de relação, mas ameaça igualmente as pautas institucionais estabelecidas. O paradoxal é que as organizações crescem e aprendem por meio de aprendizado de circuito duplo, inibindo-o ao mesmo tempo. Este paradoxo tem consequências significativas em qualquer projeto de educação permanente do pessoal da equipe de saúde (BRASIL, 2009).

Cada atividade educativa que se pretenda levar à prática vai exigir, necessariamente, que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de novos acordos entre os grupos de trabalho e das regras da organização. O que se aprendeu não é um novo hábito, e sim outra maneira de relacionar-se ou de atuar. É um tipo de aprendizado que raramente se instala de maneira espontânea ou ocasional, mas requer uma intervenção educativa deliberada cujo eixo seja a discussão crítica das práticas concretas. Para alcançar seus objetivos, os processos educativos deverão envolver todo o grupo e não somente alguns dos indivíduos (BRASIL, 2009).

Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas. Em consequência, a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos em discussão.

Nesta perspectiva, a educação permanente no serviço se converte em uma ferramenta dinamizadora da transformação institucional, facilitando a compreensão, a valoração e a apropriação do modelo de atenção proposto pelos novos programas, priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população. Para a sua implementação, é importante assegurar e coordenar:

- A direcionalidade das ações nos serviços de saúde estaduais e municipais, gerando uma construção política compartilhada, orientada para questões e problemas importantes no campo da saúde e da transformação dos serviços.

- A capacidade de gestão dos projetos nos próprios serviços, capacitando as equipes no enfoque e metodologia de educação permanente no trabalho, assim como na programação e gestão dos projetos. É necessário gerar processos para a sustentabilidade das ações na estrutura do sistema, o trabalho em redes, assim como as modalidades de monitoramento de processos e resultados. Trata-se, enfim, de eliminar os modelos incorporados da capacitação e da educação comunitária de modo a instalar novas formas de pensamento e atuação, assim como fortalecer as competências para a condução dos projetos.

- A integralidade da proposta em cada um dos projetos, a fim de potencializar os resultados de transformação evitando a parcialização improdutiva. Para isso é necessária a articulação de ações dentro de cada componente ou entre componentes, de maneira a incluir o desenvolvimento dos recursos humanos, tanto profissionais como auxiliares, nos diversos níveis de atenção e das equipes (BRASIL, 2009).

De acordo com Ceccim (2004) condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Para Ogata et al. (2021) a construção de um processo de mudança ou incorporação de novas práticas, ocorre a partir da identificação de incômodos, insatisfações ou insuficiências vividas e percebidas que atuam como disparadores de mudanças.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) os processos de qualificação dos profissionais da saúde deveriam ocorrer a partir da problematização do seu processo de trabalho, visto que seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A educação em serviço é uma proposta adequada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social (quadrilátero da formação) no enfrentamento dos reais problemas de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.

Visto que a rotina de um profissional de saúde pode ser só um ritual, mas pode também ser dispositivo de mudança, desde que não haja somente a subordinação dos processos de trabalho aos conhecimentos estruturados e às tecnologias e equipamentos, mas sim compromisso ético e político de construir novas saúdes (CECCIM e FERLA, 2008).

Sendo assim, como um dos produtos deste estudo segue abaixo artigo a ser enviado para submissão na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Este periódico foi escolhido pelo entendimento de que a temática deste estudo se aproxima do escopo da revista.

4 PRODUTO 1. Artigo Científico a ser enviado para submissão na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (link com as descrições das normas para submissão no anexo 3)

Declarações

Colaboradores:

1. Concepção de delineamento do estudo: MEOA; Aquisição, análise ou interpretação dos dados: MEOA;
2. Redação preliminar: MEOA; Revisão crítica da versão preliminar: MEOA, DDFS;
3. Aprovação final da versão a ser publicada: MEOA, DDFS;
4. Concordância em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas: MEOA.

Conflitos de interesse: Nada a declarar.

Agradecimentos: Nada a declarar.

Acolhimento na Atenção Básica: Possibilidades de reorganização do processo de trabalho

Reception in Primary Care: Possibilities for reorganizing the work process

Acogida en Atención Primaria: Posibilidades de reorganización del proceso de trabajo

Processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde

Resumo

Introdução: O acolhimento é uma tecnologia leve, que deve estar presente em toda relação de cuidado, sendo preconizada pela Política Nacional de Humanização e um dos pilares da estruturação da Atenção Primária, porém, ainda parece haver, entre as equipes, dificuldades para a consolidação deste processo. **Objetivo:** Analisar os conhecimentos e percepções de profissionais que compõem as equipes de Atenção Básica sobre o acolhimento e as dificuldades para sua implementação e consolidação. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, cujo a produção de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, com uma médica, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de saúde bucal, uma assistente social e a gerente da unidade, totalizando nove profissionais que compõem as equipes de Estratégia Saúde da Família, de uma Unidade Básica de Saúde, do município de XXXXXXXXXXXX. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas, tendo como referenciais teóricos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Humanização e de Educação Permanente em Saúde. **Resultados:** A partir da análise das entrevistas, pelo emprego da técnica de Análise de Conteúdo Bardin, resultaram-se três categorias temáticas, sendo elas: Acolhimento: significados, perspectivas e desafios relacionados ao processo de trabalho; Educação permanente em saúde como ferramenta importante para consolidação do acolhimento e Território em saúde e suas implicações na resolutividade do acolhimento. Identificando-se que mesmo que o acolhimento seja percebido como uma tecnologia leve, ainda há distorções quanto seu real significado, sendo confundido com triagem para consulta médica, como sendo específico de uma categoria profissional e que depende de hora e local certo para ocorrer. Também

existem desafios e fragilidades que dificultam sua consolidação, como a sobrecarga de trabalho; falta de retaguarda para encaminhamentos de casos; limitação de espaço físico; modelo de saúde médico-centrado e perfil do profissional. Além disso, evidenciou-se a importância em se considerar os determinantes sociais que impactam na saúde do usuário/comunidade, bem como a necessidade de ações articuladas com outros equipamentos sociais presentes no território. **Conclusões:** A efetivação e consolidação do acolhimento ainda é um desafio entre as equipes de atenção básica, pois existem distorções quanto ao real significado e emprego desta ferramenta. Sendo necessário que as equipes analisem, de que forma o acolhimento vem sendo realizado, com o intuito de favorecer mudanças em processos de trabalho, que possam contribuir para o aumento da resolutividade da atenção básica, sendo a educação permanente em saúde fundamental nesse processo, além do reconhecimento dos determinantes sociais que impactam na saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Acesso aos Serviços de Saúde; Educação Continuada.

Abstract

Introduction: Reception is a light technology, which must be present in every care relationship, being advocated by the National Humanization Policy and one of the pillars of structuring Primary Care, however, there still seem to be, among the teams, difficulties for the consolidation of this process. **Objective:** To analyze the knowledge and perceptions of professionals who make up the Primary Care teams about user embracement and the difficulties for its implementation and consolidation. **Methods:** This is a qualitative exploratory study, whose data production was carried out through individual interviews, with a doctor, two nurses, a nursing technician, two community health agents, an oral health assistant, an social worker and the unit manager, totaling nine professionals who make up the Family Health Strategy teams, of a Basic Health Unit, in the city of XXXXXXXXXXXX. The interviews were recorded, transcribed in full and analyzed, having as theoretical references, the National Policies of Primary Care, Humanization and Permanent Education in Health. **Results:** From the analysis of the interviews, using the Bardin Content Analysis technique, three thematic categories resulted, namely: Reception: meanings, perspectives and challenges related to the work process; Permanent health

education as an important tool for consolidating embracement and Territory in health and its implications in resolving embracement. Identifying that even if welcoming is perceived as a light technology, there are still distortions regarding its real meaning, being confused with screening for a medical appointment, as being specific to a professional category and that depends on the right time and place to occur. There are also challenges and weaknesses that hinder its consolidation, such as work overload; lack of support for case referrals; limitation of physical space; physician-centered health model and professional profile. In addition, the importance of considering the social determinants that impact the health of the user/community was highlighted, as well as the need for articulated actions with other social equipment present in the territory.

Conclusions: Effectiveness and consolidation of embracement is still a challenge among primary care teams, as there are distortions regarding the real meaning and use of this tool. It is necessary that the teams analyze how the reception has been carried out, with the intention of favoring changes in work processes, which can contribute to the increase of the resolution of basic care, being the permanent education in fundamental health in this process, beyond recognition of the social determinants that impact the health of the population.

Keywords: Primary Health Care; Reception; Access to Health Services; Continuing Education.

Resumen

Introducción: La acogida es una tecnología liviana, que debe estar presente en toda relación de cuidado, siendo preconizada por la Política Nacional de Humanización y uno de los pilares de la estructuración de la Atención Primaria, sin embargo, aún parecen existir dificultades entre los equipos para la consolidación de ese proceso. **Objetivo:** Analizar los conocimientos y percepciones de los profesionales que integran los equipos de Atención Primaria sobre la acogida del usuario y las dificultades para su implantación y consolidación. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, cuya producción de datos se realizó a través de entrevistas individuales, con un médico, dos enfermeros, un técnico de enfermería, dos agentes comunitarios de salud, un auxiliar de salud bucal, un asistente social y el jefe de unidad, totalizando nueve profesionales que conforman los equipos de la

Estrategia de Salud de la Familia, de una Unidad Básica de Salud, en la ciudad de XXXXXXXXXXXX. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas en su totalidad y analizadas, teniendo como referentes teóricos las Políticas Nacionales de Atención Primaria, Humanización y Educación Permanente en Salud. **Resultados:** Del análisis de las entrevistas, utilizando la técnica de Análisis de Contenido de Bardin, resultaron tres categorías temáticas, a saber: Recepción: significados, perspectivas y desafíos relacionados con el proceso de trabajo; La educación permanente en salud como herramienta importante para la consolidación del acogimiento y Territorio en salud y sus implicaciones en la resolución del acogimiento. Identificando que si bien la acogida es percibida como una tecnología liviana, aún existen distorsiones en cuanto a su significado real, siendo confundido con el tamizaje para cita médica, como propio de una categoría profesional y que depende del momento y lugar adecuado para ocurrir. También existen desafíos y debilidades que dificultan su consolidación, como la sobrecarga de trabajo; falta de apoyo para la remisión de casos; limitación del espacio físico; modelo de salud centrado en el médico y perfil profesional. Además, se destacó la importancia de considerar los determinantes sociales que impactan la salud del usuario/comunidad, así como la necesidad de acciones articuladas con otros equipamientos sociales presentes en el territorio. **Conclusiones:** La efectividad y consolidación de la acogida sigue siendo un desafío entre los equipos de atención primaria, ya que existen distorsiones sobre el significado real y el uso de esta herramienta. Es necesario que los equipos analicen cómo se ha realizado la recepción, con la intención de favorecer cambios en los procesos de trabajo, que puedan contribuir para el aumento de la resolución de los cuidados básicos, siendo la educación permanente en salud fundamental en este proceso y reconocimiento de los determinantes sociales que impactan en la salud de la población.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Recepción; Acceso a los Servicios de Salud; Educación continua.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica exerce um papel fundamental no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que de acordo com a

Portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde este nível de atenção é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, a Política Nacional da Atenção Básica preconiza que ela deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.^{1 2 3} O acolhimento mostra-se um potente elemento neste contexto, por ser uma ferramenta de trabalho focada na leitura das necessidades de saúde do usuário, corroborando na ampliação do escopo das ações de atenção à saúde.^{4 5 6}

Para a realização deste estudo houve a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Município, bem como a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição de Ensino de acordo com as determinações das Resoluções do CNS/CONEP 466/12 e 510/16, CAAE 56253922.4.0000.5345. Número do Parecer de Aprovação: 5.376.096.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de uma pesquisa de caráter exploratório em uma unidade básica de saúde do município de XXXXXXXXXXXX, composta por duas Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) XXXXXXXXXXXX. A escolha desta UBS foi de forma intencional, por ser uma unidade que apresenta equipes de ESF compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, além de possuir equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal, profissionais de apoio e gerente local, favorecendo assim, com que o estudo pudesse ser realizado sob a óptica de diferentes categorias profissionais.

A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, participando do estudo nove profissionais da equipe, sendo eles: uma auxiliar de saúde bucal, duas agentes comunitárias de saúde, duas enfermeiras, uma médica, uma assistente social, a gerente da unidade e um técnico de enfermagem. O critério de inclusão para participação das entrevistas foi fazer parte de uma equipe de ESF ou Atenção Básica do município, há, no mínimo, seis meses, O tempo médio de atuação, entre os entrevistados, era de 8 anos, na ocasião da coleta de dados.

As entrevistas tiveram como objetivo identificar o conhecimento que os profissionais, que compõem as equipes de Atenção Básica, possuem sobre o

acolhimento, bem como as possíveis dificuldades para sua implementação e consolidação. As entrevistas foram realizadas unicamente pela pesquisadora, que já possuía experiência prévia em pesquisa qualitativa. Para realização das entrevistas foi utilizado um instrumento norteador, que as conduziu em três momentos, sendo eles:

QUADRO 1 - Roteiro para realização das entrevistas

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">1º momento</p> | <p>Esclarecimento de como se dará a entrevista e assinatura nas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma entregue ao participante e outra arquivada pela pesquisadora. Após esse processo era iniciado a gravação da entrevista.</p> |
| <p style="text-align: center;">2º momento</p> | <p>Entrevista com roteiro semiestruturado, por meio das seguintes questões norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que você entende por acolhimento? • Você considera o acolhimento como uma ferramenta importante no processo de trabalho dos serviços de saúde? Justifique • Na sua opinião quais as dificuldades para implementação e/ou fortalecimento do acolhimento no serviço de saúde em que atua? • O que você acredita que pode ser feito para consolidar o |

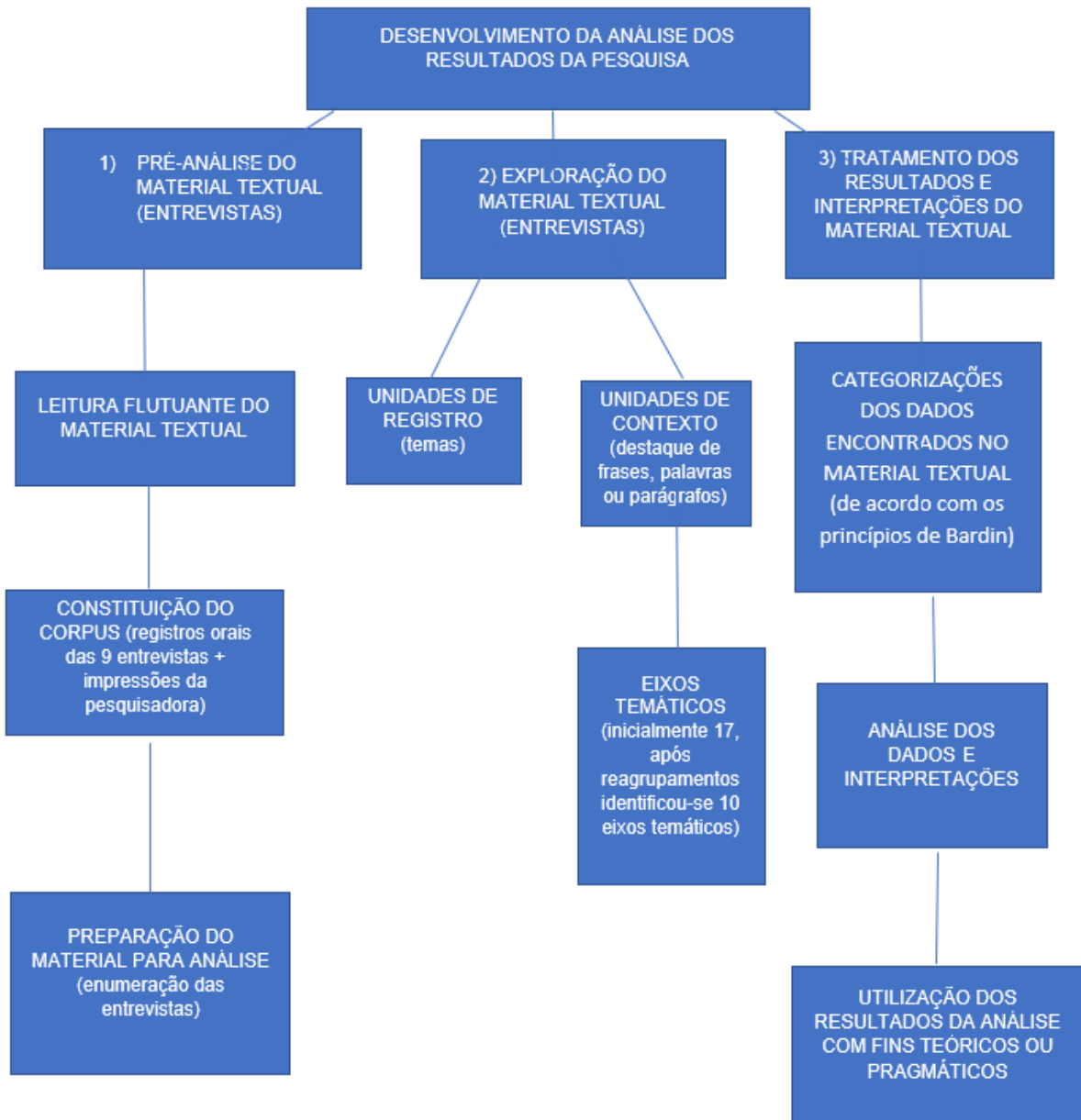
| | |
|-------------------|---|
| | acolhimento no serviço de saúde? |
| 3º momento | Encerramento da entrevista com agradecimento ao participante e informe das etapas subsequentes da pesquisa. |

Logo após, os registros orais foram transcritos e devolvidos aos participantes para que pudessem avaliar se continham o real significado do que quiserem expressar, ou se desejavam acrescentar ou excluir alguma informação, neste processo, uma participante modificou uma narrativa, outra acrescentou uma informação e os demais deram o retorno que suas falas estavam contempladas nos registros.

Iniciou-se então a etapa de análise dos dados, tendo como referenciais teóricos, norteadores desse processo, as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Humanização e de Educação Permanente em Saúde. Como técnica para análise de conteúdo, utilizou-se a metodologia de Análise de Bardin.⁷

A figura a seguir representa as etapas desta pesquisa para desenvolvimento da análise:

FIGURA 1: Etapas da pesquisa para desenvolvimento da análise



Fonte: Bardin (2022, p. 128) adaptado pela autora.

TABELA 1 - Siglas e significados atribuídos aos participantes

| Siglas | Significados |
|---------------|--|
| PXXY | <p>PS: Profissional da saúde</p> <p>X: Numeral que indica o profissional da saúde, de acordo com a ordem em que foram realizadas as entrevistas</p> <p>Y: Numeral que indica a questão que desencadeou a resposta do profissional, de acordo com o roteiro da entrevista</p> |

Fonte: A autora, 2022

QUADRO 2 - Identificação dos eixos temáticos

| EIXOS TEMÁTICOS | TEMAS INICIAIS |
|---|---|
| TECNOLOGIA LEVE | TECNOLOGIA LEVE |
| | VÍNCULO |
| PROCESSO DE TRABALHO | PROCESSO DE TRABALHO |
| | INTERPROFISSIONALIDADE |
| | CAPACIDADE INSTALADA |
| | MODELO MÉDICO-CENTRADO |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE | EDUCAÇÃO PERMANENTE |
| DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE | DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE |
| | INTEGRALIDADE DO CUIDADO |
| CUIDANDO DE QUEM CUIDA | CUIDANDO DE QUEM CUIDA |
| RESOLUTIVIDADE | RESOLUTIVIDADE |
| | ESCUA QUALIFICADA |
| COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E USUÁRIO | COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E USUÁRIO |
| | CORRESPONSABILIZAÇÃO DO USUÁRIO |

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| PERFIL PROFISSIONAL | PERFIL PROFISSIONAL |
| REDE INTERSETORIAL | REDE INTERSETORIAL |
| ACOLHIMENTO X TRIAGEM | ACOLHIMENTO X TRIAGEM |

Fonte: A autora, 2022.

QUADRO 3 - Categorias temáticas

| CATEGORIAS | EIXOS TEMÁTICOS | UNIDADES DE REGISTRO | CORPUS TOTAIS | PERCENTUAL |
|---|---|----------------------|---------------|------------|
| Acolhimento: significados, perspectivas e desafios relacionados ao processo de trabalho | Tecnologia leve | 13 | 71 | 73,0% |
| | Processo de Trabalho | 22 | | |
| | Resolutividade | 24 | | |
| | Acolhimento X Triagem | 6 | | |
| | Comunicação entre equipe de saúde e usuário | 6 | | |
| Educação permanente em saúde como ferramenta importante para consolidação do acolhimento | Educação Permanente em saúde | 8 | 16 | 17,0% |
| | Perfil Profissional | 6 | | |
| | Cuidando de quem cuida | 2 | | |

| | | | | |
|--|--------------------------------|----|----|--------|
| Território em saúde e suas implicações na resolutividade do acolhimento | Determinantes Sociais de Saúde | 6 | 10 | 10,0% |
| | Rede Intersetorial | 4 | | |
| Total | | 97 | 97 | 100,0% |

Fonte: A autora, 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do processo de análise das entrevistas, resultaram-se três categorias temáticas, sendo elas: Acolhimento: significados, perspectivas e desafios relacionados ao processo de trabalho; Educação permanente em saúde como ferramenta importante para consolidação do acolhimento e Território em saúde e suas implicações na resolutividade do acolhimento, sendo apresentado a seguir os elementos identificados em cada uma delas.

Acolhimento: significados, perspectivas e desafios relacionados ao processo de trabalho.

Essa categoria compreende aspectos relacionados ao conceito percebido, pela equipe, acerca do acolhimento e elementos relacionados ao processo de trabalho, que podem interferir na eficácia desta ferramenta. Sendo o acolhimento uma tecnologia leve, importante para a efetividade das atividades na unidade de saúde, que harmoniza o encontro entre profissional e usuário.⁸⁹

Nesse contexto foi possível perceber o reconhecimento do acolhimento, como uma tecnologia leve, que deve estar presente em todos os encontros de cuidado, tendo como foco o entendimento central da demanda trazida pelo usuário. De forma

a contribuir para o estabelecimento do vínculo paciente-profissional/equipe, trazendo um novo significado a essa relação, facilitando com que o usuário possa aderir às ações de saúde propostas, se envolvendo no próprio cuidado, efetivando assim, os serviços oferecidos pela ESF.^{8 10} Além disso, o acolhimento deve ser realizado de forma qualificada, por meio de uma escuta ativa, atenta e compreensiva das necessidades do outro.¹¹

Acolhimento para mim remete a questão de acolher, de escutar, da gente poder escutar a demanda daquele usuário, independentemente de qual serviço, de qual área, mas tu poder ter essa escuta, ter essa abertura. Poder fazer uma escuta qualificada. Estar disponível {...}. (PS71)

Mas faz toda diferença, assim. Até a própria palavra. Se a pessoa não se sentir acolhida [...] ninguém procura um lugar que não vai ser bem tratada. E ninguém procura um lugar se não for para resolver [.....]. (PS61)

No entanto, mesmo havendo o reconhecimento da importância do acolhimento, ainda há o entendimento de que se trata de triagem para a consulta médica ou que é específico de uma categoria profissional.

Eu acho que, se tivesse como, pegar uma delas, assim, deixar só numa salinha, sabe, para passar os casos que não conseguem consulta lá na frente. (PS24)

O ideal seria ter um Enfermeiro que fizesse o Acolhimento de todo o mundo na fila (PS42)

O conceito de acolhimento é mais amplo do que triagem, abrangendo uma escuta qualificada de maneira a atender às necessidades do usuário. É importante que os integrantes da ESF não interpretem acolhimento como sinônimo de triagem, na qual, de forma limitada, a necessidade do usuário seria julgada apenas através de classificações de risco, não atendendo o real conceito de acolhimento, cujo a finalidade é a inclusão, o que vai além da recepção.^{8 11 12} Além disso, o acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim uma postura ética. Não presume profissional específico para sua realização, provoca compartilhamento de saberes, angústias e concepções.¹⁰

Um dos maiores desafios para a realização de um bom acolhimento é conseguir trabalhar dentro das conformidades com a exacerbação da demanda diária de uma UBS. Talvez esta seja uma das maiores barreiras das ações próprias desse eixo de saúde: equilibrar oferta e demanda.¹³ Sendo que além deste, outros fatores podem ser apontados como obstáculos para o desenvolvimento do trabalho acolhedor, como o desconhecimento da realidade da população, por alguns membros da equipe, que não realizam atividades extramuros, o imediatismo inerente à sociedade atual, a dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas, o despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe e para o acolhimento de demandas de saúde mental, o desgaste da equipe e a resistência dos usuários, decorrente da hegemonia do modelo médico-privatista, limitação de espaço físico, limitação de horários, postura do profissional, falta de condições da ESF para atendimentos de urgência e falta de retaguarda de serviços de remoção.¹⁴

É que também muitas vezes, né, precisa direcionar para o médico, mas às vezes não tem vaga. Falta de vagas para o médico, para os especialistas. Às vezes não tem sala. Falta espaço físico. (PS43)

Isso é horrível pra mim. Completamente desumano. Uma pessoa de 70 anos vem e me fala que está desde às 5 da manhã na fila para conseguir falar comigo. É horrível. (PS63)

O usuário vem com aquilo,... eu preciso de médico (PS73)

Então, é falta de pessoal, falta de espaço físico, falta... Porque mesmo que a Prefeitura quisesse contratar outro clínico não tem espaço físico. Então não tem o clínico[..] (PS63)

Algumas propostas podem ser avaliadas para auxiliar na redução destas fragilidades, apontadas pelos próprios trabalhadores de saúde, como a comunicação assertiva entre equipe de saúde e usuário, de forma a esclarecer em que circunstâncias devem acionar a Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Pronto Atendimento, além da corresponsabilização do usuário com os aspectos relacionados a sua saúde, a fim de que sejam seres ativos e protagonistas do cuidado. Sendo que a inserção do usuário em um sistema de trocas recíprocas e positivas junto aos profissionais de saúde pode fazer circular uma espécie de solidariedade do cuidar, trazendo reflexos em outros espaços da sociedade, pela humanização e qualificação do cuidado.^{5 15}

Paciente também típico do AVC e não foi para a urgência porque tinha consulta agendada [...] isso é educação, né. Isso deveria, não ser campanha municipal, deveria ser campanha nacional. Que serviços procurar (PS64)

E às vezes o usuário não está disposto ou não tem condições para aquilo que a gente propõe, e às vezes pensar em alternativas juntos, mesmo, né. E até a questão de responsabilização do usuário, também, porque ele está buscando, mas também tem a parte dele nesse processo, né. (PS72)

O tema das dificuldades para consolidação do acolhimento é diverso, e as manifestações expõem as características de cada comunidade assistida, do nível de organização local do serviço e do pessoal envolvido no processo de acolhimento., Mesmo havendo avanços na formulação das políticas de saúde na última década, para que ocorra a sua efetivação, é necessário que haja um constante processo de discussão, organização e ressignificação do que é preciso para que o acolhimento se torne uma ferramenta do cotidiano dos serviços de atenção básica à saúde.¹⁶

Educação permanente em saúde como ferramenta importante para a consolidação do acolhimento.

Essa categoria traz elementos que abordam a importância da educação permanente para a consolidação do acolhimento nos serviços de saúde.

A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano, podendo ser através de reuniões com interações e conectividades, o que pode favorecer o caráter de entendimento do processo de trabalho na equipe.^{12 17} Através dessas reuniões é possível esclarecer aos profissionais envolvidos sobre a importância do acolhimento, possibilitando a subjetivação do trabalhador e a construção de si mesmo como um novo sujeito.^{12 18}

Sendo assim, o acolhimento não pode ser uma ferramenta metodológica e protocolar pré-pronta, precisa ser inventada e reinventada em cada serviço, para resolver conflitos e contradições, e constituir um espaço privilegiado de diálogo entre profissional e usuário, na busca pela superação do modelo biomédico.¹⁶

Eu acho que, de repente, até mais capacitações, também. De repente tentar capacitar, de novo, o profissional, também, né, ou às vezes chamar para uma conversa. Acho que isso é bem importante, também. (PS34)

Eu acho que essas reuniões de equipe são espaços muito potencializadores para essas construções, porque são trabalhos que têm que ser construídos com os profissionais. Talvez discutir casos em reuniões de equipe, discutir a postura de cada um, enquanto profissional [...] (PS74)

A qualidade do cuidado em saúde está relacionada também com o perfil do profissional que executa esta ação. Portanto, a falha nesse perfil, pode ser considerado um dificultador de uma atenção humanizada, fazendo-se necessário sensibilidade e corresponsabilidade, por parte dos profissionais, para atuar na atenção básica, garantindo uma nova prática baseada na humanização, no cuidado e no exercício da cidadania.^{18 19} A própria formação dos profissionais de saúde deve extrapolar a educação para além do domínio técnico-científico da profissão e se estender pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas que possam contribuir para a melhoria da qualidade de saúde da população, os profissionais necessitam de sensibilidade e corresponsabilidade para atuar na atenção básica, exercendo nova prática baseada na humanização, no cuidado e no exercício da cidadania.^{19 20}

Depende muito da pessoa. Tem pessoa que é mais doce. Que atende com mais facilidade. Que sabe lidar mais com o ser humano, né. (PS33)

[...] e nem sempre o profissional tem essa disposição, pois é muito da disposição de cada um. Acho que essa é uma das dificuldades. Até porque não aprendeu na formação, porque não tem essa visão de que é importante. Talvez seja a base de tudo, sabe. (PS73)

Ao ser propiciado momentos de compartilhamento de saberes e discussões acerca do processo de trabalho, no próprio ambiente onde as relações acontecem, é possível que haja a estimulação de um cenário favorável para que o profissional repense suas ações e implemente mudanças na sua prática profissional. Pela Educação Permanente em Saúde (EPS), ocorre a construção de um novo conhecimento capaz de reconhecer que, para além do saber estruturado, se traz, também, um conhecimento dos afetos mútuos que estes encontros produzem, definido como um conhecimento socioafetivo que é incorporado e passa a significar dados da realidade na qual o trabalhador atua.^{12 21} Tal processo de ressignificação do

seu fazer profissional é extremamente passível de ocorrer, uma vez que estamos em constante transformação.²²

Outro aspecto importante é quanto a necessidade de acolher também quem cuida, ou seja, os profissionais da saúde, pois é fundamental que a equipe também se sinta cuidada, valorizada e incentivada, para que, dessa forma, também consiga exercer seu papel de cuidado de maneira mais eficiente e resolutiva.¹⁸

Eu acho que acolhimento pra mim se remete a acolher. Acolher as pessoas, ouvi-las. Ver a necessidade delas. Acolhimento é acolher. Ser acolhido, também, né. É bem importante. Que no nosso trabalho na verdade a gente só acolhe, né, e não é acolhido. (PS31)

Apesar dos desafios oriundos do mundo do trabalho e das relações implícitas e subjetivas inerentes à construção do SUS, a EPS se mostra como uma ferramenta potente para se promover as transformações, desejadas tanto por gestores como por trabalhadores para a melhoria dos serviços e do sistema de saúde. Quando a EPS é executada em suas bases estruturantes, a problematização do e no processo de trabalho em saúde, cria dispositivos que favorecem os coletivos a interrogar permanentemente a realidade vivenciada, e a valorização dos saberes dos trabalhadores e as trocas de conhecimentos tornam-se mais fluidas e possibilitam resultados mais consistentes.^{20 21}

Território de saúde e suas possíveis implicações na resolutividade do acolhimento.

Essa categoria traz elementos que englobam as premissas de que é fundamental a equipe conhecer o território, além dos seus aspectos geográficos, sob a sua competência sanitária, o que facilita a implementação de melhorias em seu processo de trabalho, inclusive o acolhimento.

Cada Estratégia Saúde da Família possui uma pressão assistencial distinta, necessitando de competências profissionais singulares de acordo com o local onde a comunidade está inserida. Sendo fundamental que haja o conhecimento dos determinantes sociais da saúde que possam estar afetando a qualidade de vida do

indivíduo e/ou comunidade, a fim de oferecer um melhor acolhimento da demanda do usuário, e consequentemente favorecimento da integralidade do cuidado. .^{8 23}

Acolhimento para mim significa observar como a pessoa está ou então como ela chega, que nem no nosso caso, como a gente chega nas casas, nas residências. Observar o estado de saúde emocional, físico da pessoa e, principalmente, a escuta {...}(PS21)

Às vezes eles vêm procurar uma consulta, mas eles já vêm sobrecarregados dos problemas que têm em casa e das dificuldades. Porque às vezes não é só doença também, né. É falta de alimentação, né. Tudo. Falta de emprego. Tudo. (PS22)

Na maioria das vezes a UBS está presente num território que possui outros equipamentos sociais, que atendem a mesma população, desta forma, se as ações forem planejadas e articuladas conjuntamente, sempre que possível, poderá favorecer o acolhimento deste usuário dentro do território ao qual pertence, evitando ações repetidas, e por vezes com poucos resultados efetivos, sendo que a intersetorialidade é fundamental para ações de promoção à saúde e para a melhoria da qualidade dos usuários/comunidade.⁹

Embora aqui seja uma UBS que tem um território bem próximo, tem muita gente com muita vulnerabilidade. Tem os dois extremos nesse território. [...] em volta da UBS tem recursos, né. Tem a escola, que tem a UBS bem próxima. Então são dois recursos públicos bem próximos, mas tem uma margem de vulnerabilidade no entorno que acessa aqui (PS92)

A participante PS7 ao trazer elementos referentes a pergunta norteadora: “*na sua opinião quais as dificuldades para implementação e/ou fortalecimento do acolhimento no serviço de saúde em que atua?*”, traz as seguintes falas que dialogam com os pressupostos de que, em muitas situações, somente o serviço de saúde, de forma isolada, não conseguirá atingir com êxito a integralidade do cuidado.

[...] o Programa Auxílio Emergencial, o PSE, vários programas, se tu não conversar, não planejar em conjunto, não tem resolutividade. Tu vai fazer uma ação pontual [...] tu não consegue atingir aquele objetivo maior.

E pensei numa outra coisa, que é a questão do trabalho em Rede, setorial. Que, entre em todas essas esferas onde trabalhei, seja educação, assistência, saúde, se elas não conversarem e não trabalharem em conjunto a gente não vai conseguir ajudar o usuário. Porque a demanda da saúde não é só a demanda da saúde. Aí tu faz essa escuta, esse acolhimento, tu vê que tem uma série de coisas envolvidas. Então, esse Acolhimento tem de estar em todas essas instâncias.

Para garantia do princípio da integralidade fazem-se necessárias uma clínica abrangente e uma integração de práticas individuais e coletivas no âmbito da promoção, prevenção e recuperação, que são aspectos técnico-assistenciais. Necessita igualmente de resolutividade com garantia de acesso e articulação dos níveis de atenção no âmbito organizacional. Para tanto, essa capacidade instalada da rede, bem como as ações intersetoriais, fundamentais para ações de promoção à saúde e para a melhoria da qualidade de vida, requerem ações no âmbito da gestão nas três esferas de governo, permeadas pela participação popular.⁹

A principal limitação do presente estudo é o fato de ter sido realizado em uma única unidade básica, e apesar de trazer dados que se assemelham com outros achados a nível nacional, não se pode afirmar que reflete a percepção de todos os trabalhadores da Atenção Básica do município. Em contrapartida pode apresentar conformidades com processos vivenciados por outras equipes, e assim contribuir para disparar processos coletivos de mudança.

CONCLUSÃO

A efetivação e consolidação do acolhimento ainda é um desafio entre as equipes de saúde, havendo distorções quanto ao seu real significado e empregabilidade, além de desafios e fragilidades nos processo de trabalho, que dificultam sua consolidação. A educação permanente se apresenta como uma potente ferramenta para mudança deste cenário, além da importância de se considerar os determinantes sociais, que impactam na saúde do usuário/comunidade, bem como a necessidade de ações articuladas com outros equipamentos sociais presentes no território.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

3. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
5. Lopes AS, Vilar, RLA, Mello, RHV, França CS. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate* [periódico na Internet]. Jan-mar 2015 [acesso em 06 de novembro de 2022]; v.39, n;104 [p. 114-123]. Disponível em: <https://DOI: 10.1590/0103-110420151040563>.
6. Oliveira, VM. Política Nacional de Humanização - o que é/como implementar - uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF, 2010.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2022.
8. Moura RA, Henriques BD, Ferreira DC, Caçador BS. Atendimento à demanda espontânea na estratégia de saúde da família: práticas e reflexões de um processo em construção. *Rev. saúde colet.*2022; 32(1): p. 01-16,. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320103>.
9. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Revista Ciência e Saúde coletiva*. 2013; 18(1), p. 221-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>.
10. Aguiar NLT, Ribeiro MA, Albuquerque IMAN, Balica HLL; Silveira NC. Análise do acolhimento na estratégia saúde da família de Sobral (Ceará): discurso do sujeito-coletivo de enfermeiros. *Revista Espaço para a Saúde*. 2018;19 (1): p.45-56. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/967514/4-582-918-1-ed.pdf>.
11. Rocha, FCS. Percepção do profissional de enfermagem sobre o acolhimento à população masculina: desconstruindo a invisibilidade (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/11194>. Acesso em: 17 de agosto de 2022.
12. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *REME rev. min. enferm*, 2014. 18(4): 815-22. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754353>.
13. Carlos, IL, Costa, JFC, Filho, BFL, Guedes, MBOG. Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. *Rev. med.Minas Gerais* [periódico na

- internet]. 2017 [acesso em 06 de novembro de 2022]; v. 27. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2343>.
14. Garuzi, M, Achitti, MCO, Sato, CA, Rocha, SA; Spagnuolo, RS. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev. panam. salud pública*. 2014; 35(2) p.144-9. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>.
 15. Cunha, ATR, Vilar, RLA, Melo, RHV, Silva, AB; Rodrigues, MP. Percepções de usuários sobre humanização na estratégia saúde da família: um estudo ancorado na teoria da dádiva. *Rev. Ciênc. Plur* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 08 de outubro de 2022]; 3(3) [p.16-31], 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13094/9350>. Acesso em 06 de novembro de 2022.
 16. Giordani JMA, Junior DLA, Hugo FN, Hilgert JB. Fatores associados à realização do acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, 2012: um estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 14 de setembro de 2022]; 29(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500017>.
 17. Ribeiro ALTS, Silva DZ, Paiva KP, Araújo GO, Rosa KCO, Lopes LKS, Bonfim RCCO, Guimarães LBE. Dispositivos e contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Humanização: para o fortalecimento dos processos de trabalho de gestores e profissionais da atenção primária no Tocantins. Palmas, TO: - Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. 38 f. ISBN 978-65-87830-00-1. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/558016/>.
 18. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho em saúde. *Tempus* (Brasília). 2012 p.153-163. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf
 19. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev. saúde pública* 2013;47(6):1186-200. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>
 20. Ceccim, RB, Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev.saúde colet*. 2004; 14(1): 41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt&format=pd>
 21. Santos AR, Santos, RMM, Franco TB, Matumoto S. Vilela ABA. Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e ressignificações. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2021 [acesso em 20 de outubro de 2022];15, n.1. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245355>
 22. Franco, TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde Soc. São Paulo*. 2015; v.24, supl.1: p.102-114,

2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KsrVpBX3KGv3WZvQj6xXH5N/?format=pdf&lang=>.

23. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e estratégia saúde da família. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66 (esp): 158-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

5 PRODUTO 2: RELATÓRIO TÉCNICO

Soma-se ao artigo científico a ser submetido na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com intuito de alcançar os objetivos específicos aos quais este estudo se propôs, o relatório a seguir, que apresenta aspectos do percurso metodológico da pesquisa e elementos, que serviram de base referencial para elaboração de um Manual Didático, como produto educacional, acerca da temática do acolhimento, a partir das percepções dos profissionais da saúde quanto às principais dificuldades para sua consolidação. Pretende-se evidenciar a importância desta temática para estar presente nos momentos de educação permanente das equipes, especialmente no período pós pandemia, como ferramenta de reorganização do processo de trabalho.

5.1 JUSTIFICATIVA

Com base nos elementos encontrados neste estudo, como uma proposta metodológica que pudesse servir como guia para as equipes que desejem trabalhar a temática do acolhimento, em seus momentos de educação permanente, optou-se pela elaboração de Manual Didático, por entender que este dispositivo poderia subsidiar as equipes na condução das abordagens acerca desta temática, ao mesmo tempo em que, não engessaria as discussões sobre o tema, de forma a não limitar o papel criativo das equipes. Nele constam abordagens com propostas metodológicas participativas, com o intuito de favorecer o compartilhamento de saberes, identificação de nós críticos no processo de trabalho e propostas de implementação de melhorias que contribuam para o fortalecimento e consolidação do acolhimento, considerado uma tecnologia leve, mas ao mesmo tempo de grande potência para a resolutividade da atenção básica e efetivação dos atributos da APS.

Preliminarmente os elementos que fazem parte desta proposta foram apresentados à equipe diretiva da APS e à equipe da Unidade Básica participante da pesquisa, a fim de que pudessem contribuir com alguma sugestão, nesta ocasião, foi sugerido pela direção da APS que a metodologia pudesse, inicialmente,

ser aplicada na própria UBS que serviu como cenário de pesquisa, visando a posterior replicação aos demais serviços, conforme detalhado no diário de campo (APÊNDICE D).

5.2. METODOLOGIA

Na primeira fase da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais que compõem a unidade, cujo objetivo foi identificar o conhecimento que os profissionais que compõem as equipes de APS possuem sobre o acolhimento, bem como as possíveis dificuldades para sua implementação e consolidação. Para realização das entrevistas foram respeitadas todas as medidas de prevenção à Covid-19.

Na segunda fase da pesquisa, foi elaborado uma proposta metodológica, de educação permanente, por meio de um Manual Didático, acerca da temática do acolhimento, tendo como base as principais dificuldades elencadas pelos participantes para efetivação e consolidação desta ferramenta de trabalho. A perspectiva é de que o manual seja oferecido às equipes de saúde do município que desejarem, em especial às equipes da atenção básica, completando assim a terceira fase da pesquisa.

Entende-se que propiciar momentos de reflexão e sensibilização tendo como ponto de partida material produzido a partir da percepção dos trabalhadores, parece ser de extrema relevância, pois, o acolhimento pode ser visto como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços, sendo medido a partir das percepções dos trabalhadores e usuários sobre seu processo de trabalho e cuidado, e não através de normativa desconsiderando os sentidos atribuídos pelos atores envolvidos (GIORDANI et al., 2020).

Desta forma é fundamental que possa ser proporcionado espaços para discussão entre a equipe acerca de seu processo de trabalho, favorecendo o empoderamento dos seus membros diante do planejamento, execução e avaliação das ações a serem desempenhadas. Visto que é nas relações interpessoais e interprofissionais que está a força para mudanças, por meio do despertar de novos padrões de comportamento que potencializam a criatividade e possibilitem o

acolhimento. Quando se potencializa essas relações-encontros, aumentam as possibilidades para novas respostas aos velhos modos de ser e agir típicos do modelo newtoniano-mecanicista, que dá potência para as tarefas em detrimento das relações (ROCHA; SPAGNUOLO, 2015). Além disso, os estudos qualitativos também podem mostrar insights críticos que colaboram no manejo das deficiências do sistema de saúde (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

A pandemia da COVID-19 exigiu das equipes de saúde adaptações para que pudessem atender as demandas decorrentes do cenário epidemiológico, porém, com o avanço da vacinação e a consequente redução do número de casos positivos, favorece com que as equipes possam retomar gradativamente as ações programáticas em saúde. Da mesma forma, é preciso que estejam preparadas para atendimento à demanda espontânea, visto que, a dificuldade de acesso devido o período pandêmico, estimulou uma demanda reprimida, que está retomando a procura pelos serviços de saúde, utilizando-se para tal de ferramentas que qualifiquem o processo de trabalho.

Para tal o acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, possibilitando ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade (ROCHA, 2020).

Cabe então dizer que a percepção sobre acolhimento por parte profissionais da saúde, suas facilidades e dificuldades de consolidação, bem como possibilidades que auxiliem no seu fortalecimento, faz-se necessária. Sendo assim, segue abaixo a proposta metodológica para discussão do acolhimento nos momentos de educação permanente entre as equipes da APS.

5.3 PROPOSTA METODOLÓGICA PARA CONSOLIDAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Com base nas análises dos elementos identificados, por meio da coleta de dados, é possível reiterar que existem potencialidades e desafios para a consolidação do acolhimento, e a educação permanente se apresenta como possibilidade importante de aprimoramento desse processo. Sendo assim, a seguir são elencados alguns elementos, como forma de propor uma metodologia a ser

empregada nos momentos de educação permanente das equipes de saúde, que possa favorecer a potencialização dos aspectos já consolidados, no que se refere a temática do acolhimento, ao mesmo tempo em que possa propiciar o fortalecimento das fragilidades identificadas nesta pesquisa, favorecendo a reorganização dos processos de trabalho das equipes de APS contribuindo para a consolidação do acolhimento.

Cabe destacar que alguns aspectos encontrados nessa pesquisa, dialogam com outros achados a nível nacional, sendo assim, pode-se inferir, que materiais didáticos, já disponíveis por meio das plataformas digitais, podem contribuir para o fortalecimento das fragilidades identificadas, porém, é preciso ressaltar que nenhum material didático substitui a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. A potência e o valor de um material didático serão maiores se ele estiver vinculado a experimentações concretas e à problematização dos efeitos, desafios e práticas reais pelas próprias equipes, com apoio intensivo da gestão, nos próprios serviços, tomando o processo de trabalho real como objeto de análise e intervenção (BRASIL, 2013).

Segundo Franco e Merhy (2012) a mudança no trabalho é resultado de um processo de reestruturação produtiva, que por sua vez pode levar ou não a uma ruptura com o modelo atual. O que vai configurar a mudança no modelo produtivo do cuidado é uma inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, que tenha a capacidade de operar uma inversão nas tecnologias de trabalho, com centralidade para o trabalho vivo e o uso predominante das tecnologias relacionais. De acordo com os mesmos autores a justificativa para o esforço de compreensão dos processos do trabalho em saúde tem esta razão central, por entender-se que analisar remete sempre a uma ação, intervenção sobre os modos como se produz o cuidado.

Segundo Pitano (2017) o elemento fundamental da pedagogia freireana é o diálogo, sem o qual não há comunicação. Levando em consideração que o diálogo deve ser desencadeado de modo a se fazer entender por todos os que dialogam, a comunicação se efetua tomando como mediação os problemas locais. Sendo assim, a prática bancária de educação (transferidora de saber) é legitimamente criticada, por ser incapaz de promover a conscientização e por não problematizar o mundo

imediatamente. O conhecimento não pode resultar de um ato passivo. O ser humano busca o conhecimento a partir de suas inquietações, das dúvidas em relação aos problemas que vão surgindo em seu contexto. O conhecimento é entendido pela Educação Problematizadora como um recriar constante, jamais estático (a ideia de que ensinar é transmitir conhecimentos é radicalmente refutada); é resultado da busca determinada, da aplicação da curiosidade sobre o objeto, adquirindo um valor social. Todo conhecimento traz consigo uma mudança na realidade, pois “leva os homens a conhecer que sabem pouco de si mesmos”, possibilitando que “ponham a si e seus conhecimentos como problema” (FREIRE³, 2001b, p. 95 apud PITANO, 2017 p. 92). Problematizando a si e ao mundo é possível haver mudança (PITANO, 2017, p.92).

Desta forma, parece ser fundamental que alguns elementos, não somente sejam apresentados a equipe, mas sim problematizados, entre seus membros, tendo como foco a melhoria das fragilidades identificadas. Segundo Freitas et al. (2015) metodologias ativas estimulam os educandos/trabalhadores colocando-os no centro do processo ensino-aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de capacidades de ampliação do olhar e o surgimento de saberes que poderão contribuir no cotidiano de suas práticas oferecendo aprendizagem significativa.

Sendo assim, a figura a seguir apresenta temas que, a julgar pelos achados desta pesquisa, parecem ser pontos importantes para discussão, dentro de uma proposta metodológica que vise o fortalecimento e consolidação do acolhimento nos serviços de saúde, por meio de metodologias ativas.

³ FREIRE, P. Política e Educação ensaios, São Paulo: Cortez, 2001a.

Figura 2 - Temáticas para discussão entre as equipes



Fonte: Autora, 2022

Um dos primeiros aspectos a serem trabalhados pelas equipes de saúde é a problematização acerca do conceito de acolhimento, pois como elencado na análise dos dados ainda há distorções quanto ao seu real significado.

De acordo com Coelho e Jorge (2009) o acolhimento é uma tecnologia leve que direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes de ESF como uma maneira de resolver suas reais exigências de saúde. Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento.

Como pergunta norteadora para problematização do conceito de acolhimento, podem ser levantadas as seguintes questões sugeridas pelo Caderno de Atenção Básica número 28, volume 1: “o que é acolhimento”, “porque acolher a demanda espontânea?”

Partindo deste ponto pode-se inferir que sejam expostos, pelos trabalhadores, por meio de uma técnica de *brainstorming*⁴, seus pontos de vista acerca do entendimento quanto ao acolhimento, o que favorece a discussão com possibilidades de alinhamento quanto ao seu real significado, aparando possíveis arestas e desmistificando conceitos equivocados.

Nesse sentido, poder-se-ia dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Ou seja, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Desta forma, em vez de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2013).

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades (BRASIL, 2013).

Problematizar acerca do processo de trabalho da unidade desenha-se como uma etapa importante quando se deseja implementar melhorias neste aspecto, em especial quanto ao objeto de estudo desta pesquisa, o acolhimento, visto ser fundamental entender e repensar acerca dos processos de trabalho que ocorrem nos serviços de saúde, pois muitas vezes, o trabalho intenso do dia a dia impede a análise sobre o *fazer profissional*, favorecendo com que as equipes de saúde, trabalhem de forma mecanizada, por vezes, repetindo falhas que poderiam ser corrigidas, caso houvessem momentos de discussão e realinhamento de processos de trabalho.

⁴ Método criado nos Estados Unidos, pelo publicitário Alex Osborn, significa tempestade cerebral ou tempestade de ideias.

Neste aspecto a proposta da educação permanente em saúde pode ser considerada como uma estratégia de gestão, desde que seja percebida como estratégia educativa e um dos pontos de partida, além do reconhecimento da micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 2002). Além disso, a EPS apresenta diversas possibilidades metodológicas para os coletivos se colocarem em análise e se produzirem de outros modos (FEUERWEKER, 2014).

A discussão coletiva de casos tem sido um dispositivo potente para identificar a complexidade dos problemas, favorecendo a articulação de diferentes saberes e recursos na produção de projetos terapêuticos em defesa da vida. Quando os trabalhadores são provocados e desafiados pela complexidade das situações, ampliam-se as possibilidades de mobilização, pois nessas situações é que vale a pena o esforço da articulação e da interdisciplinaridade (CAMPOS, 2006).

De acordo com Campos⁵ (2003 apud Coelho e Jorge, 2009) o trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não descarta o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, pois, todos devem participar de modo a articular um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores. Como trabalhadores da saúde, deveríamos acolher os usuários de modo a conhecê-los pelo nome, procurando identificar os motivos de sua vinda à unidade. O simples fato de darmos boas-vindas favorece o estabelecimento de uma relação de confiança, facilitando com o que o usuário relate suas reais necessidades de saúde. (COELHO; JORGE, 2009).

Por meio da leitura e problematização coletiva de um caso, quer seja ele real ou fictício, favorece com que a equipe lance luz ao seu processo de trabalho, de forma a facilitar *insights* que auxiliem no fortalecimento de possíveis fragilidades, favorecendo análises, tanto no âmbito individual como coletivo, de momentos/situações nas quais o acolhimento ao usuário poderia ter sido realizado de forma mais satisfatória.

Além disto, para discussão do processo de trabalho, também é importante que a equipe identifique, de forma objetiva e clara, como ocorre o fluxo de atendimento do usuário dentro da unidade de saúde, tanto no que se refere a demanda programática como a demanda espontânea, identificando possíveis nós críticos

⁵ Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003

neste processo. Para tanto, além da problematização de casos, há algumas ferramentas de gestão que podem auxiliar nesse processo, a exemplo do fluxograma descritor e a árvore de problemas. Visto que de acordo com Feuerwerker (2014) pensar e produzir uma rede de atenção à saúde ou mesmo uma unidade de atenção à saúde exige gestão, e não somente gestão dos serviços, mas também gestão da produção do cuidado.

De acordo com França et al. (2019) no relato de experiência sobre o uso das ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde, onde uma das experiências referidas é sobre o fluxograma para o acolhimento, menciona que o mesmo permitiu ao trabalhador se colocar no lugar do usuário, de forma a contribuir para visualizar o fluxo de atendimento do usuário e identificar os nós críticos a serem analisados pela equipe, sendo, portanto, uma ferramenta importante para o planejamento das ações.

Ainda de acordo com a mesma autora a discussão dos fluxogramas tornou viável a mudança de comportamento e de rotinas existentes na unidade com vistas a melhoria no atendimento aos usuários, buscando soluções para os nós críticos, aumentando a resolutividade e a efetividade do serviço prestado.

Segundo Rodrigues et al. (2019), o fluxograma descritor aponta como uma ferramenta que pode ser um ponto de partida possível em uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, esta ferramenta, sempre que necessário, deve ser adaptada, considerando as especificidades de cada lugar, com vistas a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde, além do conhecimento adquirido em trocas de experiências entre a equipe.

Esta ferramenta de gestão, ao ser construída de forma conjunta entre os membros da equipe, pode propiciar um momento de grande aprendizado, na medida em que, o próprio ato de construção favorece a compreensão ou até a mesmo a solução de um problema, pela súbita captação mental dos elementos e relações adequadas, obviamente tal processo exige disponibilidade das equipes e clareza da importância deste momento para melhorias de processo de trabalho, que facilitarão a formação de vínculos entre equipe de saúde e usuários, com consequente aumento da resolutividade das demandas trazidas pelos mesmos. Contribuindo

também para aumento do grau de satisfação dos trabalhadores, por sentirem-se protagonistas neste processo de mudança, além de trazer o processo de trabalho para o foco do atendimento prestado ao usuário, favorecendo a desmistificação da questão do atendimento centrado em uma categoria profissional, a exemplo do modelo médico-centrado, como identificado na coleta de dados, que ainda se apresenta como um desafio para a consolidação do acolhimento.

Neste processo, nós críticos, que dificultem a realização do acolhimento de forma resolutiva propiciando o estabelecimento de vínculos, podem ser identificados, demandando então um olhar mais atento da equipe e, desta forma, devendo ser mais bem esmiuçados, neste sentido, apresenta-se o dispositivo da Árvore de Problemas, como uma possibilidade a ser empregada diante destas situações.

De acordo com Souza (2010) a metodologia da Árvore de Problemas é uma ferramenta de fácil uso, de rápida aplicação e possível de ser utilizada em qualquer empresa ou departamento.

Entre as metodologias mais interessantes para desenvolver um projeto de trabalho, encontra-se a “Árvore de Problemas”, que é formada por diagramas que analisam um problema do ponto de vista das causas que o criam e tem como foco encontrar as causas dos problemas para desenvolver projetos que as eliminem (CORAL⁶ et al., 2009 apud SOUZA, 2010).

O Diagrama de Árvore é classificado no Japão entre as primeiras e principais ferramentas gerenciais para o controle da qualidade. Por ser uma ferramenta simples, fácil de ser utilizada e apresenta vantagens em relação a outras metodologias, principalmente devido ao fácil manuseio, além de se adequar aos diversos ambientes, contextos e áreas de atuação, além de facilitar o processo de identificação da causa raiz, fundamental para qualquer método de solução de problemas (ORIBE, 2004).

Cabe destacar que há uma limitação da literatura científica a respeito do tema, principalmente, quando aplicado ao campo da saúde, sendo que, ao utilizar os operadores booleanos *acolhimento and gestão em saúde e atenção primária à saúde and gestão em saúde* e ainda *acolhimento and educação continuada em*

⁶ CORAL, E; OGLIARI, A; ABREU, A.F. Gestão Integrada da Inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009

saúde, não foram encontrados nenhum artigo científico na base de dados da BIREME/OPAS/OMS, acerca do emprego desta metodologia em serviços de saúde. Sendo localizado somente um referencial teórico através de pesquisa direta no *google*, no qual traz a proposta de realização de Projetos de Intervenção (PI) associados à metodologia de “Árvore de Problemas” a serem desenvolvidos pelos alunos da pós-graduação lato sensu em Saúde da Família, no modelo de Educação a Distância (EAD), da Universidade de São Paulo - UNASUS- UNIFESP, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família. Apesar desta limitação parece ser interessante a proposta de emprego desta metodologia para elucidar possíveis nós críticos que dificultem o processo de acolhimento nas equipes de saúde, de forma a contribuir para que ocorram experiências com relação ao emprego desta ferramenta em serviços de saúde, com posterior divulgação de resultados.

Visto que Coral et al. (2009, p. 109) ao apresentar o conceito abaixo acerca da metodologia da árvore de problemas, permite a reflexão de que esta ferramenta pode ser de grande valia para os serviços de saúde, na medida em que propicia um olhar mais aprofundado diante de um problema identificado, contribuindo para a análise do maior número possível de causas e consequências que estejam interferindo neste processo, por meio de um formato visualmente didático, facilitando o processo de compreensão. Segue o conceito definido por estes autores, que dialoga com esta inferência:

A Árvore de Problemas é uma ferramenta que serve para identificar causas e consequências de uma situação que precise de soluções. O objetivo dessa ferramenta é encontrar as causas dos problemas para desenvolver projetos que as eliminem.

Também cabe destacar que a equipe pode sentir a necessidade de solicitar auxílio para discussão de determinados temas, sendo que o município de Caxias do Sul, não possui apoiadores institucionais por territórios e/ou unidades de saúde, mas possui uma ampla gama de servidores, com as mais variadas formações, além de uma Núcleo de Educação Permanente em Saúde que pode auxiliar nas articulações de parcerias necessárias, com profissionais da própria rede municipal de serviços

e/ou de instituições parceiras, que possuam expertise nos assuntos que as equipes sintam a necessidade em trabalhar.

Esta sensibilidade em reconhecer que, em alguns momentos, pode se fazer necessária a articulação com outros atores, é de fundamental importância, visto que o gerente de unidade de saúde pode exercer papel fundamental nesse processo de realinhamento do trabalho, mas precisa de companhia, de respaldo, de espelho e de coletivo. O apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, de forma a acionar distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado (FEUERWERKER, 2014).

Outro aspecto identificado nesta pesquisa e que como tal entende-se como importante para o êxito de qualquer processo de melhoria que se deseje implementar nos serviços de saúde, é em relação ao cuidado com que cuida, ou seja com os trabalhadores da saúde.

Ainda segundo Feuerwerker (2014) cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe. Essa é uma condição indispensável para que os trabalhadores produzam o cuidado de si mesmos, no cuidar dos outros e coloquem em análise as suas implicações com a produção da vida, nessa situação. O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, não consegue “cuidar de si”, tendendo a permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde pelas linhas do instituído, capturado intensamente pelas lógicas hegemônicas capitaneadas pelos modos de agir das profissões de saúde encasteladas cada uma em si mesma. Esse processo autoanalítico é favorecido pela Educação Permanente em Saúde.

Neste sentido o Processo Circular pode ser uma ferramenta importante para aproximação, vivência e sentimento de cuidado entre os membros da equipe. Segundo França et al. (2019) o Processo Circular, também chamado de Círculo de Construção de Paz, é considerado uma ferramenta para o diálogo na construção da

grupalidade, pois além de favorecer o diálogo, promove a autonomia dos participantes e o empoderamento do grupo.

Esses espaços de cuidado com a equipe se constroem em momentos que podem ser destinados para tal, a exemplo do dispositivo citado de Processos Circulares, mas também se fortalecem no dia a dia de trabalho, quer sejam nos espaços de encontro coletivo entre os trabalhadores, na confraternização de datas comemorativas, na organização das agendas e escalas de trabalho de modo que os profissionais participem de atividades extramuros, de forma a propiciar outras vivências, ou seja, diversos podem ser os momentos de cuidado com a equipe, sendo que o despertar para esta preocupação deve ser de todos os seus membros, para que seja efetivo, e desta forma propicie com que a equipe sinta-se fortalecida e cuidada, e portanto, com grande potencial para praticar o acolhimento de forma mais resolutiva, com foco na integralidade do cuidado e fortalecimento de vínculo com o usuário.

Outro aspecto identificado nesta pesquisa foi a importância do conhecimento do território em saúde. Pois é esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde, sendo constituído a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental, sendo neste local onde se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, podendo consolidar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde no sentido da ampliação de sua rede de conexões existenciais. (FEUERWERKER, 2014).

Segundo a mesma autora, como ponto de partida para o reconhecimento do território em saúde é importante produzir um olhar interessado não somente em busca e reconhecimento dos problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações. A autora ainda explana o seguinte acerca desta temática:

Há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão, sua saúde. O mergulho no contexto e nas vidas dos usuários é fundamental e a vivência no território é indispensável. Todos os tipos de profissionais se beneficiam de um convívio mais intenso com o cotidiano das pessoas, das famílias, dos grupos. Principalmente quando esse encontro se faz com um olhar mais desarmado, mais interessado, menos

preconceituoso e menos prescritivo. Não somente os agentes comunitários, não somente para verificações pontuais, não somente os acamados, não somente para ações educativas. Os casos complexos pedem uma aproximação mais intensa e cuidadosa e intervenções mais coordenadas. (FEUERWERKER, 2014, p.110)

Quanto ao reconhecimento da rede de serviços do território a autora diz o seguinte:

Também é necessário ampliar a oferta com a articulação com outros setores que não os da saúde. Na relação com outros equipamentos e secretarias, é importante reconhecer que também neste caso é preciso produzir sentidos e valores compartilhados. Não basta fazer circular papéis e encaminhamentos. A linguagem, os modos de operar e às vezes as prioridades são distintas, então é preciso produzir conversa e agenda comum. A disposição política de articular é importante para mobilizar recursos, mas é indispensável operar micro politicamente, favorecendo os encontros, as agendas comuns e a potencialização das ações. (FEUERWERKER, 2014, p.112).

De acordo com Teixeira (2006) em função das imensas desigualdades econômicas e sociais e das características da situação de saúde da população, composta por problemas e necessidades que necessitam da adoção de políticas e estratégias diversificadas, a inclusão na agenda da saúde de princípios como a universalização e a integralidade da atenção tem provocado estudiosos, políticos, gestores e profissionais de saúde a buscarem alternativas consistentes, no que há de mais avançado na reflexão crítica na área, ao mesmo tempo em que lutam pela implementação de estratégias e práticas coerentes com as limitações estruturais e conjunturais do sistema público de serviços de saúde.

Segundo Daminello (2022) um dos dispositivos fundamentais para o trabalho no território é a visita domiciliar compartilhada, pois favorece a aproximação dos profissionais com a realidade do usuário. O encontro dos profissionais com os usuários em suas residências pode provocar impactos diante da desorganização expressa em seu ambiente, desde que haja a disponibilidade de escutar e dialogar atenciosamente com o usuário. Além disso, as práticas colaborativas interprofissionais favorecem a formação de rede com outros setores (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Este movimento pode estimular o acionamento de outros dispositivos capazes de favorecer a articulação em rede e consequente integralidade do cuidado, a exemplo das reuniões intersetoriais.

Desta forma, ao conhecermos o território em saúde e buscarmos cada vez mais a consolidação de estratégias articuladas com os diferentes equipamentos sociais é possível que tenhamos maiores subsídios para favorecer a integralidade do cuidado, pois, muitas vezes, a equipe de saúde, de forma isolada, não conseguirá obter êxito em suas ações diante das demandas trazidas pelos usuários, visto que, como já citado neste estudo, muitas não são de caráter biológico, sendo assim, necessitam de outras políticas públicas para que as intervenções sejam o mais assertivas possíveis. Esta prerrogativa, somada às demais intervenções apresentadas anteriormente favorecem a realização de proposições quanto a melhorias no processo de trabalho nos serviços de saúde, com o objetivo de tornar o acolhimento prestado pela equipe o mais resolutivo possível aos usuários.

Sendo assim, como um dos produtos deste estudo foi elaborado Manual Didático, visto que a utilização de manuais pode ser vista como uma das ferramentas de tecnologias leves que podem ser utilizadas no processo de EPS (NASCIMENTO et al., 2020). Neste manual, é elencado sobre a importância de discutir sobre o conceito de acolhimento, possibilidade de utilização das metodologias da Árvore de Problemas, do Fluxograma Descritivo, Estudo de Caso e Processo Circular, para discussões do processo de trabalho entre as equipes, além de trazer reflexões e possibilidades para a busca de auxílio pelas equipes, sempre que necessário, visando a organização do processo de trabalho e/ou tomada de decisão, bem como para o reconhecimento do território em saúde. Este material tem a pretensão de despertar o interesse das equipes de saúde, quanto ao emprego destas ferramentas de gestão, passíveis de serem utilizadas nos momentos de educação permanente, especialmente nas reuniões de equipe, com foco em melhorias do processo de trabalho em saúde, que possam contribuir para o fortalecimento do acolhimento entre profissional da saúde/equipe e usuários.

Também são sugeridos, no manual, os seguintes materiais para que as equipes possam ampliar suas discussões:

- Vídeos disponíveis na plataforma do youtube, com discurso compatível com os objetivos do manual e capacidade de exemplificar na prática o conteúdo proposto;
- Periódicos elaborados por instituições com confiabilidade como UNA-SUS.

PRODUTO 3: MANUAL DIDÁTICO

Maria Elenir de Oliveira Anselmo

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: manual didático para servir como guia nos momentos de educação permanente

Produto educacional como parte da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Caxias do Sul/RS

2022





APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica é a ordenadora da rede e a coordenadora do cuidado, no entanto, existem desafios que dificultam com que as equipes consigam atingir os objetivos aos quais este nível de atenção à saúde se propõe.

Neste sentido o acolhimento se apresenta como uma potente ferramenta de cuidado, capaz de contribuir para melhorias no processo de trabalho, favorecendo a formação de vínculos entre equipe de saúde e usuário.

Quando as equipes de saúde exercem a reflexão sobre como está o acolhimento em seus serviços, é possível a identificação de nós críticos que necessitem de intervenções, que quando analisados e modificados, podem contribuir para o alcance de resultados mais satisfatórios, aumentando a resolutividade da atenção básica, favorecendo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Este manual tem como objetivo oferecer ferramentas que possam ser empregadas pelas equipes de saúde que desejem trabalhar a temática do acolhimento, em seus momentos de educação permanente, especialmente nas reuniões de equipe, por propiciar espaço de compartilhamento de saberes, e favorecimento do emprego de metodologias ativas.





Destaca-se que as metodologias e propostas, presentes neste manual, dialogam com as potencialidades e fragilidades relacionadas ao acolhimento, identificadas na coleta de dados do estudo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Caxias do Sul, que culminou com este produto educacional.

Não se pretende esgotar todas as possibilidades de discussão entre as equipes, visto que cada local possui suas particularidades, mas sim apresentar alternativas, que possam ser empregadas, tendo como foco a construção conjunta entre os diferentes trabalhadores da saúde, visando a qualidade dos serviços prestados à comunidade.





Caminho metodológico para discussão dos processos de trabalho e consolidação do acolhimento



DISCUTIR O CONCEITO DE ACOLHIMENTO



PROBLEMATIZAR ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE



DESCREVER O FLUXO DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO NA UNIDADE



IDENTIFICAR OS NÓS CRÍTICOS DESTE PROCESSO



CONHECER O TERRITÓRIO DE SAÚDE



SOLICITAR AUXÍLIO SEMPRE QUE NECESSÁRIO (PROCESSO CONTÍNUO)



REALIZAR AÇÕES QUE FORTALEÇAM O TRABALHO EM EQUIPE (PROCESSO CONTÍNUO)



PROPOR MELHORIAS NO PROCESSO DE TRABALHO COM FOCO NO FORTALECIMENTO DO ACOLHIMENTO

Fonte: a autora, 2022





Seguem acima temas que se apresentaram como pontos importantes a serem discutidos, problematizados e avaliados entre as equipes de saúde, que desejem trabalhar a temática do acolhimento. Destaca-se que não se identificou a necessidade de seguir uma ordem para abordagem dos temas, no entanto, sugere-se a seguinte cronologia de abordagem:

1º encontro: discussão do conceito de acolhimento.

2º encontro: descrever o fluxo de atendimento do usuário na unidade.

3º encontro: problematizar acerca do processo de trabalho na unidade.

4º e 5º encontro: identificar os nós críticos do processo de trabalho.

6º encontro: proposição de melhorias.

Discutindo o conceito de acolhimento

Como pergunta norteadora para problematização do conceito de acolhimento, podem ser levantadas a seguinte questão sugerida pelo Caderno de Atenção Básica número 28, volume 1: “mas afinal, o que é acolhimento”?





Partindo deste ponto, por meio de uma técnica de brainstorming (chuva de ideias), pode-se inferir que sejam expostos, pelos trabalhadores, seus pontos de vista acerca do entendimento quanto ao acolhimento, o que favorece a discussão entre a equipe, com possibilidades de alinhamento quanto ao seu real significado, aparando possíveis arestas e desmistificando conceitos equivocados.



Fonte: Creative Commons





Cabe lembrar que existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em materiais bibliográficos do campo da saúde, sendo todas elas legítimas, sendo que para auxiliar no alinhamento entre a equipe, quanto a este ponto, segue o conceito de acolhimento elencado pela Política Nacional de Humanização (2013):

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Outra questão que pode ser trabalhada com a equipe, também trazida pelo mesmo Caderno 28 é “porque acolher a demanda espontânea?”. Sendo que após os pontos levantados pelos participantes, podem ser realizados os seguintes alinhamentos, que justificam, de acordo com o mesmo Caderno a necessidade de acolhimento à demanda espontânea:

A primeira razão é que o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde, sendo importante que esta demanda a seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima.





Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. Sendo que quando o olhar técnico do profissional não coincide com a necessidade trazida pelo usuário, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que podem se transformar, em queixas, reclamações, retornos repetidos ou busca por outros serviços.

A segunda razão é que grande parte das demandas trazidas pelos usuários podem ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica. Como por exemplo: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Ou seja, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são primordiais para a criação e fortalecimento de vínculos. Sendo que nessas situações, é comum que muitos deles recorrem às unidades de atenção básica, quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, facilita a identificação do problema, bem como o seu acompanhamento.





Além disso, os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e necessitar de atenção em momentos que não o acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização.

Uma unidade que somente acompanha o usuário nas ações programáticas, mas não os acolhe em momentos de agudização, corre o risco de perder a legitimidade perante o usuário (BRASIL, 2013).

Uma unidade que somente acompanha o usuário nas ações programáticas, mas não os acolhe em momentos de agudização, corre o risco de perder a legitimidade perante o usuário (BRASIL, 2013).

Outro ponto é que, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requeiram adoção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora “poliqueixosa” que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar?





Somente com muita conversa, análise e experimentação é que as equipes poderão, da melhor forma possível, conciliar as demandas programadas com o atendimento à demanda espontânea, sendo que não existe uma receita pronta para isto, desta forma é importante que as equipes conheçam e analisem o fluxo de atendimento do usuário na unidade, a fim de problematizar sobre seu processo de trabalho, identificar possíveis nós críticos e propor melhorias com foco na qualidade do atendimento prestado.

Vídeo sugerido para ilustração do tema:

Veja de que forma o acolhimento na atenção básica acontece, disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=YpyWSGGokZo>

Descrevendo o fluxo de atendimento do usuário na unidade

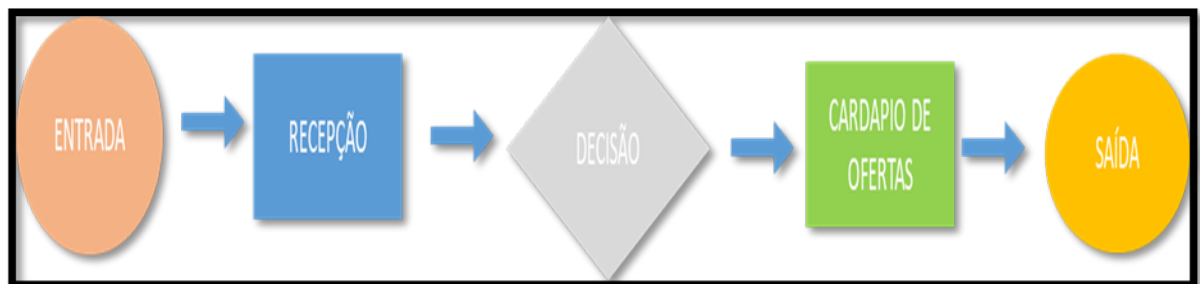
Como uma metodologia importante neste processo evidencia-se o fluxograma descritor.

Segundo MERHY, (1998 apud RODRIGUES, et al., 2019). O Fluxograma Descritor corresponde a construção de um diagrama do processo de trabalho, de um determinado setor ou serviço, e se utiliza de alguns símbolos padronizados universalmente, tais como:





- 1) O desenho de uma elipse, representando a entrada ou o início de um determinado fluxo, bem como o seu fim;
- 2) O retângulo, como a etapa de produção das ações ou o consumo de recursos e produção de produtos;
- 3) O losango, para representar momentos de escolha e possibilidades de encaminhamentos a serem seguidos

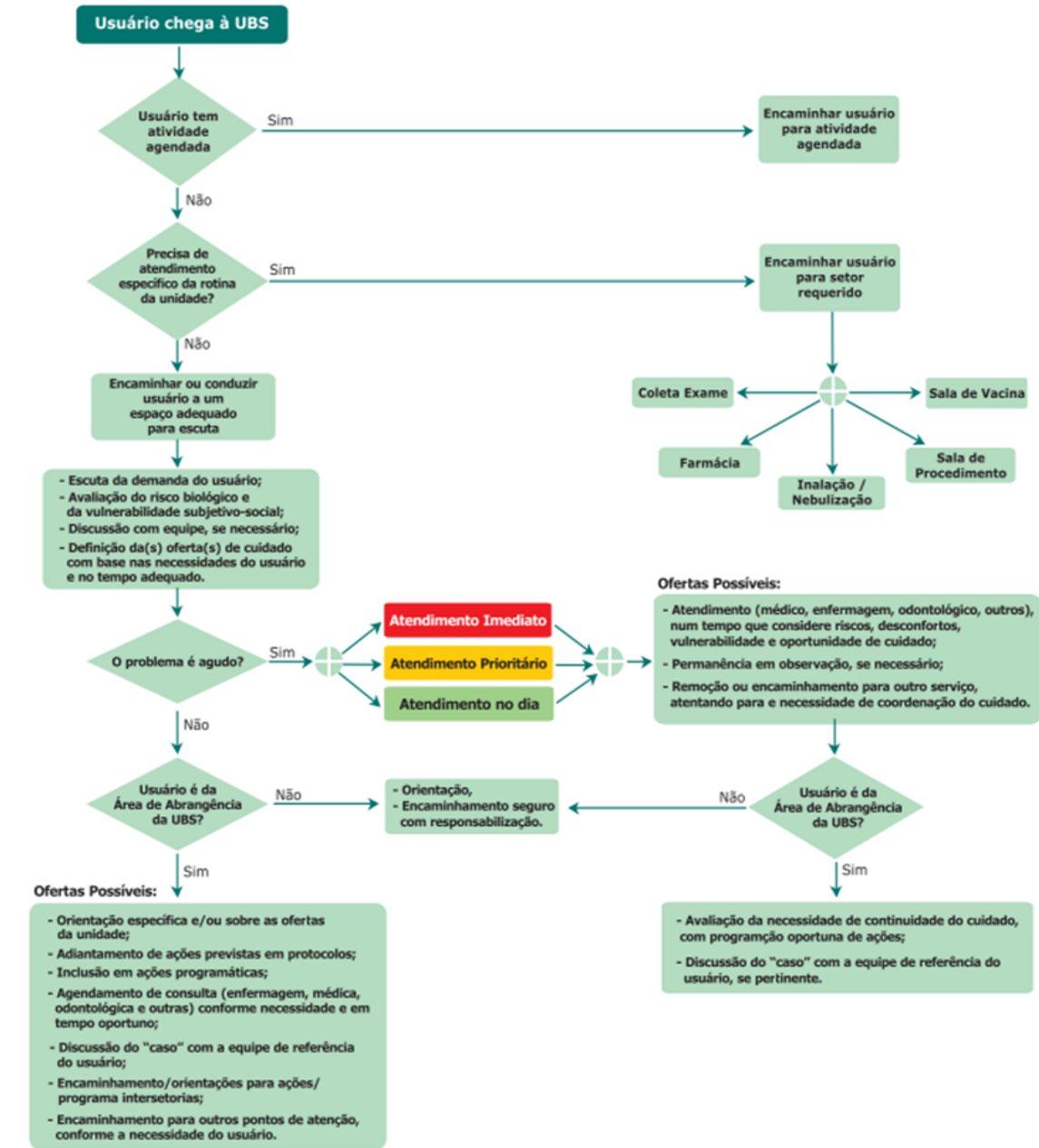


Fonte: a autora, 2022.

Para servir como guia às unidades que assim desejarem, segue abaixo fluxograma proposto pelo Caderno 28, volume 1 da Atenção Básica, que pode ser tomado como um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho na UBS.

Sempre que necessário, o fluxograma deve ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando as particularidades de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde do usuário.







Problematizando acerca dos processos de trabalho da unidade



Fonte: Creative Commons

Por meio da leitura e problematização coletiva de um caso, quer seja ele real ou fictício, favorece com que a equipe lance luz ao seu processo de trabalho, de forma a facilitar insights que auxiliem no fortalecimento de possíveis fragilidades, favorecendo análises, tanto no âmbito individual como coletivo, de momentos/situações nas quais o acolhimento ao usuário poderia ter sido realizado de forma mais satisfatória.





Segue exemplo de caso, proposto pelo Caderno 28, para discussão entre a equipe, porém, também entende-se ser importante que as equipes tragam para discussão casos reais, vivenciados na própria unidade de saúde.

“- Joana: Bom dia, eu queria marcar uma consulta com o Dr. Antônio.

- Vilma: O dia de marcação para o médico é a sexta-feira, tem que chegar cedo porque são distribuídas 20 senhas.

- Joana: Mas a minha irmã acabou de marcar uma consulta para a próxima semana.

- Vilma: É porque ela é hipertensa e faz parte de um programa.

- Joana: Mas eu não tô me sentindo muito bem desde ontem.

- Vilma: Aqui é PSF, não é urgência. Você tem que ir ao PA.

- Joana: O problema é que o PA é longe, eu tô sem dinheiro, e o Dr. Antônio é muito bom. Não dá pra fazer um encaixe não?

- Vilma: Já falei, ou você vai ao PA ou volta na sexta-feira logo cedo. Quem é o próximo?”





Identificação de nós críticos do processo de trabalho

A metodologia da árvore de problemas, pode ser uma ferramenta de grande valia para os serviços de saúde, na medida em que propicia um olhar mais aprofundado diante de um problema identificado, contribuindo para a análise do maior número possível de causas e consequências que estejam interferindo neste processo, por meio de um formato visualmente didático, facilitando o processo de compreensão.



Fonte: Creative Commons





A partir do centro da árvore – o problema –, apresentam-se inferiormente as causas, destacando-se os nós críticos encontrados que são “as raízes” do problema. Na parte superior, são encontradas as consequências geradas pelo problema e que afetam a qualidade do trabalho, considerados “galhos da árvore”. Com a explicação da árvore e a visualização do impacto do problema passa-se à estruturação de um plano de ação para o enfrentamento do problema (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015)

Em termos metodológicos os passos a serem seguidos, de acordo com as mesmas autoras são:

- Tomar o problema e seu contexto
- Identificar da ideia principal do problema;
- Estabelecer as possíveis causas e efeitos;
- Montar o diagrama de causas e efeitos;
- Separar o grupo de causas e grupo de efeitos do problema;
- Montar da Árvore de Problemas;
- Buscar os porquês das causas;





- Montar os objetivos, considerando que o objetivo geral é o oposto do problema, sua descrição sempre se inicia com um verbo no infinitivo, refere-se ao objetivo do Projeto de Intervenção e não da intervenção em si. Por sua vez os objetivos específicos referem-se às estratégias para se atingir o objetivo geral, devem estar relacionados às causas (oposto das causas) e não aos efeitos, devem ser no máximo três; assim, selecione aqueles que julgar mais relevantes e factíveis.

Ao transformar os problemas em objetivos, as causas se convertem em ações (que são definidas por meio dos objetivos específicos) e os efeitos em resultados, sendo possível criar assim a Árvore de Objetivos, conforme ilustrado na figura abaixo:





Fonte: Internet por Graciane Rizério

Videos sugeridos para ilustração do tema:

<https://youtu.be/Ts7eJQxqSal>

https://www.youtube.com/watch?v=9y2A_K79UwQ





Conhecendo o território de saúde

(Processo Contínuo)

Como forma de contribuir para a consolidação e qualificação do acolhimento na atenção básica é importante que as equipes de saúde conheçam o território no qual as unidades estão inseridas, de forma a facilitar um olhar mais ampliado diante das demandas trazidas pelos usuários e ampliar a oferta de serviços. Neste aspecto destaca-se a importância de envolvimento dos diferentes membros da equipe, quer seja nas visitas domiciliares, reuniões intersetoriais e demais atividades extramuros, a fim de que todos possam ampliar o seu olhar quanto aos determinantes sociais que impactam nas condições de saúde da população, além do favorecimento de parcerias com outras políticas públicas, sendo este aspecto de fundamental importância para a integralidade do cuidado.





Fonte: Creative Commons

Realizar ações que fortaleçam o trabalho em equipe (Processo Contínuo)

Esses espaços de cuidado com a equipe se constroem em momentos que podem ser destinados para tal, a exemplo do dispositivo de Processos Circulares, mas também se fortalecem no dia a dia de trabalho, quer sejam nos espaços de encontro coletivo entre os trabalhadores, na confraternização de datas comemorativas, na organização das agendas e escalas de trabalho para que os profissionais participem de atividades extramuros, de forma a propiciar outras vivências.





Diversos podem ser os momentos de cuidado com a equipe, sendo que o despertar para esta preocupação deve ser de todos os seus membros, para que seja efetivo, e desta forma propicia com que a equipe sinta-se fortalecida e cuidada, e portanto, com grande para praticar o acolhimento de forma mais resolutiva, com foco na integralidade do cuidado e fortalecimento de vínculo com o usuário.

PROCESSOS CIRCULARES:

O Processo do Círculo ajuda os indivíduos e o grupo a experimentarem o poder saudável na presença um do outro.

Como é a prática do círculo:

- participantes sentados em um círculo, de preferência sem móvel algum no meio;
- uma peça no centro que cria um foco central para os participantes;
- uma cerimônia de abertura que marca o início de um espaço especial do círculo;
- um objeto, chamado de objeto da palavra, que é passado de pessoa para pessoa, a fim de regular o fluxo do diálogo (quem fala e quando);
- uma cerimônia de fechamento que marca o final de um espaço especial do círculo (BOYES; PRANIS, 2011)





Vídeos sugeridos para ilustração do tema:

Vídeo: Guia de Práticas Circulares texto - No coração da esperança,
disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=Qpm_lsxnc2w

Solicitar auxílio sempre que necessário
(Processo Contínuo)

O apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, de forma a acionar distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado (FEUERWERKER, 2014).

Esta sensibilidade em reconhecer que, em alguns momentos, pode se fazer necessária a articulação com outros atores, é de fundamental importância, visto que o gerente de unidade de saúde pode exercer papel fundamental nesse processo de realinhamento do trabalho, mas precisa de companhia, de respaldo, de espelho e de coletivo.





Fonte: Creative Commons

Proposições de melhorias no processo de trabalho, com foco no fortalecimento do acolhimento

A soma destas intervenções podem contribuir para a proposições de melhorias no processo de trabalho nos serviços de saúde, com o objetivo de tornar o acolhimento prestado pela equipe o mais resolutivo possível aos usuários.





Fonte: Creative Commons

Considerações finais

A atenção básica precisa permanentemente estar repensando suas ações a fim de exercer seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, especialmente no período pós pandemia, onde as equipes de saúde precisam adequar seus processos de trabalho para o atendimento às demandas de toda ordem, quer seja pelo volume de atendimento, visto que muitas questões de saúde deixaram de serem vistas no período pandêmico, quer seja pelo perfil de usuários que passaram a acessar os serviços de saúde, pois em função do aumento do desemprego muitas pessoas migraram para o atendimento através do SUS.





O acolhimento como uma das diretrizes da PNH ainda se apresenta como desafio entre as equipes de saúde para sua efetiva consolidação, mas pode ser considerado como um impulsionador de mudanças, na medida em que, ao avaliarmos como o mesmo acontece, é possível identificar outros processos de trabalho que estão interligados, e que necessitam de ajustes, promovendo um efeito cascata de melhorias o que reverbera num atendimento de qualidade prestado aos usuários, promovendo o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e consequentemente do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Creative Commons

Sendo assim, deseja-se que este material possa contribuir para que as equipes de saúde se sintam mais preparadas para discutir os processos de trabalho que permeiam seu fazer profissional e interferem no processo de acolher.





Referências

BOYES-WATSON, C; ORANIS, K. No coração da esperança - guia de práticas circulares. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1823. Institui a Política Nacional da Saúde do trabalhador e trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (supl 1), p.1523-1531, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)





OLIVEIRA, C.M.C.S; OLIVEIRA, M.A. Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI). Universidade Federal de São Paulo- Pró Reitoria de Extensão, 2015.

RODRIGUES, R. P; CARMO, W.L.N; CANTO, C.I.B; SANTOS, E.S.S; VASCONCELOS, L.A. Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 43, n. especial 6, p. 109-116, dez. 2019.



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica é a ordenadora da rede de saúde e a coordenadora do cuidado, sendo que as Unidades Básicas são os equipamentos de saúde, que na grande maioria das vezes, estão o mais próximo do local de residência dos usuários, ou seja, estão inseridas no território onde as relações de vida das pessoas acontecem, sendo assim, deve estar organizada de forma que os usuários/comunidade a percebam como o primeiro contato para as questões de saúde, por seu caráter resolutivo e capacidade de estabelecimento de vínculos.

Neste ponto, o acolhimento se apresenta como um dos pilares da estruturação da Atenção Primária, sendo uma ferramenta de grande potencial para o alcance dos objetivos aos quais esse nível de atenção à saúde se propõe, por ser uma tecnologia leve, capaz de estabelecer relações de confiança entre a equipe de saúde e comunidade, facilitando com que além do primeiro contato, os demais atributos essenciais da atenção primária se estabeleçam como a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. No entanto, ainda percebe-se uma dificuldade entre as equipes de saúde para consolidação desta ferramenta, sendo que esta percepção motivou o interesse em tentar entender que dificuldades são estas percebidas pelos trabalhadores de saúde da APS de Caxias do Sul e como seria possível contribuir para o fortalecimento das fragilidades identificadas.

Sendo evidenciado que os profissionais percebem, de fato o acolhimento como uma ferramenta importante do processo de trabalho em saúde e que deve estar presente em todas as relações de cuidado, mas que existem desafios para a sua consolidação, sendo que alguns profissionais ainda confundem o acolhimento com triagem para consulta médica, que é exclusivo de uma categoria profissional ou que depende de uma hora ou local específico para ocorrer, estas percepções contribuem para que, em muitas situações, o usuário não se sinta contemplado em suas demandas, perdendo-se a oportunidade de uma escuta qualificada, que deve ser uma prerrogativa de toda equipe a ser estabelecida em todos os momentos de contato com o usuário.

Foi constatado que existem processos de trabalho, como: sobrecarga de trabalho; falta de retaguarda para encaminhamentos dos casos, que de acordo com a equipe, necessitam de atendimento médico no dia; limitação de espaço físico;

perfil do profissional, além do modelo de saúde médico-centrado que dificultam o acolhimento efetivo e que necessitam ser problematizados entre as equipes de saúde, com o objetivo de aparar as arestas e contribuir para a proposição de novas alternativas que facilitem o fluxo de acesso dos usuários, diminuindo ao máximo os entraves que promovam a criação de barreiras entre os usuários e a equipe de saúde. Nesta situação ambos perdem, pois o acolhimento propicia a troca de saberes e quando ocorre de forma qualificada, estabelece uma relação harmoniosa entre os envolvidos, ou seja não há perdas, somente ganhos.

Naturalmente existem condições de trabalho, que interferem na realização do acolhimento e que necessitam ser avaliadas, mas que não dependem somente da equipe local para modificação, sendo importante o envolvimento de outros níveis da gestão para o alcance de resultados satisfatórios, neste aspecto é importante que a gestão local, de forma conjunta com os demais membros da equipe possam perceber a importância de ter espaços para análise crítica dos seus processos de trabalho, e assim ter clareza dos pontos que podem ser problematizados, avaliados e modificados localmente e quais necessitam de apoio e amparo de outros níveis de gestão.

A comunicação assertiva entre a equipe de saúde e usuários, desponta como um importante elemento para facilitar o entendimento do usuário quanto ao uso correto dos equipamentos de saúde que compõem a rede de serviços, e assim contribuir para o atendimento adequado de suas necessidades, mas que este é um fator que depende, por vezes, de elementos intrínsecos aos usuários e que, portanto, a equipe de saúde por si só, não possui o domínio sobre esta questão.

Outro ponto a destacar, identificado neste estudo, é o olhar para o profissional de saúde, para que também se sintam acolhidos e cuidados, ou seja, cuidar de quem cuida, esse aspecto desponta como uma prerrogativa de fundamental importância, visto que se a equipe não estiver bem, isto refletirá diretamente no atendimento à comunidade, por outro lado uma equipe fortalecida, estará mais preparada para lidar com as dificuldades do dia a dia, e desafios, cada vez mais inerentes aos serviços de saúde, em especial na saúde pública.

A educação permanente em saúde configura uma ferramenta importante para o acolhimento, pois, na medida em que a equipe possa ter a oportunidade de repensar

o seu fazer profissional, no próprio local onde as relações de trabalho acontecem, parece ser de grande valia, por propiciar uma maior capacidade de mudança, no âmbito individual e coletivo, uma vez que a discussão fará sentido aos envolvidos, não se limitando a algo normativo e protocolar, que muitas vezes não dialoga com a realidade vivenciada pelo trabalhador da saúde.

Sendo as reuniões de equipe um espaço fundamental para a consolidação da EPS, por propiciar a participação de diferentes membros da equipe, sendo assim, parece ser importante que cada vez mais sejam utilizadas as tecnologias digitais para repasses de informação, a exemplo de grupos de whatsapp, a fim de reservar um tempo maior das reuniões para compartilhamento de saberes e discussões acerca do processo de trabalho.

Nesses espaços de troca e compartilhamento de saberes, para que de fato sejam espaços de mudança, é preciso que sejam guiados por uma metodologia que facilite a problematização entre os membros, ao mesmo tempo que instigue e motive a participação dos envolvidos na tomada de decisão, sendo assim, as metodologias ativas se apresentam como grandes aliadas, pois contribuem para que os trabalhadores se percebam como seres ativos no processo de mudança, e não meramente receptores de informação.

Existem metodologias que se apresentam como passíveis de serem utilizadas nos espaços de saúde, com capacidade de contribuir para a avaliação do processo de trabalho, identificação de nós críticos, proposição de melhorias e fortalecimento do trabalho em equipe, com foco na realização de um acolhimento com qualidade, sendo, a discussão coletiva de casos, fluxograma descritor, a árvore de problemas e processos circulares algumas das metodologias que parecem dialogar com as percepções trazidas pelos profissionais, neste estudo, quanto às dificuldades para consolidação do acolhimento.

Além disto também é importante que a equipe identifique a necessidade de realizar ações extra muros, não somente de forma pontual, como em algumas campanhas específicas, que certamente são necessárias e possuem o seu valor, mas que também possam ocorrer de forma rotineira, tendo como foco o reconhecimento do território e seus determinantes sociais que impactam na saúde da comunidade, além dos demais equipamentos sociais presentes no território com

os quais possam ser realizadas ações de forma articulada. Estes movimentos contribuem para a integralidade do cuidado, princípio do SUS intimamente interligado com a resolutividade que se espera no ato de acolher o usuário.

Sendo assim, foi elaborada uma proposta de educação permanente, por meio de um Manual Didático, como um dos produtos deste estudo, com o objetivo de servir como guia às equipes de saúde que desejem promover discussões acerca da temática do acolhimento em seus espaços de trabalho. Foi utilizado como subsídio para elaboração, as considerações trazidas pelos participantes da pesquisa, quanto a percepção sobre o acolhimento, principais dificuldades para a sua consolidação e possibilidades para fortalecimento das fragilidades identificadas.

Quanto aos limites observados na pesquisa, considera-se o fato de ter sido realizada em uma única unidade básica, e apesar de trazer dados que se assemelham com outros achados a nível nacional, não se pode afirmar que reflete a percepção de todos os trabalhadores da Atenção Básica do município. Em contrapartida pode apresentar conformidades com processos vivenciados por outras equipes, e assim contribuir para disparar processos coletivos de mudança.

Conclui-se que as unidades básicas de saúde, precisam permanentemente estar repensando suas ações a fim de exercer seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, especialmente no período pós pandemia, onde as equipes de saúde precisarão adequar seus processos de trabalho para o atendimento às demandas de toda ordem, quer seja pelo volume de atendimento, visto que muitas questões de saúde deixaram de serem vistas no período pandêmico, quer seja pelo perfil de usuários que passaram a acessar os serviços de saúde, pois em função do aumento do desemprego muitas pessoas migraram para o atendimento através do SUS. Ou seja, o acolhimento como uma das diretrizes da PNH ainda se apresenta como desafio entre as equipes de saúde para sua efetiva consolidação, mas pode ser considerado como um impulsionador de mudanças, na medida em que, ao avaliarmos como o mesmo acontece, é possível identificar outros processos de trabalho que estão interligados, e que necessitam de ajustes, promovendo um efeito cascata de melhorias o que reverbera num atendimento de qualidade prestado aos usuários, promovendo o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde.

8 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, N.L.T; RIBEIRO, M.A; ALBUQUERQUE, I.M.A.N, BALICA, H.L.L; SILVEIRA, N.C. **Análise do acolhimento na estratégia Saúde da Família de Sobral (Ceará): discurso do sujeito-coletivo de enfermeiros**. Revista Espaço para a Saúde, v.19(1), p.45-56., ago. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/967514/4-582-918-1-ed.pdf>. Acesso em 06 de novembro de 2022.
- ARGYRIS, C. **Como vencer barreiras organizacionais**. Barcelona: Herder, 1993
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2022.
- BATESON, Gregory. **Passos para a ecologia da mente**. Buenos Aires: Planeta, 1991.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. HumanizaSUS**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.142**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 4.279**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2436**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea – 1. ed.; 1. reimpr– Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

BONILHA, A.L.L. **Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa**. Revista gaúcha de enfermagem, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 8–10, mar. 2012. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rngenf/article/download/28332/16984>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

BOHUSCH, G. **Práticas de enfermeiros no atendimento à demanda espontânea em equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. 2019. 95 p. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2019. Disponível em: https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/11184/1/DISSERTACAO_FINAL_GLAUCIA_BOHUSCH.pdf. Acesso em 06 de novembro de 2022.

CAMPOS, GWS. **Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida**. Revista trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 4 (1), mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/MdSpymMCFVfWpdrHhPjRZxG/?lang=pt>. Acesso em: 14 de setembro de 2022

CARLOS, I.L; COSTA, J.F.C; FILHO, B.F.L; GUEDES, M.B.O.G. **Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência**. Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 27, jan. 2017. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2343>. Acesso em 06 de novembro de 2022.

CARRAPATO, J. F.L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho**. Revista Saúde e Sociedade, v. 27, p. 518-530, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PmjC6YSs8SYzmWLrd7ccHJH/?lang=pt>. Acesso em 17 de setembro de 2022.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Vol.9, nº 16, p. 161-177, set 2004/Fev 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v 14 (1), p 41-65, maio de 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 29 de dezembro de 2022.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia ou fronteiras**. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.6 (3), jul. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em 22 de dezembro de 2022.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, p.1523-1531, mar. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de novembro de 2022.

CORAL, E; OGLIARI, A; ABREU, A.F. **Gestão Integrada da Inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

CUNHA, A.T.R; VILAR, R.L.A; MELO, R.H.V; SILVA, A.B; RODRIGUES, M.P. **Percepções de usuários sobre humanização na Estratégia Saúde da Família: um estudo ancorado na teoria da dádiva**. Revista Ciência Plural, Rio Grande do Norte, p.16-31, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13094/9350>. Acesso em 06 de novembro de 2022.

DAMINELLO, Marcello. **Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional**. 2022. 187 p. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.108.2022.tde-03082022-082733>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014

FRANÇA, M.A.S.A; SPIRANDELLI, A.C.M.A; VERDE, M.C.C.L.V. **Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência**. Revista Saúde e Debate, Rio de Janeiro, V. 43, p. 138-146, dez. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/138-146/pt>. Acesso em 13 de novembro de 2022.

FRANCO, T.B. **Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v.24, p.102-114, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KsrVpBX3KGv3WZvQj6xXH5N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 de novembro de 2022.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., & MERHY, E.E. **O Acolhimento e os Processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 345-353, abr-jun. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 06 de setembro de 2022.

FRANCO, T.B, MERHY, E.E. **Cartografias do trabalho em saúde**. Revista Tempus, Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 15 (2), p.153-163, abr. 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em 02 de novembro de 2022.

FREITAS, et al. **Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde**. Trabalho. Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, p. 117-130, mar.2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/vdfKGtGBB7hgr8SZYXbmtDN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16 de novembro de 2022.

GARUZI, M.ACHITTI, M.C.O; SATO, C.A; ROCHA, S.A; SPAGNUOLO, R.S. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa.** Revista Panamericana de salud pública, v. 35, p.144-149, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em 06 de novembro de 2022.

GIORDANI, J.M.A; JUNIOR, D.L.A; HUGO, F.N; HILGERT, J.B. **Fatores associados à realização do acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, 2012: um estudo transversal.** Revista Epidemiologia e Serviços Saúde, Brasília, 29(5), jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/chHXL4VJJTbxLNGfmDj4j3x/?format=pdf&lang=pt_. Acesso em 05 de novembro de 2022.

GIORDANI, J. M. A; UNFER, B.; MERHY, E. E; HILGERT, J.B. **Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese.** Revista de APS, Juiz de Fora, v.23(1), jan./mar. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16690/22834>. Acesso em 06 de novembro de 2022

KARL, M. **O capital: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital.** São Paulo: Boitempo, 2013.

LOPES, A.S; VILAR, R.L.A, MELO, R.H.V; FRANÇA, C.S. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários.** Revista Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan-mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKxQnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/?format=pdf&lang=pt_. Acesso em 06 de novembro de 2022.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

MENDES R, MISKULIN R. **A Análise de Conteúdo como uma Metodologia.** Cadernos de Pesquisa, v.47, n. 165, p. 1044-1066, jul/set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053143988>. Acesso em: 17 de agosto de 2022.

MERHY, E E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8 (3), jul/set. 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300013>. Acesso em: 14 de junho de 2021.

MINAYO, M.C.S. **Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consenso e Controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v.5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/download/82/59>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

MOURA, R.A; HENRIQUES, B.D; FERREIRA, D.C; CAÇADOR, B.S. **Atendimento à demanda espontânea na estratégia de saúde da família: práticas e reflexões de um processo em construção.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31 (1), p. 01-16, abr. 2022. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/physis/a/w9hkjGSL3sWXpdGfyQRvVNG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 de novembro de 2022.

NASCIMENTO CCL, et al. **Educação permanente em sala de imunização: elaboração de manual de normas e rotinas**. Research, society and development, v.9 (8), jun.2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/5601/4634/25583>. Acesso em: 28 de novembro de 2022.

NORA, C.R.D; JUNGES, J.R. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 47 (6), p. 1186-200, ago.2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DtjWkxHRQQGvxNBN778Rt3D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 de novembro de 2022.

OGATA, M.N; SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M; COSTA, M.VE; FORTUNA, C.M; FELICIANO, A.B. **Interfaces entre a educação permanente e educação interprofissional em saúde**. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, nov. 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em 27 de dezembro de 2022.

OLIVEIRA, V.M. **Política Nacional de Humanização - O que é/Como implementar - uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C, PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da atenção primária e estratégia saúde da família**. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, v. 66, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09 de setembro de 2021.

OLIVEIRA, C.M.C.S; OLIVEIRA, M.A. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI)**. Universidade Federal de São Paulo- Pró Reitoria de Extensão, 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em 14 de novembro de 2022.

ORIBE, C. Y. **Diagrama de Árvore: a ferramenta para os tempos atuais**. São Paulo: editora EPSE, 2004.

PEDUZZI M, AGRELI H.F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Revista Interface Comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 22, p.1525-34, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16 de novembro de 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.L; SILVA, J.A.M; SOUZA, H.S. **Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional**. Revista Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 18, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 29 de dezembro de 2022.

PENNA, C.M.M, FARIA, R.S.R, REZENDE, G.P. **Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?** Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, 18(4): 815-822, dez. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-754353>.

PITANO, S.C. **A educação problematizadora de Paulo Freire, uma pedagogia do sujeito social.** Revista Inter-Ação, Goiânia, v. 42, n. 1, p. 87-104, jan./abr, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ia.v42i1.43774>. Acesso em 13 de novembro de 2022

Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Plano Municipal de Saúde do Município de Caxias do Sul - Período 2018-2021.** Disponível em: <https://caxias.rs.gov.br/servicos/saude/plano-municipal-de-saude-2018-2021>. Acesso em 14 de julho de 2021.

Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Plano Municipal de Saúde do Município de Caxias do Sul - Período 2022-2025.** Disponível em: <https://gcpstorage.caxias.rs.gov.br/documents/2022/09/6d93b940-a4f0-41d7-b0ca-b80afafbdcc8.pdf>
Acesso em 07 de dezembro de 2022..

RIBEIRO, Ana Laura Tavares da Silva et al. **Dispositivos e Contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Humanização: para o fortalecimento dos processos de trabalho de gestores e profissionais da atenção primária no Tocantins.** Palmas, TO: - Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. 38 f. ISBN 978-65-87830-00-1. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/558016/>. Acesso em 06 de novembro de 2022.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. **Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.39, nº 104, p. 124-135, jan-mar, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/34fPFrytQ8XhMgTQ6BC3bfg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

ROCHA, Fabiana Cristina Silva da. **Percepção do profissional de enfermagem sobre o acolhimento à população masculina: desconstruindo a invisibilidade.** 2020. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/11194>. Acesso em: 17 de agosto de 2022.

RODRIGUES, R. P; CARMO, W.L.N; CANTO, C.I.B; SANTOS, E.S.S; VASCONCELOS, L.A. **Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde.** Revista Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p 109-116, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/B3jPkKKtrhFLx6R79Fbw4yk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de novembro de 2022.

SANTOS, A.R; SANTOS, R.M.M; FRANCO, T.B; MATUMOTO, S. VILELA, A.B.A. **Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e ressignificações**. Revista de enfermagem - UFPE on line, Pernambuco, v. 15, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245355>. Acesso em 07 de novembro de 2022

SILVA, L.A; CASOTTI, C.A; CHAVES, S.C.L. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção**.

Revista ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, 18(1), p. 221-223, maio de 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n1/221-232/pt>. Acesso em 09 de novembro de 2022.

SILVA, T. F. et al. **O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 249-260, dez. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mVdjjLDN8fYxkQtGJtHttyq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 de outubro de 2022

SOUZA, B.CC. **Gestão da mudança e da inovação: árvore de problemas como ferramenta para avaliação do impacto da mudança**. Revista Ciências Gerenciais, São Paulo, vol. 14, nº 19, p. 89-106, set. 2010. Disponível em:

<https://revista.pgsskroton.com/index.php/rcger/article/download/2583/2465>. Acesso em 14 de novembro de 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde, Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. **Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos Brasileiros entre 2004 e 2013**. Revista Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417–434, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200005>. Acesso em: 27 de julho de 2022.

TEIXEIRA, CF; SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA,. 237 p. nº3. ISBN 85-232-0400-8, 2006.

Disponível em: <https://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-04.pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2022.

TURATO, E. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39 (3), p. 507-514, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 de setembro de 2021.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M.. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190 - S198, 2004. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 10 de novembro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE.
Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos da UFCSPA / elaboração:
Edson Arijú Belmonte, Elisete Sales de Souza e Solange Padilha Ortiz , Porto
Alegre, 2022.

9 APÊNDICES E ANEXOS

9.1 APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE (PARTICIPANTES)

TÍTULO DA PESQUISA: ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSIBILIDADE DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO PERÍODO PÓS PANDEMIA DA COVID-19. Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Turma Multiprofissional do PROFSAÚDE/UFCSPA - Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, da mestranda Maria Elenir de Oliveira Anselmo, sob a orientação do Professor Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva. Esta pesquisa pretende identificar e analisar o conhecimento que os profissionais, que constituem as equipes de Atenção Primária à Saúde possuem sobre o acolhimento, bem como as possíveis dificuldades para sua implementação e consolidação, através da investigação em uma unidade básica de saúde do município de Caxias do Sul-RS. O objetivo é contribuir para a elaboração de um plano metodológico de educação permanente sobre o acolhimento a ser disponibilizado através do Núcleo de Educação Permanente - NEPS a todos os serviços de saúde do município, em especial à atenção básica. O QUE VOCÊ PRECISARÁ FAZER NO ESTUDO? Se você decidir participar deste estudo como voluntário (a), você participará de uma entrevista presencial, com a pesquisadora. Em caso de continuidade da pandemia pelo Coronavírus serão seguidos parâmetros de distanciamento social e utilização de máscaras, visando minimizar o risco de exposição e contaminação. A entrevista terá um roteiro semiestruturado, com período aproximado de 30 a 40 minutos, e será gravada para posterior transcrição e análise. HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO AO PARTICIPAR DA PESQUISA? Poderá haver constrangimento em participar de uma entrevista e a possibilidade de vazamento de informações. Para reduzir o constrangimento a entrevista será realizada em local que garanta sigilo e privacidade ao participante da pesquisa, somente na presença da pesquisadora e após o esclarecimento das possíveis dúvidas quanto a pesquisa, e, como

garantia da confidencialidade e sigilo, serão utilizados codinomes, sempre que houver a necessidade de ilustração das falas, na redação da dissertação e em todas as etapas da pesquisa, desde as primeiras divulgações até a aplicação, análise, interpretação e devolução dos dados. Além disso, os dados coletados serão guardados pela pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após, serão incinerados. Caso o participante venha a sofrer algum dano em decorrência da participação na pesquisa, terá direito a indenização, por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas em suas diferentes fases. EXISTEM BENEFÍCIOS NA PARTICIPAÇÃO NESSA PESQUISA? Os resultados e descobertas da pesquisa serão úteis para o fortalecimento dos processos de trabalho das equipes de saúde, através da efetivação e consolidação do acolhimento, com a intenção de contribuir para o aumento da resolutividade da atenção básica e conseqüente fortalecimento do SUS no município de Caxias do Sul. Você não receberá nenhum pagamento ou outro benefício direto por participar deste estudo, bem como não renunciará a nenhum direito legal ao assinar este formulário de consentimento. HAVERÁ ALGUM CUSTO? Não haverá nenhum custo pela participação na pesquisa. QUE OUTRAS OPÇÕES VOCÊ TERÁ ALÉM DESSA PESQUISA? Se você decidir não participar desta pesquisa não haverá nenhum prejuízo a você e/ou ao seu trabalho no município. CONFIDENCIALIDADE: Os resultados deste estudo serão utilizados única e exclusivamente para fins dessa pesquisa, de modo que sua identidade será mantida em sigilo absoluto. A sua assinatura neste formulário indica que você entendeu satisfatoriamente a informação relativa à sua participação nesta pesquisa e você concorda em participar. QUAIS SÃO OS SEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA? A participação neste estudo é completamente voluntária. A qualquer momento você poderá optar por não tomar parte desta pesquisa. NOVAS DESCOBERTAS OU RESULTADOS DO ESTUDO: Os resultados deste estudo serão informados a você por meio da pesquisadora. Destaca-se ainda que esta pesquisa recebeu anuência da Secretaria Municipal de Saúde, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal em Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA. Este termo de consentimento foi impresso em duas vias, que serão rubricadas em todas as páginas e assinadas por você e pela pesquisadora. Uma via ficará com você e a outra será arquivada pela pesquisadora. Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios de sua participação, junto ao participante e/ou representante autorizado. Acredito que o(a) participante tenha recebido

todas as informações necessárias, que foram oferecidas em uma linguagem adequada e compreensível, e que compreendeu essa explicação.

Maria Elenir de Oliveira Anselmo (pesquisadora).

Assinatura _____ Data ____/____/____

Eu li esse formulário de consentimento, todas as minhas perguntas foram respondidas e concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento.

Data: ____/____/____

Nome legível do (a) participante _____

Assinatura do (a) participante _____

Telefone do CEP/UFCSPA 51-3303-8804

Endereço: Rua Sarmiento leite, 245 – CEP 90050-170 - Porto Alegre-RS

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

9.2 APÊNDICE B

Roteiro para a realização das entrevistas

1º MOMENTO: Esclarecimento de como se dará a entrevista, assinatura do TCLE

2º MOMENTO: Entrevista com roteiro semiestruturado, por meio das seguintes questões norteadoras:

O que você entende por acolhimento?

Você considera o acolhimento como uma ferramenta importante no processo de trabalho dos serviços de saúde? Justifique

Na sua opinião quais as dificuldades para implementação e/ou fortalecimento do acolhimento no serviço de saúde em que atua?

O que você acredita que pode ser feito para consolidar o acolhimento no serviço de saúde?

3º MOMENTO: Encerramento da entrevista com agradecimento ao participante e informe das etapas subsequentes da pesquisa

9.3 APÊNDICE C

QUADRO 4 - Unidades de contexto e unidades de registro

| Enumeração | Identificação | Unidade de Contexto | Unidade de Registro | Temas Iniciais |
|------------|---------------|--|---|------------------------|
| 01 | PS11 | Acolhimento, eu acredito, seja um atendimento que tu dás ao paciente, vendo as necessidades dele. Pode ser uma conversa, verificar a pressão. Geralmente sempre com uma conversa, explicando o que se está fazendo e vendo as necessidades do paciente. Tentando fazer os encaminhamentos sempre que possível. | Geralmente sempre com uma conversa, explicando o que se está fazendo e vendo as necessidades do paciente. | Tecnologia Leve |
| 02 | PS12 | Sim. A gente aqui faz o acolhimento quando não tem mais aquelas vagas da demanda do dia. E a gente passa para a enfermeira, porque daí tem algumas vagas de urgência e a enfermeira faz o acolhimento. | A gente aqui faz o acolhimento quando não tem mais aquelas vagas da demanda do dia. | Acolhimento X triagem |
| 03 | PS12 | A gente passa orientações. Sempre que possível a gente faz, sim, um agendamento. Tanta resolver. Orientar a pessoa. Às vezes só daquela conversa a pessoa já fica mais calma. | Tenta resolver. Orientar a pessoa. | Resolutividade |
| 04 | PS12 | Se a enfermeira não está disponível os técnicos de enfermagem fazem o acolhimento. E a gente vê que a pessoa está ruim, a gente verifica os sinais. Faz a conversa. Vê qual a necessidade da pessoa. Às vezes a pessoa tem uma ansiedade. | Se a enfermeira não está disponível os técnicos de enfermagem fazem o acolhimento. | Interprofissionalidade |

| | | | | |
|----|------|--|--|-----------------------|
| 05 | PS12 | Acho bem importante o acolhimento porque as pessoas hoje em dia, ainda mais agora com a pandemia, não se dão conta, às vezes, que precisam de um atendimento, às vezes psicológico ou uma orientação. | [..] não se dão conta, às vezes, que precisam de um atendimento, às vezes psicológico ou uma orientação. | Escuta Qualificada |
| 06 | PS12 | Estão perdidas, não sabem, às vezes, onde procurar ajuda e o acolhimento, a conversa que você tem com o paciente, atender ele, enfim, só de verificar a pressão, você descobre alguma coisa do paciente e aí tu podes orientar ele para um cardiologista. Se é uma pessoa de idade, nunca foi a um cardiologista e a pressão está alterada, tu já fazes uma conversa, já, várias coisas que acredito serem importantes para o paciente e que tu possas fazer um acolhimento. | [..]você descobre alguma coisa do paciente e aí tu podes orientar[...] | Escuta Qualificada |
| 07 | PS12 | Já trabalhei com o acolhimento, o acolhimento de todos. Todos que chegaram à Unidade. E também, agora, a gente faz assim nessa UBS em função de pouco profissional, a gente faz o acolhimento daqueles que necessitam, mas geralmente aqueles que conseguem vaga com médico, esses não fazem o acolhimento, só se não tem mais aquelas vagas da demanda, a gente passa para o acolhimento, ou muitas vezes verificamos a pressão ou vemos a necessidade do paciente. | [..]a gente faz o acolhimento daqueles que necessitam, mas geralmente aqueles que conseguem vaga com médico, esses não fazem o acolhimento,[...] | Acolhimento X Triagem |
| 08 | PS12 | Às vezes ele até quer saber como se faz o uso da insulina ou mexe com HGT do aparelho. Isso tudo a gente faz, explicações, orientações. | Isso tudo a gente faz, explicações, orientações | Resolutividade |

| | | | | |
|----|------|---|---|------------------------|
| 09 | PS13 | Eu acho que, eu tenho facilidade... Eu gosto de lidar com o público, conversar e eu vejo que tem pessoas que não gostam, talvez, desse contato.[...] Tem colegas que vejo que não gostam de atender o público ou tem alguma dificuldade no atendimento. São mais ríspidos, mais ásperos, | Tem colegas que vejo que não gostam de atender o público ou tem alguma dificuldade no atendimento | Perfil Profissional |
| 10 | PS13 | Eu acho que de repente deveria ter algum curso, alguma coisa para padronizar ou dar um rumo para essas pessoas em geral. então acho que de repente teria que fazer algum tipo de curso ou alguma fala, palestra, para as pessoas terem, principalmente, se colocarem no lugar do outro, ter empatia pelo próximo Talvez teria que ter alguma coisa para a pessoa assimilar isso e implantar para o funcionário.. Um assunto puxa o outro. Coisas que não são abordadas no estudo. Atualmente tem nas faculdades, enfim, uma disciplina pelo menos. Mas acho que tem coisas que a gente tem que fazer de tempos em tempos. Se atualizar. Fazer uma atualização. Todo mundo. Quando a gente tem filho vai deixando para mais depois. Tenho vontade de fazer curso, mas estou adiando. | Eu acho que de repente deveria ter algum curso, alguma coisa para padronizar ou dar um rumo para essas pessoas em geral | Educação Permanente |
| 11 | PS13 | E vejo principalmente os médicos, também, porque muitas vezes os médicos não participam de reuniões ou estão desatualizados. Às vezes não sabem as medicações que tem pelo SUS. Receitam Paracetamol 750 que não tem na Rede. Parece que fica uma coisa... Não adiante, principalmente os médicos, mais, enfim, teria que ter alguma coisa para todo mundo, para ficar mais ou menos... Muitas vezes algum profissional ou falta naquela reunião ou naquele curso e... Teria que ser uma coisa mais para todo mundo e talvez falar de Ética, essas coisas. | [...]principalment e os médicos, mais, enfim, teria que ter alguma coisa para todo mundo, para ficar mais ou menos[...] | Interprofissionalidade |

| | | | | |
|----|------|---|---|---|
| 12 | PS13 | Eu vejo que tem às vezes pessoas que não são tão ligadas ao atendimento ao público, trabalham enfim, mas não tem talvez essa, não sei se é um dom ou não tenham talvez a facilidade... | [...às vezes pessoas que não são tão ligadas ao atendimento ao público, trabalham enfim, mas [...] | Perfil profissional |
| 13 | PS14 | Porque nem sempre a gente consegue fazer por fora. Eu até gostaria de fazer, até pagar alguns cursos. Então se for no horário de serviço, melhor. Nem que fosse meia horinha ou algum trabalho, mas teria que ter um tempo. Se tivesse um material que tu possas ler, teria que ter aquele tempo para tu ter, aquele estudo, aquele material, algum protocolo, que às vezes tem, de várias coisas. Algum momento que desse para o funcionário, nem que fosse meia horinha, para assimilar aquilo... Ter um tempo para... Hoje em dia tem até on-line. | Então se for no horário de serviço, melhor | Educação permanente |
| 14 | PS14 | Mas acho bem interessante isso de poder abrir ao público e acho que até divulgar ao público que tem essa possibilidade, esse Acolhimento. De conversar e explicar o que é e, de repente, divulgar essa informação. | Mas acho bem interessante isso de poder abrir ao público e acho que até divulgar ao público que tem essa possibilidade, esse Acolhimento. | Comunicação entre equipe de saúde e usuário |
| 15 | PS14 | Assistente Social, Nutricionista... Às vezes tu fica pensando como não foi marcado ainda alguma coisa que tu vê que precisa. Tudo corrido. Até a consulta ali é rápida. Às vezes a gente acaba se tratando ao invés de prevenir. | [..]tu fica pensando como não foi marcado ainda alguma coisa que tu vê que precisa. | Resolutividade |

| | | | | |
|----|------|--|--|--------------------------|
| 16 | PS14 | E a pessoa nem sempre se dá conta do que ela precisa. Às vezes ela vem na UBS, mas não sabe direito o que... Qual o atendimento que ele precisa. Ele acha que só o médico pode resolver e a gente tem outros encaminhamentos. | Ele acha que só o médico pode resolver e a gente tem outros encaminhamentos. | Integralidade do cuidado |
| 17 | PS14 | Sim, é bem importante porque às vezes a pessoa só precisa daquela conversa. Às vezes não tem com quem conversar e daí, tu já que trabalha a anos na Saúde, tu já vê o que a pessoa precisa. | [.]às vezes a pessoa só precisa daquela conversa. | Tecnologia leve |
| 18 | PS14 | Nem que fosse vinte, trinta minutos. Ler alguma coisa, assistir a um vídeo. De tempos em tempos... Para tocar o coração dos funcionários, para ter esse olhar para o acolhimento e a escuta do paciente. | Nem que fosse vinte, trinta minutos. Ler alguma coisa, assistir a um vídeo. De tempos em tempos [..] | Educação Permanente |
| 19 | PS14 | Que eu me lembro... Acho que já pontuei... Acho que todos os profissionais têm que se envolver. Todos têm que saber fazer esse acolhimento, que pode acontecer numa consulta com a enfermeira ou nutricionista e a pessoa às vezes tem outras demandas e a pessoa pode orientar. Não só vê o seu, pode também abrir o leque e orientar a pessoa de outros atendimentos e possibilidades para ajudá-la nas suas necessidades. | Acho que todos os profissionais têm que se envolver | Interprofissionalidade |

| | | | | |
|----|------|--|--|--------------------------------|
| 20 | PS21 | Acolhimento para mim significa observar como a pessoa está ou então como ela chega, que nem no nosso caso, como a gente chega nas casas, nas residências. Escutar o que eles... Às vezes a gente quase não fala, eles falam e as perguntas são poucas. A gente pergunta sobre a saúde e eles respondem um pouco. Na maioria das vezes eles querem falar mais sobre os problemas mesmo, o que está acontecendo na família. Então para mim, acolhimento é ouvir. Ouvir muito bem. Sempre procurar dar uma luz para eles, também. | Então para mim, acolhimento é ouvir. Ouvir muito bem. | Escuta qualificada |
| 21 | PS21 | Observar o estado de saúde emocional, físico da pessoa e, principalmente, a escuta. | Observar o estado de saúde emocional, físico da pessoa [...] | Integralidade do cuidado |
| 22 | PS21 | Muitas coisas que eles não contam para a família eles contam para nós, porque sabem que podem confiar em tudo... Não vai falar nada. | [..] eles contam para nós, porque sabem que podem confiar em tudo[...] | Vínculo |
| 23 | PS22 | Por isso acho bem importante o acolhimento, sabe, tanto nas casas como aqui na UBS, porque muitos deles chegam aqui procurando também[...] às vezes eles vêm procurar uma consulta, mas eles já vêm sobrecarregados dos problemas que têm em casa e das dificuldades. Porque às vezes não é só doença também, né. É falta de alimentação, né. Tudo. Falta de emprego. Tudo. | [...] Às vezes eles vêm procurar uma consulta, mas eles já vêm sobrecarregados dos problemas que têm em casa e das dificuldades. | Determinantes sociais da saúde |

| | | | | |
|----|------|--|---|----------------------|
| 24 | PS22 | .Ele não é muito chegado a médico, também, aí expliquei tudo e ele sentado, ouvindo, no corredor. E eu disse “E ele está aqui, Doutora. Está aqui fora, ouvindo tudo que se está falando”. “Então manda esse moço entrar, que agora a gente vai conversar”. Depois disso, agora ele sempre marca consulta e vem consultar com a Doutora. Está tratando a ansiedade. Tratando da pressão. Que antes era sempre assim. Dor no peito. Dor de cabeça. Tudo [..]. | Depois disso, agora ele sempre marca consulta e vem consultar com a Doutora. Está tratando a ansiedade. Tratando da pressão. Que antes era sempre assim. Dor no peito. Dor de cabeça. Tudo[..]. | Vínculo |
| 25 | PS22 | E assim, o acolhimento é o olhar, sabe. O olhar, assim, no olho da pessoa. Saber o que ela está sentindo. O que ela está tendo naquele momento. | E assim, o Acolhimento é o olhar, sabe. O olhar, assim, no olho da pessoa [..] | Tecnologia Leve |
| 26 | PS22 | Que nem, eu estava ali na frente, ajudando na fila, aí uma moça tinha vindo e não tinha conseguido consulta.. Aí nisso ela estava ali fora. Pegou o telefone e começou a tremer. Tremia demais. Olhava para os lados, assim. Eu estava para lá e para cá, atendendo todo mundo. Aí eu olhei e vi o jeito dela assim e tudo. Aí eu disse: “Tu está bem?” | Aí eu olhei e vi o jeito dela assim e tudo. Aí eu disse: “Tu está bem?” | Escuta qualificada |
| 27 | PS22 | Mas ela só veio no balcão e pediu se tinha consulta e as meninas disseram que não, que já tinha acabado e se ela quisesse vir outro dia | [..] as meninas disseram que não, que já tinha acabado e se ela quisesse vir outro dia | Escuta qualificada |
| 28 | PS23 | Que nem, aqui na UBS acho que falta tempo e profissional para isso, porque, que nem as meninas ali quando passam lá da frente do balcão para as gurias, para as Enfermeira, aí elas atendem mais, assim, para ver o histórico de saúde, né. Para ver o que de momento está incomodando a pessoa, né. Se é falta de | Mas falta tempo para elas atenderem... Dar uma olhada, mesmo... Porque é um entra e sai na UBS. Acho que falta tempo. | Processo de Trabalho |

| | | | | |
|----|------|--|---|------------------------|
| | | medicação, alguma coisa. Pressão e tal. Alguma dor. | | |
| 29 | PS23 | Mas falta tempo para elas atenderem... Dar uma olhada, mesmo... Porque é um entra e sai na UBS. Acho que falta tempo. | Mas falta tempo para elas atenderem [...] | Capacidade Instalada |
| 30 | PS24 | Eu acho, assim, que se tivesse, na minha opinião... Eu acho que, se tivesse como, pegar uma delas, assim, deixar só numa salinha, sabe, para passar os casos que não conseguem consulta lá na frente. Passar só para essa pessoa, só para essa enfermeira que tá ali a disposição, sabe, para os que chegam assim, seria vip | Eu acho que, se tivesse como, pegar uma delas, assim, deixar só numa salinha, sabe, para passar os casos que não conseguem consulta lá na frente. | Acolhimento X triagem |
| 31 | PS31 | Acolhimento é acolher. Ser acolhido, também, né. É bem importante. Que no nosso trabalho na verdade a gente só acolhe, né, e não é acolhido. | Que no nosso trabalho na verdade a gente só acolhe, né, e não é acolhido. | Cuidando de quem cuida |
| 32 | PS31 | Eu acho que Acolhimento pra mim se remete a acolher. Acolher as pessoas, ouvi-las. Ver a necessidade delas | Acolher as pessoas, ouvi-las | Tecnologia leve |
| 33 | PS32 | Muito importante, principalmente na Área da Saúde, né. Eu acho assim, que quem trabalha na Área da Saúde deveria trabalhar por amor, né. Primeiro lugar. Eu vejo que muitos não fazem isso, né. | [...] Eu vejo que muitos não fazem isso, né. | Perfil profissional |
| 34 | PS33 | Acho que depende muito também do amor. Depende muito da pessoa. Tem pessoa que é mais doce. Que atende com mais facilidade. Que sabe lidar mais com o ser humano, né. Aí tem gente que é mais violenta, já, né. | Depende muito da pessoa. Tem pessoa que é mais doce. Que atende com mais facilidade. | Perfil profissional |
| 35 | PS34 | Eu acho que, de repente, até mais capacitações, também. De repente tentar capacitar, de novo, o profissional, também, né, ou às vezes chamar para uma conversa. Acho que isso é bem importante, também. | [...]até mais capacitações, também. De repente tentar capacitar, de novo[...] | Educação permanente |

| | | | | |
|----|------|--|--|----------------------|
| 36 | PS41 | Eu entendo que seria tu escutar o usuário. Ver as necessidades e tentar, de alguma forma, acolher o que ele precisa e tentar solucionar, também. Não só escutar e dar informação, mas também tentar ajudar de alguma forma. Direcionar ele. | Não só escutar e dar informação, mas também tentar ajudar de alguma forma. Direcionar ele. | Resolutividade |
| 37 | PS42 | Que a gente consegue resolver bastante coisa. Às vezes nem precisava passar pelo médico. Às vezes é uma coisa que a enfermagem já ia conseguir solucionar sem passar pelo médico, também. | Que a gente consegue resolver bastante coisa. Às vezes nem precisava passar pelo médico. | Resolutividade |
| 38 | PS42 | E às vezes o paciente, assim, pra ele é uma coisa grande, mas aí ele vem. Fala para nós. Às vezes é uma coisinha simples que a gente consegue direcionar. | [.]às vezes o paciente, assim, pra ele é uma coisa grande, mas aí ele vem. Fala para nós[.] | Escuta qualificada |
| 39 | PS43 | É que também muitas vezes, né, precisa direcionar para o médico, mas às vezes não tem vaga. Falta de vagas para o médico, para os especialistas. Às vezes não tem sala. Falta espaço físico. | Falta de vagas para o médico, para os especialistas. Às vezes não tem sala. Falta espaço físico. | Capacidade Instalada |
| 40 | PS43 | Pela dificuldade. Pela demanda. Também não tem como as gurias fazer isso com uma fila, né. Com uma fila enorme atrás. Elas estão atendendo... Um atrás do outro. Às vezes não conseguem dar a devida importância, a devida atenção que deveriam dar. | [...]Elas estão atendendo... Um atrás do outro[...] | Processo de Trabalho |
| 41 | PS44 | Acho que tentar capacitar os colegas. Mostrar para eles a importância do acolhimento. Como funciona o acolhimento. O que seria esse acolhimento. E porque ele é importante. | Acho que tentar capacitar os colegas. Mostrar para eles a importância do acolhimento | Educação Permanente |

| | | | | |
|----|------|--|---|----------------------|
| 42 | PS44 | Claro, tem algumas coisas que não precisa. Que tu consegues remanejar para outro dia. Consegue agendar. Mas tem muitas situações que tu precisas para o dia, aí tu não tens aquela retaguarda. | Mas tem muitas situações que tu precisa para o dia, aí tu não tem aquela retaguarda. | Capacidade instalada |
| 43 | PS44 | O bom do Acolhimento também é, se tu precisa de médico que tu tenha vaga, também. Porque muitas vezes tu vê que a pessoa precisa e tu não tem onde encaminhar. Vai pra UPA. Fica uma coisa meio sem sentido. | Porque muitas vezes tu vê que a pessoa precisa e tu não tem onde encaminhar. | Capacidade instalada |
| 44 | PS51 | Se a pessoa está precisando de alguma coisa. Se está aí é porque está precisando... Pode ser uma dor. Pode ser uma informação que queira, de funcionamento da UBS, de agendamento de consulta. Então o acolhimento é, em primeiro lugar, tratar bem, se colocar no lugar da pessoa, conversar, tentar resolver os... Responder esses questionamentos que tiver. Agendar consulta, se for o caso. | Então o acolhimento é, em primeiro lugar, tratar bem, se colocar no lugar da pessoa, conversar, tentar resolver os. | Tecnologia Leve |
| 45 | PS52 | [...]tu gosta que te olhem nos olhos. Que conversem um pouco, às vezes em algum lugar que tu queiras saber alguma coisa importante, alguma informação, que te deem essa informação completa, que te tratem bem. Então tem que se colocar no lugar da pessoa e tratar bem. Acolher, né, com carinho. | Então tem que se colocar no lugar da pessoa e tratar bem. Acolher, né, com carinho. | Tecnologia Leve |
| 46 | PS53 | E agora, realmente, está um pouquinho mais apertado para nós. É um atrás do outro e tem aquela questão do instrumental, depois, para ficar pronto para o dia seguinte. Às vezes eu atendo algum telefone. As pessoas ligam, também, para pedir informações por telefone, né. Mas eu acho que dá para levar. Está tranquilo esse Acolhimento. Eu consigo fazer na parte da Odonto tranquilo, assim. | É um atrás do outro e tem aquela questão do instrumental, depois, para ficar pronto para o dia seguinte. Às vezes eu atendo algum telefone. | Processo de Trabalho |

| | | | | |
|----|------|---|--|----------------------|
| 47 | PS53 | Mas eu acho que a pessoa sair ao menos sabendo como funciona e o que ela precisava conseguir com a gente, mesmo que seja uma coisa um pouco rápida, de repente não com tanta conversa, porque às vezes eu tenho que voltar, ajudar o doutor, toda aquela coisa. Então eu acho que o tempo e... A gente tem que ser educado, claro, tentar ajudar. Isso se falando da Odonto | Mas eu acho que a pessoa sair ao menos sabendo como funciona e o que ela precisava conseguir com a gente,[...] | Resolutividade |
| 48 | PS53 | Agora a gente voltou ao normal, o que era antes da pandemia, então a gente está correndo bastante. Eu tento conversar, pelo menos falando da Odonto, né. Às vezes a gente não tem muito tempo para dar bastante atenção, mas o básico, pelo menos, que a pessoa que te perguntou alguma coisa, tu tem que responder | Agora a gente voltou ao normal, o que era antes da pandemia, então a gente está correndo bastante. | Processo de trabalho |
| 49 | PS61 | É receber e ouvir e manejar da melhor maneira possível a queixa da população que nos procura. Da pessoa que nos procura diretamente. | É receber e ouvir e manejar da melhor maneira possível a queixa da população que nos procura [...] | Resolutividade |
| 50 | PS61 | Aqui as consultas de demanda, muitas vezes, algumas... Muitas vezes, não, algumas, poderiam ser manejadas numa triagem, de uma forma diferente, mas, por manejo de pessoal, mesmo. Mas faz toda diferença, assim. | [..] muitas vezes, não, algumas, poderiam ser manejadas numa triagem, de uma forma diferente, mas, por manejo de pessoal, mesmo[.. | Processo de Trabalho |

| | | | | |
|----|------|--|---|-----------------------|
| 51 | PS61 | Até a própria palavra. Se a pessoa não se sentir acolhida... Ninguém procura um lugar que não seja bem tratada. E ninguém procura um lugar se não for para resolver... Ela vem uma vez, não se resolve, não é bem atendida, em outro momento ela não vai procurar o serviço. E vai ficar um usuário com necessidade para fora. | Ela vem uma vez, não se resolve, não é bem atendida, em outro momento ela não vai procurar o serviço. | Resolutividade |
| 52 | PS61 | Porque a gente aqui de enfermagem não tem tempo, né. É muito trabalho para pouca gente. A depender do dia, né, Óbvio. Tem momentos mais tranquilos, mas tem momentos mais[...] | [...] é muito trabalho para pouca gente[.] | Capacidade instalada |
| 53 | PS61 | Super importante, né. A gente, por mais uma questão logística de pessoal, não trabalha tanto triagem aqui em Caxias do Sul. Quando eu fiz estágio em Porto Alegre todas as UBSs tinham triagem, mas em uma logística diferente. | A gente, por mais uma questão logística de pessoal, não trabalha tanto triagem aqui | Acolhimento X triagem |
| 54 | PS61 | Aí tinham os protocolos. Tinha os protocolos de enfermagem, que já davam mais autonomia para os profissionais. | Tinha os protocolos de enfermagem, que já davam mais autonomia para os profissionais. | Processo de Trabalho |
| 55 | PS62 | Muitas vezes, não, algumas, poderiam ser manejadas numa triagem, de uma forma diferente, mas isso acaba impossibilitado por uma questão mais logística, de falta de pessoal. | [..] impossibilitado por uma questão mais logística, de falta de pessoal. | Capacidade instalada |

| | | | | |
|----|------|---|--|----------------------|
| 56 | PS63 | Então, a limitação de pessoal, porque a gente atende 12, atendia 16, mesmo assim falta... Teria que ter mais UBSs, teria que ter... Eu comento, né, já comentei até com uma liderança ou outra, do Bairro do Santos Dumond, como seria importante eles terem uma UBS lá, né, porque é um grupo mais vulnerável, né. É muitos idosos. É difícil para eles acessar aqui, né. Ao mesmo tempo, a gente entende a situação financeira da Rede, do Município, também. | Então, a limitação de pessoal, porque a gente atende 12, atendia 16, mesmo assim falta... Teria que ter mais UBSs[.] | Capacidade Instalada |
| 57 | PS63 | É porque financeiramente pro médico não compensa muito trabalhar na estratégia de Saúde, né. É um perfil assim, né, de pessoas que gostam de fazer isso e aí... O horário de urgência paga mais, né. Equivalente a hora, que maneja melhor a tua agenda. De não ter que trabalhar todo dia. São perfil de pessoas, né. | É um perfil assim, né, de pessoas que gostam de fazer isso e aí[.] | Perfil profissional |
| 58 | PS63 | Elas vêm, procuram a UBS, principalmente de manhã. Aqui no Salgado Filho é dividido. Nos turnos da manhã são para demanda do paciente que nos procura naquele dia e o da tarde é agendamento, onde ficam ali algumas vagas para demanda que necessita, né. Mas no geral é agendamento dos idosos, dos grupos prioritários, né. | Nos turnos da manhã são para demanda do paciente que nos procura naquele dia e o da tarde é agendamento, | Processo de trabalho |

| | | | | |
|----|------|---|---|----------------------|
| 59 | PS63 | <p>Sim. Mas é mais, assim, o que dificulta o acolhimento é isso. É a falta de pessoal, mesmo. Porque muitas vezes as pessoas não conseguem a... Isso é horrível pra mim. Completamente desumano. Uma pessoa de 70 anos vem e me fala que está desde às 5 da manhã na fila para conseguir falar comigo. É horrível.</p> | <p>Uma pessoa de 70 anos vem e me fala que está desde às 5 da manhã na fila para conseguir falar comigo. É horrível.</p> | Capacidade Instalada |
| 60 | PS63 | <p>Alguma coisa a gente consegue manejar, mas, ao mesmo tempo, também, fica desconfortável, assim, principalmente de manhã. Tem alguém na tua porta, sendo que tem aquelas pessoas que estavam na fila antes. Aí fica, assim... Tem gente que reclama, né. Fica, às vezes, além do desconforto, né. Tem pacientes que ficam irritados, mesmo. Tipo "Aí, eu estou esperando antes, não me atendem, né". Então a gente tenta acertar de um lado e às vezes resolver uma coisinha. Às vezes a pessoa "Ah, doutora, faltou um carimbo". Aí tu queres resolver, mas aí está o outro que estava lá às cinco da manhã[...]</p> | <p>Então a gente tenta acertar de um lado e às vezes resolver uma coisinha.[..] Aí tu queres resolver, mas aí está o outro que estava lá às cinco da manhã...</p> | Processo de trabalho |
| 61 | PS63 | <p>Então, é falta de pessoal, falta de espaço físico, falta... Porque mesmo que a Prefeitura quisesse contratar outro clínico não tem espaço físico. Então não tem o clínico[...]</p> | <p>Então, é falta de pessoal, falta de espaço físico, falta...</p> | Capacidade Instalada |

| | | | | |
|----|------|--|---|---|
| 62 | PS64 | Eu acredito que falta educação à população. Saber qual rede procurar. Como procurar. A gente aqui na UBS atende bastante coisa de urgência, né, que acaba tendo que encaminhar, alta complexidade, né, para outras vias. Porque a população, ao mesmo tempo, quando a gente está na UPA, também, trabalha eventualmente em UPA, né, a gente atende coisa que é da UBS, tipo, que é da atenção primária. | Eu acredito que falta educação à população. Saber qual rede procurar. Como procurar. | Comunicação entre equipe de saúde e usuário |
| 63 | PS64 | Porque a população já nos conhece, né. Às vezes vêm alguns porque eles confiam na gente, né. Estão tem muitas coisas que não tem como resolver. Isso muda educando a população. | Porque a população já nos conhece, né. Às vezes vêm alguns porque eles confiam na gente, né. | Vínculo |
| 64 | PS64 | E isso deveria ser da consciência nacional. Assim como eu já atendi um paciente aqui que tinha consulta agendada que teve um AVC no dia anterior e não procurou atendimento de urgência porque tinha consulta agendada aqui no outro dia. | E isso deveria ser da consciência nacional [...] | Comunicação entre equipe de saúde e usuário |
| 65 | PS64 | Sim, porque a consulta já estava agendada, porque ela ia ir para a UPA ou chamar o SAMU e ir para o hospital? Chegou aqui... Estava com desvio de rima, tudo. O AVC típico. Paciente também típico do AVC e não foi para a urgência porque tinha consulta agendada.. Isso é educação, né. Isso deveria, não ser campanha municipal, deveria ser campanha nacional. Assim como a gente vê fora do país, campanhas de primeiros socorros [...] | [...] isso é educação, né. Isso deveria, não ser campanha municipal, deveria ser campanha nacional[...] que serviços procurar | Comunicação entre equipe de saúde e usuário |

| | | | | |
|----|------|--|---|---------------------------------|
| 66 | PS71 | Acolhimento para mim remete a questão de acolher, de escutar, da gente poder escutar a demanda daquele usuário, independentemente de qual serviço, de qual área, mas tu poder ter essa escuta, ter essa abertura. Poder fazer uma escuta qualificada. Estar disponível, sabe. Também, uma questão de disponibilidade. De escutar, sem julgamento, e sim escutar a demanda daquele usuário. | [...] escutar, sem julgamento, e sim escutar a demanda daquele usuário. | Tecnologia Leve |
| 67 | PS72 | [...] na UBS também, né, e aí a gente consegue também identificar quais são as demandas, e talvez depois propor os encaminhamentos. Se é no próprio serviço de saúde que aquele usuário está, se precisa ser num outro. | [...] identificar quais são as demandas, e talvez depois propor os encaminhamentos. | Resolutividade |
| 68 | PS72 | Pensar e planejar junto com o usuário, né. Acho que o Acolhimento também é isso, tu poder escutar, mas também considerar que ele tenha um processo ativo, naquela busca, enfim, por aquelas demandas dele, ele tenha essa participação em construir junto com o usuário. | Pensar e planejar junto com o usuário [...] | Corresponsabilização do usuário |
| 69 | PS72 | E às vezes o usuário não está disposto ou não tem condições para aquilo que a gente propõe, e às vezes pensar em alternativas juntos, mesmo, né. E até a questão de responsabilização do usuário, também, porque ele está buscando, mas também tem a parte dele nesse processo, né. | [.....], porque ele está buscando, mas também tem a parte dele nesse processo, né. | Corresponsabilização do usuário |

| | | | | |
|----|------|--|--|------------------------------------|
| 70 | PS73 | <p>Vou escolher três coisas que me ocorrem aqui, agora. Uma delas é da postura do próprio profissional, que não é todo profissional que está disponível para essa escuta, né. Porque cada um tem um perfil e às vezes o profissional tem aquele perfil muito no quadradinho. Tem que ter o concreto, o estruturado. E nem sempre o profissional tem essa disposição, pois é muito da disposição de cada um. Acho que essa é uma das dificuldades. Até porque não aprendeu na formação, porque não tem essa visão de que é importante. Talvez seja a base de tudo, sabe</p> | <p>[..]que não é todo profissional que está disponível para essa escuta, né.</p> | <p>Perfil Profissional</p> |
| 71 | PS73 | <p>E essa escuta, esse acolhimento, não deve ser muito estruturado. Claro, tu tens o norte, mas tu tem que escutar, né.</p> | <p>E essa escuta, esse acolhimento, não deve ser muito estruturado.</p> | <p>Tecnologia leve</p> |
| 72 | PS73 | <p>A outra dificuldade é que eu vejo muito do modelo médico centrado. O usuário vem com aquilo. Eu preciso de médico. É muito centralizado na figura do médico como aquele que vai resolver a maioria das demandas e às vezes aquele usuário só precisa conversar e de um encaminhamento. Então, às vezes, não precisa necessariamente passar pelo médico. Às vezes não tem médico, mas uma escuta consegue [...]</p> | <p>O usuário vem com aquilo. Eu preciso de médico</p> | <p>Modelo Médico-Centrad o</p> |

| | | | | |
|----|------|--|--|---------------------|
| 73 | PS73 | <p>E pensei numa outra coisa, que é a questão do trabalho em rede, setorial. Que, entre em todas essas esferas onde trabalhei, seja educação, assistência, saúde, se elas não conversarem e não trabalharem em conjunto a gente não vai conseguir ajudar o usuário. Porque a demanda da saúde não é só a demanda da saúde. Aí tu faz essa escuta, esse acolhimento, tu vê uma série de coisas envolvidas. Então, esse acolhimento tem de estar em todas essas instâncias. Tem que ter um profissional que acolha lá no CRAS, tem que ter o profissional que acolha no centro de referência, no CAPS, tem que ter o profissional... E eles tem que conversar, sabe.</p> | <p>Acolhimento tem de estar em todas essas instâncias. Tem que ter um profissional que acolha lá no CRAS, tem que ter o profissional que acolha no centro de referência, no CAPS, tem que ter o profissional... E eles tem que conversar [...]</p> | Rede Intersetorial |
| 74 | PS74 | <p>Eu acho que essas reuniões de equipe são espaços muito potencializadores para essas construções, porque são trabalhos que têm que ser construídos com os profissionais. Talvez discutir casos em reuniões de equipe, discutir a postura de cada um, enquanto profissional, para que caminho pode... Que ação diferente pode ter, porque na verdade a gente tem que pensar no micro.</p> | <p>Eu acho que essas reuniões de equipe são espaços muito potencializadores para essas construções, porque são trabalhos que tem que ser construídos com os profissionais</p> | Educação Permanente |
| 75 | PS74 | <p>Acho que já falei, mas enfim, eu vejo como uma das principais ferramentas dentro de qualquer espaço de trabalho, porque. Porque a gente trabalha com agenda, enfim, mas... Tem usuário que vai chegar "Eu vim vacinar o meu filho". Ok. Mas tem usuário que vai chegar aqui toda semana, com a mesma queixa. Os profissionais precisam estar atentos sobre a importância dessa escuta.</p> | <p>Os profissionais precisam estar atentos sobre a importância dessa escuta.</p> | Escuta qualificada |

| | | | | |
|----|------|---|--|-----------------------|
| 76 | PS74 | Resolvido para ti. A parte burocrática. Mas para o usuário? O usuário vai chegar um dia depois com outra demanda, desencadeada daquela e... É difícil olhar para o todo, né. As pessoas, na maioria das vezes, não... Consegue olhar para aquilo que está à sua frente e não fazer os links. O que isso vai... O que a gente pode fazer para levar uma maior resolutividade. Ajudar de verdade aquele usuário. É um processo mais macro, o que é o intersetorial. | Ajudar de verdade aquele usuário | Resolutividade |
| 77 | PS81 | E tem o acolhimento do enfermeiro, né. Eu entendo duas coisas diferentes. O Acolhimento do enfermeiro, sim, de receber a queixa, dos sinais vitais, quais os segmentos que tu podes dar. Se vai precisar consultar, se não vai. Se pode ser agendado. Eu entendo o Acolhimento nesse sentido, né. Desde a hora que chega até a hora... | . Eu entendo duas coisas diferentes. | Acolhimento X triagem |
| 78 | PS81 | Acolhimento é tu, quando o usuário chega, é... Eu entendo o Acolhimento desde quando ele chega, né. Tu o acolhe no guichê. Tu vês a demanda dele. Tu dás a sequência do atendimento. Se vai para a consulta médica. Ou qualquer outra coisa | Acolhimento é tu, quando o usuário chega, é.[.] Eu entendo o Acolhimento desde quando ele chega | Tecnologia leve |
| 79 | PS82 | Quem atende não pede tudo o que precisaria. Daqui a pouco, só falar "Não tem consulta". Daí o paciente vira as costas e vai embora. Já não foi para o acolhimento. Já não teve um acolhimento. Então eu acho que mais na escuta. | Daqui a pouco, só falar "Não tem consulta[,...]Já não teve acolhimento". | Escuta Qualificada |
| 80 | PS82 | Sim, porque a gente não tem... A questão médica. Tu não tem vaga sobrando para médico. Tu não... Se tu tivesse tudo seria mais fácil, então o acolhimento tem que ter, né. Senão ele sai ser norte, né. Ele sai sem [..] | [.]A questão médica. Tu não tem vaga sobrando para médico.Se tu tivesse tudo seria mais fácil, então o | Acolhimento X triagem |

| | | | | |
|----|------|--|--|---------------------|
| | | | Acolhimento tem que ter, [..] | |
| 81 | PS84 | Eu acho que é só com treinamento, né, mesmo. Só com conversa, treinamento, orientação. A gente tenta. Sempre falando para escutar a queixa do usuário, né. Às vezes acontece[..] | Só com conversa, treinamento, orientação | Educação Permanente |
| 82 | PS84 | Às vezes tu consegue fazer um acolhimento ali na frente, né. Precisa disso, isso, aquilo. Já vamos fazer isso. Então tu já faz o acolhimento ali, mas às vezes tu fala “Não tem consulta”. A pessoa vira às costas e vai embora e tu nem sabe o que a pessoa tinha. E tu podia ter resolvido o problema. | [..]ali, mas às vezes tu fala “Não tem consulta”. A pessoa vira às costas e vai embora e tu nem sabe o que a pessoa tinha. | Escuta qualificada |
| 83 | PS84 | Às vezes o usuário, geralmente, ele chega pedindo a consulta médica. Só que às vezes tu escutando-o, tu vêes que nem é muito aquilo, né. Poderia ser outra coisa que tu tens que ofertar. | Poderia ser outra coisa que tu tens que ofertar. | Resolutividade |
| 84 | PS84 | Eu acho que é bem válido isso que tu está propondo. Essa... Acho que a gente precisa de treinamento. As equipes precisam de treinamento de escuta... | As equipes precisam de treinamento de escuta[..] | Educação Permanente |
| 85 | PS91 | O Acolhimento preconiza a questão do Ministério, e tal, pressupõe uma escuta qualificada e essa escuta qualificada ela é resolutiva em acho que 90% das queixas do paciente, né. Mas tem uma dificuldade com relação ao tempo para realizar isso com qualidade. | O Acolhimento preconiza a questão do Ministério, e tal, pressupõe uma escuta qualificada [..] | Escuta qualificada |

| | | | | |
|----|------|--|--|--------------------------------|
| 86 | PS93 | Eles vêm com a queixa clínica porque é uma forma de acessarem, mas depois da escuta, né, nem sempre aquilo é uma demanda, por exemplo, de uma consulta médica. Então, é primordial qualificar esse instrumento com todos os profissionais, a capacitação na rede, enfim, é ter esse entendimento amplo, que não é específico do enfermeiro, que não é específico do assistente Social, que não é específico de um profissional. É enquanto um serviço. | [...] que não é específico do Enfermeiro, que não é específico do Assistente Social, que não é específico de um profissional. É enquanto um serviço. | Interprofissionalidade |
| 87 | PS93 | É mais uma necessidade de ser visto e de se identificar no território. Eu percebo a UBS como um espaço que eles vêm às vezes para angústias, até da situação corriqueira de casa que não necessariamente seja uma queixa clínica | [...] a UBS como um espaço que eles vêm às vezes para angústias, até da situação corriqueira de casa | Determinantes sociais da saúde |
| 88 | PS93 | Falando da Atenção Básica é onde eles se sentem acolhidos. É o primeiro serviço, né, que chegam. E, na verdade, no acolhimento se tem uma oportunidade de fazer um bom acolhimento. Muitas das queixas são resolutivas já ali, porque ele vem com um monte de queixas que quando perpassa pela escuta às vezes nem tudo aquilo é uma queixa urgente ou que merece, né, às vezes | Muitas das queixas são resolutivas já ali, | Resolutividade |

| | | | | |
|----|------|--|--|---------------------------------------|
| 89 | PS92 | <p>Inclusive tem a questão da passagem de ônibus. Na UBS Salgado muitos dizem que vêm de vários lugares. Eles vêm a pé. Tem gente que vem assim porque não tem 4,75 ou 5,50 de passagem de ônibus se, por exemplo, tem que acompanhar o idoso. Uma das coisas, que criança e idoso não podem vir sozinhos. Não tem para pagar duas passagens ou quatro passagens. Embora aqui seja uma UBS que tem um território bem próximo, tem muita gente com muita vulnerabilidade. Tem os dois extremos naquele território .</p> | <p>Embora aqui é uma UBS que tem um território bem próximo, tem muita gente com muita vulnerabilidade</p> | <p>Determinantes Sociais de Saúde</p> |
| 90 | PS92 | <p>Tem em volta da UBS um... Tem recursos, né. Tem a escola, que tem a UBS bem próxima. Então são dois recursos públicos bem próximos, mas tem uma margem de vulnerabilidade no entorno que acessa aqui. Às vezes não se percebe até pela demanda dos profissionais que tem, né</p> | <p>Tem a escola, que tem a UBS bem próxima. Então são dois recursos públicos bem próximos</p> | <p>Rede intersetorial</p> |
| 91 | PS92 | <p>Então, se tem um acolhimento, uma escuta entre equipe, a equipe otimiza recursos públicos e se valoriza, pois, a pessoa, né, precisa estar vindo...</p> | <p>[...] a equipe otimiza recursos públicos e se valoriza, pois, a pessoa, né, precisa estar vindo.</p> | <p>Resolutividade</p> |
| 92 | PS92 | <p>Primordial, inclusive para otimizar recursos humanos dos profissionais, que tem para otimizar o tempo do usuário, valorizar o tempo que ele vem e inclusive evitar retrabalho de ele ter que repetir a sua história em vários serviços, porque isso é muito constrangedor, a migração do usuário, né</p> | <p>[...]otimizar o tempo do usuário, valorizar o tempo que ele vem e inclusive evitar retrabalho de ele ter que repetir a sua história em vários serviços [..]</p> | <p>Rede intersetorial</p> |

| | | | | |
|----|------|--|---|--------------------------------|
| 93 | PS94 | Mas acho que é o fortalecimento na humanização, o acolhimento, no estar perto, da pessoa se sentir parte daquele serviço. Acho que isso é o que vai otimizar, com certeza, e vai qualificar os serviços. Eu acredito nisso, né. | Mas acho que é o fortalecimento na humanização, o acolhimento, no estar perto [..] | Tecnologia Leve |
| 94 | PS94 | Eu acredito que é em todos os serviços. Desde a Educação. Independente do serviço que tu esteja, mas é fortalecer a relação humanizada | Eu acredito que é em todos os serviços. | Rede Intersetorial |
| 95 | PS94 | Se a gente for pensar nos usuários que usavam a UBS Salgado antes da pandemia e pensar agora, provavelmente aumentou muito o número, como em todas as UBSs da Rede, porque veio um perfil de usuário mais esclarecido, inclusive. Então acho que mudou bastante, assim. Não consegui mapear isso, mas, com certeza, mudou muito o perfil do usuário. Antes da pandemia e pós-pandemia. Mudou e aumentou muito o número de usuários acessando o Sistema Único de Saúde agora, nesses últimos... | Se a gente for pensar os usuários que usavam a UBS Salgado antes da pandemia e pensar agora provavelmente aumentou muito o número [..] porque veio um perfil de usuário mais esclarecido, inclusive | Determinantes Sociais de Saúde |
| 96 | PS94 | Chegar lá e entender que talvez possa voltar em outro momento, mas já sair dali com uma resposta. Porque as pessoas precisam de uma resposta | Porque as pessoas precisam de uma resposta | Resolutividade |

| | | | | |
|----|------|---|---|------------------------|
| 97 | PS94 | <p>Eu acho que tem uma coisa bem importante, que talvez a gente até deveria ter começado por ela, que é a questão do cuidado de quem cuida, né. Que é o cuidado com as equipes. Inclusive, uma percepção, sendo referência em um território e tendo contato com um..., vários gerentes, enfim, mas eu acho que existe uma demanda desde a gestão, uma demanda burocrática, uma demanda administrativa, de responsabilidade, né, com o servidor, enfim, e que às vezes, pela questão números, agenda, a gente acaba perdendo esse tempo, que não é coisas grandiosas [..]isso perpassa em retomar em algum momento a importância de cuidar dos Profissionais da Saúde.</p> | [...],é a questão do cuidado de quem cuida, | Cuidando de quem cuida |
|----|------|---|---|------------------------|

9.4 APÊNDICE D

DIÁRIO DE CAMPO

Caxias do Sul, 04 de novembro de 2022.

No dia 04 de novembro de 2022 foi apresentado a equipe diretiva da Atenção Primária do município de Caxias do Sul e à equipe da Unidade Básica de Saúde, UBS Salgado Filho, os dados encontrados neste estudo, bem como, de forma preliminar, os elementos que comporiam o Manual Didático a ser disponibilizado às equipes que desejem trabalhar a temática do acolhimento, em seus momentos de educação permanente.

Para efetivação desta etapa, que tinha como objetivo oportunizar com que estas equipes pudessem contribuir com sugestões, sendo que havia sido prevista no projeto desta pesquisa, num primeiro momento fora solicitado autorização para participação na reunião de equipe da unidade, que rotineiramente ocorre nas sextas-feiras das 14:30 às 16:30 horas, após a autorização da gerente que estava respondendo interinamente pelo serviço, visto que a gerente local estava em férias, foi estendido o convite a equipe diretiva da APS. Sendo assim, estavam presentes no encontro: a diretora da APS, o diretor técnico da APS, técnica de enfermagem (que também compõe a equipe diretiva da APS), além dos membros da equipe da unidade: médico de ESF, enfermeiras da ESF, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, assistente social, estagiários e a gerente local.

Como forma de guiar a apresentação, havia sido elaborada apresentação em power point, porém o recurso multimídia, não funcionou, por problemas técnicos do projetor, mesmo após diversas tentativas, sendo assim, para não atrasar a apresentação, visto que a equipe também tinha outras pautas a tratar, optou-se por fazer a explanação sem este recurso, o que de certa forma parece ter contribuído para que a apresentação dos dados ocorresse de forma mais espontânea e dinâmica, visto que a temática do acolhimento, como já relatado neste estudo, me desperta grande interesse e motivação.

Foi explanado então qual foi o caminho metodológico adotado, até chegar às categorias temáticas que serviram como guia para elenco dos temas que fariam parte do Manual Didático. Perguntando então aos participantes se os elementos que foram expostos, até então, faziam algum sentido para eles e se percebiam que de alguma forma condizem com a realidade vivenciada e dificuldades para consolidação do acolhimento. Sendo que neste momento a diretora da APS, relata perceber a importância de trabalhos desta natureza, por entender que o acolhimento é uma tecnologia leve e que a escuta qualificada é fundamental para a qualidade da assistência prestada ao paciente, sugerindo que a primeira unidade a utilizar o Manual, como guia para discussões da temática do acolhimento, seja a própria unidade que serviu como cenário de pesquisa, para que posteriormente pudesse ser utilizado pelas demais unidades.

O diretor técnico também se manifestou comentando gostar muito das atividades acadêmicas e que percebe a importância de a APS estar sempre repensando as suas práticas de forma a qualificar sua atuação.

A gerente local se manifesta agradecendo pela escolha da unidade como cenário de pesquisa, colocando o serviço novamente a disposição para possíveis desdobramentos da pesquisa.

Uma das enfermeiras da ESF, ao final da apresentação, ao me acompanhar até a saída da unidade relata que gostou muito da apresentação, se sentindo representada nos conteúdos abordados. Da mesma forma, a assistente social parabeniza pela forma como o encontro foi conduzido, que no seu ponto de vista, ocorreu de forma clara, facilitando a compreensão de como o estudo ocorreu e seus resultados.

Sendo assim, além dos comentários verbalizados, as expressões corporais dos participantes propiciaram a inferência de que os resultados evidenciados na pesquisa dialogam com a realidade vivenciada, e que desta forma, os temas sugeridos no manual, para discussão entre as equipes, pode vir a cumprir o papel ao qual se destinam, de subsidiar as equipes para discussão do processo de acolhimento em seus serviços de saúde, através do emprego de metodologias que propiciem a participação ativa de seus membros e o compartilhamento de saberes..




Foto do encontro de explanação preliminar dos resultados da pesquisa: arquivo pessoal



Foto do encontro de explanação preliminar dos resultados da pesquisa: arquivo pessoal

9.5 ANEXO 1

CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO

| | | |
|---|--|---|
|  | PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPS |  |
|---|--|---|

CARTA DE ANUÊNCIA

| | |
|----------------------|--|
| Título da Pesquisa: | ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSIBILIDADE DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO ÊNFASE PERÍODO PÓS PANDEMIA |
| Pesquisador: | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA ANSELMO |
| Orientador: | DANIEL DEMÉTRIO |
| Curso e Instituição: | MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE |
| Nº de Protocolo: | 582/2021 |

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de **responsabilidade do Pesquisador(a)**:

- 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;
- 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;
- 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 15 de setembro de 2021.


Eveline Campagnolo Schmith
 Gerente do NEPS


Andressa Moreira Gallo
 Diretora de Gestão, Trabalho e Educação

9.6 ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSIBILIDADES DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO PERÍODO PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Pesquisador: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56251922.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.376.096

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma resposta ao parecer número 5.283.769 anteriormente por esse colegiado em 10/03/2022.

Objetivo da Pesquisa:

Resposta às pendências emitidas pelo colegiado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- CEP 1) Amostra: Como se chegou ao número de 8 participantes (33%)?

Resposta: estima-se a realização de entrevistas com 8 participantes, com o intuito de contemplar um representante de cada categoria profissional, porém, será adotado o critério de saturação de dados para efetivação do tamanho da amostra, de forma a interromper as entrevistas quando nenhuma nova informação ou outro tema for identificado.

Segue nova redação inserida na metodologia: As entrevistas terão duração média de 30 a 40 minutos, estimando-se a realização de 8 entrevistas, afim de contemplar um representante de cada categoria profissional, como: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, equipe de saúde bucal (odontólogo ou auxiliar de saúde bucal), agentes comunitários de saúde, membro da equipe de apoio (terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, médico ginecologista

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.376.096

ou pediatra), além da gerente local, porém, será adotado o critério de saturação de dados para efetivação do tamanho da amostra, de forma a interromper as entrevistas quando nenhuma nova informação ou outro tema for identificado.- ATENDIDO

- CEP 2) TCLE:

a) Quanto ao TCLE (IV - DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Resolução 466/12): a) adequar linguagem direcionando ao sujeito de pesquisa; - (Resolução 466/12 IV.1b: prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa);

Resposta: redigido novamente, substituindo alguns termos por outros que possibilitem maior clareza. Segue a nova redação conforme TCLE anexado - ATENDIDO

- CEP 2 b) Há diferença entre custos e danos. Estes aspectos devem ser revistos pois está descrito: HAVERÁ ALGUM CUSTO? O projeto não prevê ressarcimentos referentes a despesas relacionadas à pesquisa. - Quais despesas seriam? Não será realizado no ambiente de trabalho?

Resposta: corrigida essa informação, pois não há previsão de custos para participação na pesquisa e acrescentado a informação quanto a possibilidade de indenização diante de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa.

Segue nova redação: HAVERÁ ALGUM CUSTO? Não haverá nenhum custo pela participação na pesquisa. Caso o participante venha a sofrer algum dano em decorrência da participação na pesquisa, terá direito a indenização, por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas em suas diferentes fases.

CEP 2 c) Riscos - Está escrito no TCLE e na PB: Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos no que se refere ao constrangimento em participar de uma entrevista para a concretização do estudo. Os pesquisadores colocam que para reduzir o desconforto deles, será garantida a confidencialidade e sigilo, com a utilização de codinomes na redação da dissertação, sempre que houver a necessidade de ilustração das falas. Nesse sentido serão tomadas todas as precauções para garanti-la em todas as etapas da pesquisa, desde as primeiras divulgações até a aplicação, análise, interpretação e devolução dos dados. - Há diferença entre constrangimento (que deve ser escrito o que será feito caso o participante apresente esse sentimento) e a

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmiento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.376.096

possibilidade de vazamento de informações. Deve haver uma reorganização desses dois itens. Há algumas informações no texto do TCLE que acabam por contribuir com esses aspectos.

Resposta: redigido novamente este item, diferenciando constrangimento e possibilidade de vazamento de informações, e o que será feito para reduzi-los.

Segue nova redação:

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO AO PARTICIPAR DA PESQUISA? Poderá haver constrangimento em participar de uma entrevista e a possibilidade de vazamento de informações. Para reduzir o constrangimento a entrevista será realizada em local que garanta sigilo e privacidade ao participante da pesquisa, somente na presença da pesquisadora e após o esclarecimento das possíveis dúvidas quanto a pesquisa, e, como garantia da confidencialidade e sigilo, serão utilizados codinomes, sempre que houver a necessidade de ilustração das falas, na redação da dissertação e em todas as etapas da pesquisa, desde as primeiras divulgações até a aplicação, análise, interpretação e devolução dos dados. Além disso, os dados coletados serão guardados pela pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após, serão incinerados. - ATENDIDO

CEP: 2d) Acrescentar e-mail do CEP, pois nesse momento, ainda está sendo feito o atendimento de forma remota.

Resposta: acrescentado o e-mail do CEP.

Segue nova redação:

Telefone do CEP/UFCSPA 51-3303-8804

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245 – CEP 90050-170 - Porto Alegre-RS

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ATENDIDO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encaminhado retorno às pendências via carta resposta conforme recomendação do CONEP.

Recomendações:

- Após avaliação das alterações efetuadas no estudo acima descrito, o presente Comitê não encontrou óbices quanto à implementação das mesmas.

- A pesquisa encontra-se de acordo com a Norma vigente Resolução 466/12 para Pesquisa com Seres Humanos.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.376.096

- Previsão de término do projeto: JUNHO/2022

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Atentar para as datas apresentadas no cronograma para qualquer necessidade de emenda/notificação. Somente poderão ser analisadas pelo CEP com data ainda vigente da pesquisa.

- A entrega dos relatórios parciais, além de obrigatórios, também subsidiam qualquer necessidade de novas solicitações referentes ao projeto.

- Cabe ao pesquisador responsável encaminhar o(s) relatório(s) – parciais e final – da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, em documento próprio, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/12, item XI.2.d.

- Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1886942.pdf | 25/03/2022 01:38:25 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_TCM.docx | 25/03/2022 01:34:07 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA ANSELMO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 25/03/2022 01:33:14 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA ANSELMO | Aceito |
| Outros | Carta_Resposta.docx | 25/03/2022 01:13:33 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_responsabilidade_orientador_ufcspa.pdf | 23/02/2022 08:57:32 | Daniel Demétrio Faustino da Silva | Aceito |

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.376.096

| | | | | |
|----------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 26/01/2022 20:21:46 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTO_DA_ENTREVISTA.pdf | 25/01/2022 21:41:44 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA | Aceito |
| Outros | Carta_de_Anuencia.pdf | 24/01/2022 22:59:18 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf | 24/01/2022 22:47:17 | MARIA ELENIR DE OLIVEIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Abril de 2022

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

9.7 ANEXO 3

LINK DE ACESSO ÀS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA
BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/about/submissions>