



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

JOÃO PESSOA-PB

2023

JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora: Ardigleusa Alves Coêlho

Co-orientadora: Talitha R. Ribeiro F. Pessoa

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde.

JOÃO PESSOA-PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

V697a Vilar, Juliana Barros de Farias.

Acolhimento na atenção básica no contexto da
pandemia / Juliana Barros de Farias Vilar. - João
Pessoa, 2023.

57 f.

Orientação: Ardigleusa Alves Coêlho.

Coorientação: Talitha R. Ribeiro F. Pessoa.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde - Acolhimento.
3. Covid-19. I. Coêlho, Ardigleusa Alves. II. Pessoa,
Talitha R. Ribeiro F. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

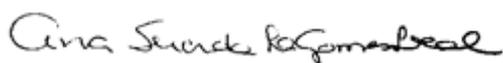
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

Banca Examinadora:



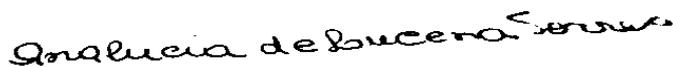
Presidente/Orientadora: Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho:

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Profa. 1: Ana Suerda Leonor Gomes Leal

Instituição: Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Profa. 2: Dra. Analucia de Lucena Torres

Instituição: Universidade Federal do Pernambuco - UFPE

Aprovado em: 22 de março de 2023

João Pessoa-PB

2023

Aos meus pais por sempre incentivar o estudo dos seus filhos e por nunca medirem esforços para nos oferecer uma boa educação

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por me permitir concluir essa etapa importante em minha vida, ainda mais após um período de muito trabalho e dificuldades em decorrência da pandemia.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, Ildefonso e Socorro, ao meu irmão Gustavo e ao meu esposo Rodrigo que foram o meu alicerce nesse período, sempre me apoiando.

A minha filha Lívia que me inspira todos os dias em buscar o melhor para as nossas vidas.

Agradeço à minha orientadora, professora Ardigleusa, por todo ensinamento, apoio, paciência e empatia na construção deste trabalho.

A professora Talitha pelos ensinamentos e contribuição na elaboração desta pesquisa.

As minhas colegas, enfermeiras, que aceitaram participar deste estudo e foram essenciais na sua realização.

Aos meus colegas de turma do mestrado pela troca de conhecimentos nesses dois anos de convívio.

Aos meus colegas de trabalho pela convivência e aprendizado durante esses 12 anos de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

RESUMO

A COVID-19 tem levado os sistemas de saúde a vivenciarem uma fase incomum, que tem exigido uma reestruturação dos serviços e uma nova organização do processo de trabalho. O aumento do número de pessoas a serem atendidas simultaneamente levou à Atenção Primária à Saúde, enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado nos territórios, a adotar estratégias para o enfrentamento da pandemia, assim como realizar o acompanhamento longitudinal da população não acometida pela COVID-19 que seguia precisando de cuidados. Nesse contexto, o acolhimento constitui uma estratégia importante para mudança no funcionamento dos serviços, uma vez que tem como base atender a todos, oferecendo atenção integral, resolutive e garantindo a continuidade da assistência a partir das necessidades do usuário. Objetivou-se analisar a realização do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde do município de Cabedelo-PB no contexto da pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 15 enfermeiras atuantes na Atenção Primária à Saúde que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados por meio de entrevistas presenciais e gravadas com todas as participantes mediante um roteiro contendo perguntas semiestruturadas e foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo emergindo três categorias: percepção sobre o acolhimento; desafios para o acolhimento durante a pandemia e mudanças no processo de trabalho. E como resultado, o estudo demonstrou o protagonismo da enfermagem no acolhimento aos usuários em detrimento de outras profissões que atuam na estratégia saúde da família e, que a maioria das participantes compreende bem o significado do acolhimento apesar de algumas ainda apresentarem uma visão equivocada sobre o tema. Os desafios relatados pelas entrevistadas estão relacionados a problemas estruturais/organizacionais, aos profissionais e aos usuários. No entanto, mesmo diante de tais dificuldades, o estudo ratifica a importância da atenção primária à saúde no enfrentamento da pandemia, sobretudo através da adoção de estratégias para permitir o acolhimento aos usuários, tais como: atendimento dos infectados em horários distintos; adequação da estrutura física; disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual; a educação em

saúde para orientação sobre a doença e no combate as *fake news*; a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação para teleatendimento, entre outras. Por fim, recomenda-se investimentos estruturantes nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde e nas atividades de educação permanente para os profissionais, bem como a elaboração de políticas públicas para lidar com as sequelas da COVID-19. Pesquisas futuras com outras categorias profissionais de saúde poderão ser realizadas para analisar a realidade do acolhimento nos serviços da Atenção Primária à Saúde, particularmente no contexto estudado.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; COVID-19

ABSTRACT

COVID-19 has led health systems to experience an unusual phase, which has required a restructuring of services and a new organization of the work process. The increase in the number of people to be treated simultaneously led Primary Health Care, as the coordinator and organizer of care in the territories, to adopt strategies to cope with the pandemic, as well as to carry out longitudinal monitoring of the population not affected by COVID-19 that continued to need care. In this context, the embracement constitutes an important strategy for change in the operation of services, since it is based on serving everyone, offering comprehensive care, providing solutions, and ensuring continuity of care based on the user's needs. The objective was to analyze the performance of embracement in Primary Health Care in the municipality of Cabedelo-PB in the context of the pandemic of COVID-19. This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach. Participated in the study 15 nurses working in Primary Care who met the inclusion criteria. Data were collected through face-to-face and recorded interviews with all participants through a script containing semi-structured questions and were analyzed using the Content Analysis Technique, emerging three categories: perception about the embracement; challenges to the embracement during the pandemic and changes in the work process. As a result, the study showed the role of nursing in user embracement to the detriment of other professions that work in the family health strategy, and that most participants understand well the meaning of embracement, although some still have a mistaken view on the subject. The challenges reported by the interviewees are related to structural/organizational problems, professionals and users. However, even in the face of such difficulties, the study ratifies the importance of primary health care in facing the pandemic, especially through the adoption of strategies to allow the reception of users, such as: care for the infected at different times; adequacy of the physical structure; availability of Personal Protective Equipment; health education for guidance on the disease and to combat fake news; the use of Information and Communication Technology for telecare, among others. Finally, it is recommended structuring investments in health units of Primary Health Care and in continuing education activities for professionals, as well as the

development of public policies to deal with the sequels of COVID-19. Future research with other health professional categories may be conducted to analyze the reality of the embracement in Primary Health Care services, particularly in the context studied.

Keywords: User Embracement; Primary Health Care; COVID-19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	17
3.2 Acolhimento na APS.....	18
3.3 Estratégias para Acolhimento aos usuários na APS durante a pandemia.....	19
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Cenário de estudo.....	21
4.3 Participantes do Estudo.....	21
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	22
4.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	22
4.6 Procedimento de Coleta de Dados.....	22
4.7 Processamento e Análise de Dados.....	23
4.8 Considerações Éticas.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
5.1 Percepção sobre acolhimento.....	25
5.2 Mudanças no processo de trabalho para o acolhimento.....	28
5.3 Desafios para o acolhimento na APS durante a pandemia.....	34

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	51
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
ANEXO B – Termo de Autorização para Gravação de voz.....	54
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética.....	55

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção a serem desenvolvidas por equipes que assumem a responsabilidade sanitária do território onde estão implantadas essas ações (SILVA, 2016). Trata-se de um nível do sistema de saúde que oferece atendimento ao usuário, ao longo do tempo, para todas as condições e a cada novo problema encontrado, com foco na pessoa e responsabilizando-se por coordenar a atenção em algum outro lugar, quando necessário. Por conseguinte, apresenta como principais atributos, a atenção ao primeiro contato; coordenação; integralidade e longitudinalidade, além da orientação familiar e comunitária e adequação cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ao buscar a inversão do paradigma tecnoassistencial e incorporar novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial (CAMELO, 2000; SOUZA, 2008), e constitui a principal estratégia para expansão e consolidação da APS (BRASIL, 2017), e busca a humanização das práticas de saúde, visando a satisfação do usuário por meio do estreitamento das relações entre os profissionais e a comunidade, incentivando-a no reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expressão e qualidade de vida (BRASIL, 2000).

É no âmbito das unidades básicas de saúde e das ações da ESF, que se dá, preferencialmente, o primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). As ações devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, integralidade, complexidade e inserção sociocultural. Assim, no que se refere à sua saúde, ele deve ser percebido como sujeito capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina (FARIA *et al.*, 2010).

Em consonância com a lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), as ações e serviços que compõem o SUS são desenvolvidos em conformidade com algumas diretrizes explicitadas no artigo 198 da Constituição Federal e obedece a alguns princípios, tais como: da universalidade de acesso aos serviços nos diversos níveis de

assistência; da igualdade da assistência, sem privilégios ou preconceitos de qualquer natureza; da integralidade da assistência; descentralização; regionalização e hierarquização; participação da comunidade; etc, por meio dos quais o SUS deve se organizar.

Realçando esse preceito humanitário no atendimento ao usuário e preocupado com a sua satisfação, o Ministério da Saúde brasileiro criou, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) para atuar em toda a rede do SUS, tendo como uma das diretrizes de maior importância para humanizar as práticas de saúde o Acolhimento, que foi assim conceituado:

Um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), existem na literatura distintas dimensões/configurações para o acolhimento. Ele é considerado uma ferramenta para ampliar/facilitar o acesso; uma atitude, postura e tecnologia leve de cuidado e ainda um mecanismo para (re)organizar o modo de trabalho em equipe.

Nessa lógica, Franco *et al.* (1999) veem o acolhimento como uma ideia para mudança no funcionamento e na organização dos estabelecimentos de saúde, tendo como base o atendimento de todos os usuários que buscam os serviços, garantindo acesso universal, reorganizando o processo de trabalho com a transferência das ações do médico para a equipe multiprofissional e qualificando a relação do trabalhador com o usuário, baseado em parâmetros humanitários que envolvem solidariedade e cidadania.

Nas ocasiões em que a avaliação e a definição do cuidado a ser ofertado ao usuário não sejam possíveis na recepção, é imprescindível que haja um lugar para escuta, análise e determinação da oferta de cuidado a partir da necessidade de saúde do usuário, quer seja um agendamento, uma intervenção ou uma orientação (BRASIL, 2013). Todos os componentes da equipe de saúde podem e devem participar do acolhimento, porém a atividade de classificação de risco, uma das

etapas do processo de acolher, deve ser realizada por profissional de saúde de nível superior capacitado (COSTA, 2018).

Segundo Rossato *et al.* (2018), o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) precisa ser realizado mediante um processo de escuta qualificada e experiência dos profissionais em reconhecer àqueles usuários que não podem esperar por atendimento médico daqueles que podem, devendo ser guiado por protocolos pré-estabelecidos para organizar o fluxo de trabalho e dar suporte nas tomadas de decisões.

A implementação da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades é uma forma de garantir o acesso com equidade, pois permite identificar situações de maior urgência, realizar as devidas priorizações, dificultando, desta forma, a ocorrência de iatrogenias devido a não identificação das diferentes necessidades (BRASIL, 2013).

Entretanto, o Acolhimento deve perpassar todos os espaços e momentos do serviço, diferenciando-se da triagem, uma vez que esta limita-se a uma seleção de quem será ou não atendido de acordo com o que o serviço tem a oferecer, sem levar em consideração as necessidades das pessoas (BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2018).

A redução do acolhimento a práticas exclusivas de classificação de risco, sem a garantia de escuta, torna a prática realizada na porta de entrada, somente como mais um passo a ser seguido pelo usuário em seu fluxo na unidade (GIRÃO, 2016). Acolher, para além, é atender bem, demonstrar atenção e disponibilidade para ouvir, valorizar as especificidades de cada caso, buscar uma forma de entendê-lo e solidarizar-se com ele (BRASIL, 2006).

O advento da pandemia da COVID-19, em dezembro de 2019, com a identificação de casos de pneumonia ocorridas na China, onde um novo coronavírus temporariamente denominado "2019-n-CoV" rapidamente se disseminou por vários países, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a esclarecer, em março de 2020, que se tratava de uma pandemia (OMS, 2020), tem levado os sistemas de saúde a experienciar uma fase incomum, não prevista no processo de cuidado cotidiano, com a exigência da criação de uma nova rotina para atender às necessidades do momento (NUNCIARONI *et al.*, 2020). Além disso, o aumento expressivo na quantidade de pessoas a serem atendidas em um curto intervalo de

tempo expõe fragilidades, a exemplo da sobrecarga dos serviços e dos profissionais, o que tem demandado reestruturação dos estabelecimentos e uma nova organização dos processos de trabalho (TOBASE, 2021).

Similarmente a outros países, a infecção pelo novo coronavírus rapidamente se alastrou pelo Brasil, vitimando milhares de pessoas e trazendo inúmeros desafios ao Sistema de saúde brasileiro. Dessa maneira, foi preciso modificar o modo de trabalho, atualmente vigente, em alguns serviços de saúde, que se caracteriza por longas filas de espera; demora nos atendimentos; escuta pouco qualificada; atendimentos sem estratificação de risco e vulnerabilidades; sistemas de atenção à saúde fragmentados, com pontos de atenção isolados e incomunicáveis entre si; desvalorização das pessoas, entre outros. Uma vez que, somente em serviços que facilitem o acesso e estejam preocupados em acolher os usuários é que os problemas poderão ser solucionados (MENDES, 2010).

No que diz respeito ao acolhimento e a organização do fluxo de atendimento na Atenção Primária à Saúde durante esse tempo de pandemia, a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), a exemplo do teleatendimento, tem se mostrado uma estratégia robusta, configurando-se como um canal de comunicação simples e acessível, atendendo o usuário em suas demandas, considerando a singularidade da necessidade de cada pessoa (ESTEVES et al., 2020). Uma vez que a maioria das pessoas acometidas pelo COVID-19 apresenta casos leves ou assintomáticos, a epidemia está centrada na APS, pois é no território de vida que as pessoas buscam o cuidado, apesar de muitos usuários necessitarem de leitos de internação (NUNCIARONI et al., 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto porta de entrada dos usuários no SUS, é o lugar em que inúmeras pessoas buscam atendimento/cuidado. É nesse local onde muitos problemas podem ser resolvidos primariamente ou, não sendo possível, encaminhados para outros estabelecimentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que sejam capazes de solucioná-los. Assim, um acolhimento qualificado por parte dos profissionais da ESF se mostra relevante para garantir a integralidade e continuidade da assistência ao usuário.

No contexto da APS, ordinariamente, o enfermeiro é o profissional de referência na unidade, tendo como uma de suas atribuições identificar sinais e sintomas e avaliar as necessidades dos usuários. Por este motivo, acrescido da

importância da realização do ACCR e, levando em consideração aspectos relacionados à humanização, integralidade e resolutividade dos problemas, especialmente durante esse período de pandemia e enquanto enfermeira inserida na ESF do município de Cabedelo-PB, surgiu a ideia de realizar um estudo para responder ao seguinte questionamento: como está ocorrendo o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde desse município durante a pandemia da COVID-19?

Assim, este estudo objetivou analisar a realização do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde do município de Cabedelo-PB no contexto da pandemia da COVID-19. Nessa perspectiva, entende-se que os seus resultados poderão colaborar com a gestão municipal na oferta de subsídios para o planejamento e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde do município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os profissionais envolvidos no Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia;
- Descrever as concepções dos enfermeiros acerca do ACCR na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar as práticas de acolhimento desenvolvidas pelos enfermeiros no cotidiano das Unidades de Saúde da Família;
- Identificar os avanços e desafios para a realização do Acolhimento aos usuários na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária a Saúde (APS)

A Declaração de Alma-Ata (1978) marcou uma modificação no paradigma da saúde ao instituir a APS como um elemento fundamental para assegurar a saúde como um direito humano universal. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de cuidado ao usuário e ganhou destaque no Brasil, desde 1990, com a estruturação da ESF, chamado anteriormente Programa de Saúde da Família - PSF (PINTO, 2021).

A base para sistematizar as ações, estruturar e organizar os serviços por parte dos profissionais e gestores inseridos na APS, assim como para a prestação do cuidado é a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual apesar de reconhecer outros modelos, indica a ESF como prioridade para a estruturação da Atenção Básica (MOROSINI, 2018; CABRAL *et al.*, 2019; MEDEIROS, 2018).

Destarte, a APS tem que ser uma “porta aberta” capaz de resolver as demandas da população, sem se tornar apenas um lugar obrigatório e burocrático de passagem para média e alta complexidade (BRASIL, 2013).

Em sua apresentação, a PNAB reforça que a APS deve ser orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, buscando desenvolver a autonomia do usuário, o trabalho em equipe, vínculo, acolhimento, corresponsabilidade, cuidado centrado no usuário, controle social, a gestão do cuidado democrática e participativa etc. (BRASIL, 2012).

A última versão da PNAB, instituída pela Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, apresentou algumas alterações em relação às versões de 2006 e de 2011, que não foram aprovadas por importantes entidades do SUS e da Saúde Coletiva, como o Conselho Nacional de Saúde e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (MEDEIROS, 2018). Entre elas podemos citar: a recomposição das equipes, na qual o número mínimo de ACS que eram 4 por equipe, não ficou definida na versão atual; a relativização da cobertura universal, visto que os ACS devem cobrir 100% das populações locais consideradas de maior vulnerabilidade, ao invés de 100% da população, como era considerado previamente para todas as equipes; a extinção do financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (MOROSINI, 2018; CABRAL *et al.*, 2019; GIOVANELLA, 2020).

As recentes mudanças que a APS vem sofrendo no que diz respeito ao seu modelo assistencial, fere os princípios da equidade, integralidade e universalidade propostos pelo SUS (GIOVANELLA, 2020). Nesse sentido, para que a APS consiga ser resolutiva em diversas situações de saúde, é imperioso assegurar os seus atributos essenciais (integralidade, acesso, longitudinalidade e primeiro contato) e secundários (orientação comunitária e familiar, competência cultural), e implementá-los no dia-a-dia (NUNCIARONI et al., 2020). Por conseguinte, é importante que o acolhimento faça parte do processo de trabalho das equipes da atenção básica, uma vez que ao garantir assistência integral e resolutiva a todos que buscam as unidades de saúde, contribui para o fortalecimento da APS.

3.2 Acolhimento na APS

O processo de trabalho na APS deve basear-se no acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades e vulnerabilidade de saúde e apoio de estratégias de fortalecimento do controle social e da gestão local (BRASIL, 2012). Conforme Medeiros (2018) é possível perceber que a Política Nacional de Humanização tem relação com a PNAB, mesmo que não necessariamente afirme-se na Política uma articulação com ela.

O acolhimento faz parte das práticas de promoção da saúde e compreende a responsabilização da equipe pelo usuário do sistema, desde a sua entrada até a sua saída, ouvindo suas queixas através de uma escuta qualificada, possibilitando uma análise da demanda, com o objetivo de oferecer atenção integral e resolutiva, garantindo a continuidade da assistência pelo acionamento de redes internas e externas ao serviço, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2004).

Então, para ser efetivo não deve ficar restrito apenas a clínica, posto que consultas médicas e/ou de enfermagem, orientações, curativos, dentre outros fundamentados na clínica, não são, por si próprio, suficientes para responder às várias questões que constituem as necessidades de saúde e os problemas dos usuários, sendo importante o trabalho que envolva uma rede de referência e contrarreferência eficiente e a intersetorialidade (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Dessa forma, faz-se necessário que as redes de atenção estejam bem articuladas para que

os problemas que não possam ser resolvidos na UBS sejam encaminhados para outros pontos da atenção que também se responsabilizem pelo usuário.

Para Camelo (2000), a qualidade no atendimento ao usuário pressupõe demonstrar interesse e disponibilidade, manifestar compreensão e ajudá-lo a encontrar soluções para o seu problema. Assim, o usuário deve ser “sujeito” na situação e não simplesmente “objeto” designado a receber tratamento.

Se o trabalhador, com acolhimento, passa a ouvir e está colocado numa posição de responsável por desencadear algum tipo de resposta, de solução para o problema identificado, cria-se, então, uma situação de maior envolvimento entre usuários e profissionais da saúde (TAKEMOTO, 2007).

Para Silva (2020), o acolhimento deve ser utilizado como uma estratégia de vigilância em saúde que envolve trazer para o centro da rede alguns profissionais, a exemplo dos agentes comunitários de saúde (ACS), que são essenciais para a criação do vínculo, levantamento das necessidades, integralidade, diagnóstico situacional e planejamento de ações locais.

O processo de trabalho na ESF deve estar relacionado à existência de profissionais conscientes do papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparente as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de trocas e confiança (GOMES, 2005). O vínculo entre trabalhador e usuário concretiza-se no momento do acolhimento e é o ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos, sendo a empatia e o respeito indispensáveis (GIRÃO, 2016).

Segundo Mendes (2010), somente em serviços que facilitem o acesso dos indivíduos e estejam preocupados em acolhê-los é que os problemas poderão ser solucionados. No entanto, Rossato (2018), em estudo realizado, observou que o acolhimento ainda é um desafio para os serviços e uma dificuldade para os usuários, isso porque os profissionais ao dialogarem com os usuários ainda apresentam uma escuta pouco qualificada.

3.3 Estratégias para Acolhimento aos usuários na APS durante a pandemia

A rápida disseminação da COVID-19 fomentou inúmeros debates sobre os modos de organizar as práticas de saúde e as estratégias adotadas por profissionais e usuários para o seu enfrentamento (CABRAL *et al.*, 2019).

A crise estabelecida pelo novo coronavírus, aliada à insuficiência orçamentária pública, evidenciam a fragilidade da APS, afetando, conseqüentemente, toda a Rede de Atenção à Saúde. A APS, por sua atribuição como ordenadora do SUS e responsável pela resolutividade nos processos de cuidado nos territórios, teve que reorganizar seu processo de trabalho para o enfrentamento da pandemia, e para acompanhamento longitudinal da população não acometida pela doença, a exemplo das gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas, que seguem necessitando de cuidados (NUNCIARONI *et al.*, 2020).

A elaboração de estratégias e mecanismos de tecnologias leves de saúde possibilita a intervenção de emergência em situações de crise, permitindo o desenvolvimento de abordagens em saúde de baixo custo, de boa qualidade e eficazes. Desse modo, o acolhimento, fundamental para a resolutividade dos casos iniciais de COVID-19 e para disseminação de informações verídicas, é um dos vários desafios trazidos pela pandemia tanto para as equipes de saúde quanto para os usuários (BELFORT, 2021).

Algumas estratégias foram adotadas pela APS para o enfrentamento da pandemia e para o acolhimento aos usuários, a exemplo da telemedicina. Esta ferramenta demonstrou ser eficaz ao reduzir o contato físico e presencial entre profissionais e usuários infectados, assim como para a continuidade da assistência às pessoas que necessitam de atendimento regular, que perante a ausência de manejo clínico adequado, pode acarretar a piora dos quadros e uma demanda ainda maior pelos estabelecimentos de internação (CABRAL *et al.*, 2019).

A educação em saúde adotada pela APS através de aplicativos de mensagens e telefone também se mostrou relevante no combate à disseminação de informações falsas (*fake news*) sobre a doença (CABRAL *et al.*, 2019).

Dessa maneira, a APS vem desempenhando um papel fundamental nesse período pandêmico, colaborando para a triagem, orientação, encaminhamento, vigilância epidemiológica e monitoramento dos usuários, alcançando resultados promissores que são destaque em âmbito internacional (BELFORT, 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, a qual viabilizou a análise da realização do Acolhimento com Classificação de Risco no município de Cabedelo-PB.

Segundo Minayo *et al.* (2000), as pesquisas qualitativas nos permitem trabalhar com um universo de significados, emoções, crenças, valores e atitudes correspondendo a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Cabedelo-PB, nos meses de março a maio de 2022. A APS da cidade conta com 21 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo uma delas integrada por 2 equipes, totalizando, assim, 22 equipes de Saúde da Família e 22 equipes de Saúde Bucal. Todas essas unidades, segundo a organização da rede de serviços de saúde, são portas de entrada dos usuários no Sistema Municipal de Saúde.

A cidade está localizada na região metropolitana de João Pessoa e, de acordo com o IBGE, apresenta uma população de aproximadamente 69.773 habitantes, distribuídos em 29,873 km² de extensão territorial. Possui cerca de 15 quilômetros de costa com praias urbanizadas. É o município mais rico do Estado em produto interno bruto per capita (IBGE, 2020). Apresenta um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH: 0,748), ocupando o segundo maior IDH do Estado da Paraíba, ficando atrás apenas da capital João Pessoa (IBGE, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde pública do município é composta ainda por 1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Hospital Geral e Maternidade, 1 Serviço de Assistência Especializada (SAE), 1 Laboratório Central, 1 Centro Municipal de Referência em Saúde (Policlínica), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo envolveu os profissionais de saúde que compõem a equipe mínima da ESF e por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que tem como característica se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificada, a amostra não necessita ser extensa, mas deve ser suficiente para permitir que o pesquisador seja capaz de conhecer bem o seu objeto de estudo (MINAYO, 2000). Assim, foi selecionada uma amostra por conveniência ou pragmática (NAVARRETE *et. al.*, 2009) entre os participantes que atenderam aos critérios de inclusão, até a saturação dos dados.

Foram escolhidas para participar da pesquisa 22 enfermeiras que atuam na Atenção Básica visto que, há no município 22 equipes de saúde da família. Desse total, participaram do estudo 15 enfermeiras, seis não atenderam aos critérios de inclusão e uma recusou-se a participar do estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do município de Cabedelo há pelo menos 6 meses e estar inserido em uma equipe completa, com todos os profissionais que compõem a equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde).

Foram excluídos aqueles que estavam de licença médica, férias ou afastados do serviço por algum motivo, durante o período da coleta de dados.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), contendo variáveis para caracterização dos participantes e questões abertas sobre a temática do estudo.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica usada para a coleta de dados foi uma entrevista individual com base em um roteiro com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE A), que foi realizada pela pesquisadora de forma presencial com todas as participantes.

Inicialmente, as enfermeiras foram convidadas a participar do estudo, sendo realizada uma explanação breve sobre a pesquisa e os seus objetivos, e respeitando o desejo de cada uma em participar ou não foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A). A entrevista aconteceu em sala privativa, ventilada, iluminada, livre de barulho. Além disso, foram gravadas em dispositivo de gravação digital (gravador digital), porém antes do seu início foi solicitada a autorização para gravação de voz (ANEXO B). O tempo de entrevista variou entre 6 e 14 minutos.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados oriundos das entrevistas foram transcritos na íntegra e a técnica utilizada para análise dos dados foi a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter indicadores que permitam à inferência de conhecimentos (BARDIN, 2011). A análise é constituída em 3 fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase inicial de organização e sistematização das ideias, na qual foi realizada a leitura “flutuante” do material transcrito e posterior submetido à análise, assim como, a formulação das hipóteses e objetivos, a referenciação dos índices e a preparação do material antes da análise propriamente dita. A exploração do material é a fase mais longa e consiste na codificação, a partir das regras formuladas na etapa anterior. O tratamento dos resultados, última etapa da análise, é a fase que o analista tem à sua disposição os resultados e pode então propor inferências e realizar interpretações (BARDIN, 2011).

Da análise do material produzido emergiram três categorias, que foram validadas por dois pesquisadores. A primeira categoria apresentou a percepção sobre acolhimento, a segunda trouxe as mudanças no processo de trabalho para o acolhimento e, a terceira revelou os desafios para o acolhimento na APS durante pandemia. Também foram identificadas subcategorias atreladas a cada categoria, as quais tiveram valoroso significado para o estudo ao evidenciar situações que servirão de reflexão para o aprimoramento do acolhimento por parte dos enfermeiros e também dos demais integrantes da equipe da ESF, no sentido de fortalecer o

trabalho interprofissional e a política de humanização em saúde, responsabilidade de todos os profissionais. Ademais, na apresentação dos relatos, os participantes foram identificados com nomes de flores, preservando o anonimato de suas identidades.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e foram seguidos os princípios e diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Cabe destacar que a coleta de dados somente foi iniciada após à aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 53495221.0.0000.5188).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os quinze enfermeiros participantes do estudo foram do sexo feminino, a maioria com idade acima de 40 anos. Com relação ao tempo de formação, a maior parte (60%) das entrevistadas concluiu a graduação há mais de 20 anos. No que diz respeito ao grau de escolaridade, treze (86%) possuem como maior titulação a especialização, sendo a maioria em áreas afins à Atenção Primária à Saúde, uma possui Mestrado e uma Doutorado. Com relação ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família do município de Cabedelo, a maior parte delas (80%) possui entre 11 e 20 anos de atuação na cidade.

No que concerne ao mapeamento dos profissionais envolvidos no Acolhimento na APS durante a pandemia de COVID 19, é possível afirmar, de acordo com a fala das entrevistadas, que os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) participam do acolhimento aos usuários em todas as unidades de saúde pesquisadas, uma vez que foram citados por todas as participantes da pesquisa; os Agentes Comunitários de Saúde e as recepcionistas foram citados por algumas participantes e poucas citaram outros profissionais, a exemplo do médico, do guarda municipal, do Auxiliar de Saúde Bucal, do odontólogo e dos profissionais do antigo NASF.

Nota-se nos relatos o protagonismo da enfermagem na realização do acolhimento, similarmente ao estudo de Carlos *et al.* (2017) quando afirma que essa realidade precisa ser modificada e que outros profissionais devem ser estimulados a realizar o acolhimento, uma vez que várias experiências demonstram que entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde no nosso país, o técnico de enfermagem é o que atua com mais afinco no acolhimento e contato inicial com os usuários no serviço público de saúde.

A análise dos depoimentos das enfermeiras possibilitou a identificação de três categorias: Percepção sobre o acolhimento; Mudanças no processo de trabalho e Desafios para o acolhimento durante a pandemia.

5.1 Percepção sobre acolhimento

A percepção que as profissionais apresentaram sobre o acolhimento mostrou que a maior parte delas possuía uma visão ampla acerca do significado do acolhimento, conceituando-o como uma ferramenta que facilita o acesso aos serviços, como uma tecnologia leve no cuidado a saúde (MERHY, 1997) e também como uma ferramenta para organização do processo de trabalho da equipe, apresentando assim uma visão positiva e que corresponde ao real significado do acolhimento (BRASIL, 2013). No entanto, foi observado que outra parcela das entrevistadas, embora em menor quantidade, apresentou uma visão ainda equivocada do que seria o acolhimento, reduzindo o acolhimento a uma triagem para atendimento médico e restringindo a sua realização apenas a alguns trabalhadores (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, buscou-se identificar os diversos sentidos atribuídos ao acolhimento pelas entrevistadas os quais foram apresentados em duas subcategorias: Aspectos positivos e aspectos negativos na percepção sobre o acolhimento.

5.1.1 Aspectos positivos na percepção sobre acolhimento

Um serviço acolhedor facilita o acesso da população aos serviços de saúde, aperfeiçoa o trabalho dos seus profissionais, tornando a APS mais efetiva para a melhoria da saúde dos seus usuários (CARLOS *et al.*, 2017)

Na percepção das enfermeiras entrevistadas o acolhimento é algo que facilita o acesso dos usuários ao serviço de saúde, como relatado:

Isso eu acho importantíssimo, porque o que gerou, o que diminuiu foi aqueles pacientes, eu percebo que deixaram de existir aquela demanda que chegava às 05 horas da manhã para pegar uma ficha. Então eles começaram a perceber que não adiantava. Então, ainda existe? Existem pessoas que chega às 6 horas da manhã, às 7 horas da manhã para pegar uma ficha, mas diminuiu muito, porque eles sabem que quando chegar aqui, ele vai passar por essa classificação e muitas vezes quem chegou depois é o primeiro a ser atendido. (Calêndula)

Eu acho muito importante, porque a classificação de risco é que vai determinar se o paciente tem prioridade naquele atendimento mais rápido, ou não [...]. Aqui é muito difícil o paciente voltar sem atendimento, porque mesmo quando a médica não está, eu escuto o paciente, eu tento resolver, dou o direcionamento, se for uma informação que eu não tenha eu tento buscar no WhatsApp nos grupos da Atenção Básica, entendeu? A gente tenta facilitar o acesso do paciente aos serviços. (Azaléia)

Percebeu-se que, na opinião dos profissionais o acolhimento facilitou o acesso dos usuários, a partir da organização do trabalho, através da escuta

qualificada e de critérios de acesso que permitiram a avaliação de risco (BRASIL, 2013; BARROS, 2018; SOUZA, 2008), e não por atendimentos por ordem de chegada.

Além destes, alguns conceituaram acolhimento como uma postura, uma ferramenta para resolutividade das necessidades do usuário que permitia o estreitamento da relação entre usuário e profissional de saúde, a partir da criação de vínculo entre ambos.

[...] ele precisa ser ouvido e muitas vezes também é uma angústia na unidade de saúde a gente fica limitado à resolutividade do que aquele paciente precisa [...] assim, esse acolhimento ele vai além de você determinar se esse paciente é uma urgência ou é algo que pode esperar [...] A gente sabe que o acolhimento vai muito mais além do paciente ser ouvido, a gente precisa ter essa resolutividade para que esse acolhimento seja efetivo. (Crisântemo)

Acolhimento primeiro é isso, é escutar, é ver a necessidade daquele indivíduo de forma individual e às vezes até coletiva mesmo e tentar resolver dentro do que a gente tem dentro do serviço. E quando a gente acolhe você vai qualificar o problema dele para que seja atendido mais rápido possível, direcionar e acompanhar ele dentro da rede, não largar só aqui, assim como se diz ter a preocupação de saber se foi resolvido o caso daquele paciente dentro da rede, porque assim como é o saúde da família, o diferencial é esse, é a gente atender, acolher e acompanhar, porque a gente não é um serviço de urgência que manda o paciente, resolve e acha que porque encaminhou, se livrou do paciente. Não se livra, o paciente fica com a gente. (Begônia)

De acordo com Feitosa *et al.* (2021), a criação de vínculo e o acolhimento aos usuários são essenciais para o atendimento de suas necessidades, para isso os profissionais precisam conhecer a fundo o significado de tais aspectos.

5.1.2 Aspectos negativos na percepção sobre o acolhimento

A visão equivocada de que o acolhimento necessita de um profissional específico para fazê-lo, quando na verdade deve ser realizado por todos os profissionais e perpassar todos os lugares por onde o usuário passar (BRASIL, 2006), foi observada na fala de uma participante:

[...] é o ponto mais importante de uma unidade de saúde, independente de COVID ou não, às vezes a gente tem deficiência em ter uma pessoa preparada e disponível só para fazer esse acolhimento. (Gérbera)

O acolhimento é uma importante estratégia para a prática de humanização, por conseguinte, falhas na sua implementação podem gerar problemas de acesso aos serviços de saúde, especialmente os da APS (FEITOSA *et al.*, 2021).

O conceito de acolhimento está relacionado à atitude, a uma postura ética a ser adotada por todos os profissionais do serviço e se refere à construção de relações interpessoais baseadas em uma escuta atenta, comprometida e interessada no reconhecimento do outro, não deve ser restrito a um setor do serviço formado por profissionais escalados para receber os usuários que buscam o cuidado (PASSOS; PANELLI-MARTINS, 2019 apud SATO E AYRES, 2015).

Também foi possível constatar, entre as entrevistadas do estudo, a restrição do acolhimento à realização da classificação de risco, sem o processo de escuta qualificada e sem levar em consideração as necessidades das pessoas (BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2018) como a que se observou a seguir:

[...] você tem que ver, o que o paciente tem, o que ele está apresentando. Então, a partir daí você vai ver se ele é uma pessoa que precisa urgente, ou se ele pode esperar, se ele pode aguardar. (Camélia)

[...] é digamos assim, ver aqueles pacientes que precisam de assistência imediata ou aqueles que precisam de um agendamento, a Classificação de Risco serve basicamente para isso, qual seria a urgência de atender primeiro e quais seriam aqueles que poderiam ser marcados para outro dia. (Amarílis)

De acordo com Girão (2016), a redução do acolhimento a práticas exclusivas de classificação de risco, sem a garantia de escuta, torna a prática realizada na porta de entrada, somente como mais um passo a ser seguido pelo usuário em seu fluxo na unidade.

A percepção dos profissionais de saúde do que deve ser feito é um dos maiores problemas do acolhimento, o profissional de saúde precisa entender o papel do acolhimento, caso contrário ele não irá conseguir executá-lo corretamente e o objetivo do acolhimento nunca será alcançado (SOUZA, 2008; OLIVEIRA, 2008; CARLOS *et al.*, 2017). Nesse sentido, é importante compreender o acolhimento não apenas como ordenador de fluxos, uma vez que como tecnologia do cuidado vive entre acesso de um lado e terapêutica de outro (GIORDANI *et al.*, 2020).

5.2 Mudanças no processo de trabalho para o acolhimento

A pandemia acarretou mudanças no processo de trabalho na APS, com a adoção de estratégias para o enfrentamento da pandemia. No contexto do estudo foi evidenciado a reorganização da APS para acolhimento ao usuário com COVID -19,

ações ofertadas no combate a COVID e adoção das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's).

5.2.1 Reorganização da APS para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) ao usuário com COVID-19

Dentre as principais mudanças adotadas durante esse período de pandemia, uma que merece destaque nas falas das participantes foi o atendimento de pacientes sem suspeita de COVID em horários distintos dos que estavam com suspeita da infecção, conforme se observa a seguir:

A gente agendava esses pacientes para o final do expediente, para não haver aglomeração com os pacientes não COVID. (Amarílis)

[...] o paciente com COVID era agendado em outro horário. (Amor-perfeito)

Tinham os atendimentos, que não era de COVID então a médica iniciava com esses atendimentos. Primeiro aqueles pacientes que não estavam com suspeita. Aí os profissionais faziam, realizavam esse atendimento para liberar e, por último, ficavam esses pacientes com suspeita COVID. (Calêndula)

Outra mudança foi à adequação da estrutura física através do distanciamento social com o afastamento das cadeiras, a utilização de tendas nas áreas externas aos serviços para que os usuários pudessem aguardar o atendimento em um espaço maior, aberto e ventilado, evitando assim aglomerações e, conseqüentemente, o risco de contaminação, a disponibilização de insumos e materiais, como a dispensação de máscaras extras para os que não estivessem de máscara, a disponibilização do álcool a 70%, entre outros, que se observa a seguir:

A gente praticamente fez uma revolução na unidade, porque a gente tinha que manter aquele distanciamento, a gente procurou já identificar os locais que eles podiam ficar, abriu mais uma sala, maior, específica para aquilo para que eles pudessem também ficar lá. Enfim, foi toda uma adaptação bem diferente. (Botão de ouro)

[...] a gente fez o distanciamento das cadeiras, a gente deixou máscaras de reserva lá na frente para os pacientes que não trouxessem máscara, disponibilizou álcool gel e sempre a nossa fala foi essa para ter os cuidados e depois de um tempo eles colocaram uma tenda aqui na frente aí ficou melhor. (Amor-perfeito)

Então, se colocou uma tenda no lado externo da unidade, se redistribuiu as cadeiras com a distância que era indicada de 1,5 a 2 metros [...] Álcool, máscara, distanciamento. (Gérbera)

Alguns serviços optaram pela renovação das receitas de medicamentos de uso contínuo sem a necessidade de uma consulta presencial no intuito de evitar a exposição dos usuários e dos profissionais, conforme fala a seguir:

A estratégia foi a seguinte, as receitas controladas vinham deixar, o médico fazia e só vinham pegar para não estar dentro da unidade na contaminação e os casos de urgência viriam. (Íris)

Em alguns serviços foi elaborado um formulário próprio para facilitar a identificação e o direcionamento dos usuários com síndrome gripal ao chegar ao serviço:

[...] depois que eles chegavam aqui, eu os agentes de saúde e o pessoal da recepção fazia, preenchia o formulário que a gente mesmo confeccionou porque a gente não recebeu nada da Secretaria de Saúde, nem da Atenção Básica, com toda a sintomatologia deles, a gente colocava como prioridade aqueles que estavam com sintomas de COVID, já passava pela triagem, já verificava todos os sinais vitais, passava por uma consulta médica ou comigo, enfermeira e aí a gente direcionava a questão do tratamento, realização de exame ou a solicitação do exame quando a gente ainda não estava fazendo aqui, mas foi mais ou menos dessa forma. (Gérbera)

As diferentes estratégias adotadas pelas equipes no intuito de organizar o seu modo de trabalho corroboram com o estudo de Geraldo, Farias e Sousa (2021), quando afirmam que em um país com realidades tão distintas como é o caso do Brasil, não houve uma única forma de organizar a rede de cuidados. Cada lugar desenvolveu um processo de reorganização do trabalho das equipes da APS, implementando estratégias de cuidado de acordo com sua necessidade e a realidade de cada local.

O distanciamento social e o isolamento dos infectados pelo coronavírus e seus contatos foram as principais medidas adotadas para retardar a disseminação da doença, especialmente quando não havia tratamento efetivo nem vacina disponível, de modo que o sistema de saúde pudesse responder ao aumento da demanda por leitos de internação, evitando um colapso (DAUMAS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

De acordo com Daumas *et al.* (2020), a capacidade do sistema de saúde em evitar mortes não depende apenas da quantidade de leitos disponíveis, mas também da organização da rede de atenção em garantir o acesso oportuno, a manutenção do cuidado para outros agravos e o atendimento as urgências e emergências de qualquer natureza. E nesse sentido, Passos e Panelli-Martins (2019) comentam que o acolhimento deve funcionar não somente como política estabelecida de

organização de processo de trabalho na APS, mas também como reorientadora, organizando a rede de serviços de modo a torná-la acolhedora, resolutiva e eficiente.

5.2.2 Oferta de ações no combate a COVID 19

Algumas ações foram implementadas no período pandêmico para o combate ao coronavírus na APS do município em estudo, uma delas foi a **testagem** da população para a doença, conforme verificamos nas falas a seguir:

A gente fez alguns mutirões para fazer os testes rápidos de COVID, fizemos em três locais diferentes. (Camélia)

[...] eu fazia os testes lá na frente, conforme ia dando positivo e tivesse com os sintomas, o médico já ia atendendo e medicando. (Copo-de-leite)

Em todas as unidades de saúde pesquisadas era realizada a testagem rápida para a COVID 19. Inicialmente foram realizados testes rápidos para observar a presença de anticorpos para a doença através do sangue, que era coletado por meio de punção digital, e em seguida passou a ser utilizado um teste rápido que identificava a presença do antígeno na nasofaringe dos infectados, o qual era coletado através de um *swab* nasal. Apesar de serem de tipos diferentes, ambos davam o resultado para a doença em aproximadamente 15 minutos após a coleta do material.

De acordo com Avelar *et al.* (2021) a testagem é uma importante ferramenta para conter a disseminação da doença entre a população. E que se esperava no início, testar todos os casos suspeitos da doença e os contactantes dos casos confirmados, no entanto devido à insuficiência dos testes no Brasil, priorizou-se a testagem apenas dos casos mais graves.

Outra importante ação implementada durante esse período foi à educação em saúde. As equipes passaram a orientar a população sobre a doença e a importância do isolamento dos infectados e do distanciamento social, sobre a necessidade da utilização de máscaras, esclarecer quanto aos serviços ofertados pela APS durante esse período, além de combater as “*fake news*” que estavam sendo amplamente propagadas durante esse período, conforme expresso:

Em alguns momentos também a gente fez uma sala de espera, então, muitas vezes essa fala acontecia na tenda ou na recepção, a equipe, a gente fez um rodízio na minha equipe [...] era mais assim mesmo uma conversa, a orientação. (Crisântemo)

[...] a questão do diálogo, a questão de conversar com o pessoal ali fora. (Cravo)

[...] a gente ainda utilizou também roda de conversas com esses pacientes para esclarecer a questão da importância do uso de máscara, do uso do isolamento quando ele está com COVID[...]. Alguns pacientes queriam receber medicação como cloroquina e a médica sabia que não fazia efeito, não mas eu vi na televisão que tem que ter cloroquina. (Antúrio)

Mediante os depoimentos, Daumas *et. al* (2021) defendem que uma APS forte, organizada e com profissionais qualificados e em quantidade suficiente contribui para diminuição da incidência da COVID 19 na população adscrita. E que por meio de um trabalho comunitário é possível reduzir a propagação da doença, acompanhar os casos considerados leves, apoiar as comunidades nesse período de distanciamento, identificando as situações de vulnerabilidade, garantindo o acesso aos serviços de saúde e os encaminhamentos nas fases mais críticas da doença. Destacando que a orientação familiar e comunitária podem ampliar a capacidade de resposta local reduzindo, assim, a disseminação da doença amenizando os efeitos sociais e econômicos das medidas de distanciamento social.

5.2.3 Uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's)

Em meio à pandemia, inúmeros países optaram pela utilização do teleatendimento com o objetivo de proteger os profissionais, evitando o contato direto dos mesmos com os usuários que estavam em quarentena e com os que estavam com suspeita da doença. No Brasil, essa prática foi regulamentada através da Lei 13.989 de 15 de abril de 2020 e da Portaria 467 de 20 de março de 2020, na qual ganhou importância por se concretizar como uma excelente estratégia para garantir o acesso à assistência em saúde (LOPES *et. al*, 2021; RIOS & FIDALGO, 2021).

Daumas *et. al* (2021) alertam que os riscos de transmissão da doença nos serviços de saúde somado aos elevados custos da implantação das normas de biossegurança justificam a larga utilização das ferramentas de teleatendimento e todo o aporte financeiro necessário para implementá-las.

No município estudado observou-se o uso das TIC's durante o período pandêmico para a realização de teleconsultas, conforme exposto a seguir:

O que aconteceu algumas vezes foi a teleconsulta e quando havia um paciente que estava realmente impossibilitado de vir até a unidade, a doutora fazia uma chamada de vídeo. (Amarílis)

[...] muitas vezes a visita foi feita pelo celular, uma teleconsulta justamente para nem a gente está expondo os pacientes nem a gente se expor. (Amor-perfeito)

Olhe, teleconsulta aqui teve assim uma ou outra paciente que estava muito ruim em casa, então a médica fez do próprio celular dela, assim uma chamada de vídeo já aconteceu mais de uma vez aconteceu, de fazer uma chamada de vídeo e atender o paciente dessa forma. (Calêndula)

As TIC's também foram utilizadas para o monitoramento dos casos através de ligações telefônicas, assim como para troca de informações entre os profissionais e usuários por meio de aplicativos de mensagens.

A gente utilizou muito o WhatsApp, para monitorar os pacientes e até os próprios ACS. Eles por via do WhatsApp criaram grupos e passava as informações para os grupos e assim, com relação às famílias eles falavam individual com cada família [...] Mesmo a pandemia tendo diminuído, eles continuaram a fazer as visitas né, mas o WhatsApp não deixou. Até hoje os pacientes perguntam e eles respondem pelo WhatsApp, agora tudo voltou ao normal, as visitas voltou ao normal, mas o WhatsApp ficou, permaneceu. (Copo-de-leite)

[...] como os agentes de saúde não estavam podendo, naquele momento crítico fazer as visitas, os pacientes ligavam pra eles e aqui na comunidade eles têm grupos de WhatsApp, os moradores junto com os agentes de saúde. Então eles se comunicavam e os pacientes vinham e eram acolhidos aqui tanto por nós quanto pelos agentes de saúde. (Azaléia)

Quando os pacientes eram atendidos com covid, nós mantínhamos contato com eles pelo WhatsApp para saber como é que eles estavam, se estavam melhor, se os contatos domiciliares apresentavam sintomas e se, apresentassem sintomas, voltassem a unidade para o tratamento. (Antúrio)

Na assistência aos usuários com suspeita de COVID, ao utilizar o teleatendimento, os profissionais da APS podem orientá-los quanto ao isolamento e ao reconhecimento dos sinais de alerta, monitorá-los quanto à evolução clínica, identificando os que não podem ficar apenas em assistência domiciliar, realizando videoconsultas para os casos mais complexos e encaminhando para as unidades de referência ao identificar sinais de gravidade. Isso reduz a demanda e a transmissão da doença nos serviços de saúde, assim como permite a concentração dos recursos para o atendimento dos casos mais graves (DAUMAS *et al.*, 2021).

O teleatendimento ainda foi utilizado para assistência a usuários portadores de outros agravos, os quais necessitavam de uma consulta, mas não podiam ir à unidade de saúde, especialmente nos períodos mais críticos que havia um maior risco de transmissibilidade da doença, priorizando-se o atendimento presencial apenas para os casos mais urgentes e necessários.

Fizemos uso, era como eu te falei, ou por telefone ou por WhatsApp, a gente entrava em contato para saber como ele está e caso fosse preciso mandava a receita pelo WhatsApp o que o médico prescrevia. (Botão de ouro)

Segundo alguns autores (DAUMAS *et. al*, 2021; RIOS & FIDALGO, 2021), através do teleatendimento é possível atender as demandas por medicamentos de uso contínuo, através da renovação de receitas, e realizar avaliação clínica dos portadores de outros agravos que estejam estáveis. Desta forma, o atendimento presencial seria priorizado para pessoas com queixas agudas de doenças não respiratórias e agudização de doenças crônicas.

5.3 Desafios para o acolhimento na APS durante a pandemia

O acolhimento, se bem executado, pode equilibrar a demanda dos atendimentos entre os profissionais, assim como otimizar o planejamento do cuidado continuado, resolvendo dois grandes desafios da atenção básica que são, melhorar o acesso e a resolutividade, através de um olhar humanizado que aproxime profissionais, usuários e a gestão (CARLOS *et. al*, 2017). E Daumas *et. al* (2021) acrescentam que uma APS bem articulada à rede de atenção com uma atuação comunitária e coordenação do cuidado minimizam os danos causados pela COVID-19 evitando a desassistência às doenças crônicas e agudizações.

Estudo realizado por Passos e Panelli-Martins (2019) apontam que os principais desafios para o acolhimento na APS são o relacionamento entre profissionais e usuários, a sobrecarga dos trabalhadores de saúde e a ausência de um espaço para organizar o trabalho às filas de espera. Essas dificuldades também foram citadas pelas enfermeiras entrevistadas nesta pesquisa traduzidas em três subcategorias, a saber: desafios estruturais e organizacionais; desafios para os profissionais e desafios para os usuários.

5.3.1 Desafios estruturais e organizacionais

A pandemia trouxe inúmeros desafios aos serviços de saúde, sobretudo no início, devido ao desconhecimento dos determinantes da história natural da doença e de suas complicações, o que dificultou o processo de construção de parâmetros clínicos e epidemiológicos que oferecessem subsídios para a organização da assistência (AVELAR, 2021).

Um dos principais desafios para o acolhimento aos usuários citado nas entrevistas diz respeito à inadequação da estrutura física das unidades de saúde, conforme se observa abaixo:

[...] o ambiente, a gente tinha que ter um ambiente arejado, que a gente pudesse também fazer o distanciamento social. (Botão de ouro)

A unidade, em relação à estrutura física, não permitia um fluxo tão diferente, a gente tinha que usar a criatividade nesse sentido, de tentar separar os dias na medida do possível, mas não tinha entrada específica para sintomático respiratório, não tem. A entrada e a saída é uma só. (Boca de leão)

[...] a comunidade é superlotada então a gente não tinha um espaço reservado, que eu acho que a maior dificuldade, para aquelas pessoas que tinham os sintomas respiratórios das que não tinham [...] Então no mesmo espaço que a gente atendia uma gestante, a gente tinha que atender no mesmo momento, alguém que estava com sintomas respiratórios e fazer o teste de COVID. (Begônia)

As falas das participantes ratificam a pesquisa realizada por Oliveira e Constantinidis (2019), com profissionais de saúde ao concluir que ambientes ruins que interferem no acolhimento são uns dos impasses nos cotidianos dos trabalhos, isso porque o espaço físico deficitário é prejudicial a todos que participam dessa relação, pois tanto os profissionais quanto os usuários necessitam de espaços que proporcione saúde, caso contrário às pessoas não se sentirão à vontade na APS.

A inadequação da estrutura física é um obstáculo para realização do acolhimento, uma vez que a ausência de condições essenciais para o recebimento dos usuários é considerada uma violação das suas necessidades individuais (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015 apud PASSOS; PANELLI-MARTINS, 2019).

Nessa visão, Carlos *et. al* (2017) ressaltam que o ideal é um local reservado para a realização do acolhimento, no entanto o que se observa é que muitas unidades de saúde funcionam em casas improvisadas que não apresentam uma estrutura física adequada para receber um serviço de saúde, o que limita a disponibilidade de ambientes para a realização do acolhimento. E com a pandemia,

a inadequação da estrutura física ficou ainda pior, isso porque o momento exigia o distanciamento social entre as pessoas, com distanciamento de 1,5m entre as cadeiras, espaços físicos amplos e arejados que impedissem que as pessoas ficassem aglomeradas e que permitisse a ventilação.

A escassez de insumos e equipamentos para o trabalho foi outro desafio referido pelos entrevistados:

[...] no início, os testes foram insuficientes [...] às vezes o álcool veio bem limitado. (Camélia)

A gente tinha muita escassez de material, por exemplo, álcool a gente só recebia um por semana [...] Não existia uma higienização adequada das unidades, até por falta de EPI dos profissionais da limpeza, assim capote, máscara, luva, isso aí sempre teve abundância, nunca faltou, mas assim eu acho que era mais a questão dos produtos de higienização da unidade [...] Isso também era outro desafio porque vinha um exame para a gente que direcionavam para a gente imprimir, às vezes a impressora não funcionava, não tinha folha suficiente e ligar dos telefones da gente, tem mais essa. O fato de não ter um telefone do serviço, né. (Begônia)

[...] a questão dos testes. A gente não tinha teste. (Antúrio)

Nos relatos foi observado a escassez de vários insumos essenciais para a realização do trabalho, tais como: testes para diagnóstico da doença; equipamentos de proteção individual (EPI's); materiais para limpeza e desinfecção das unidades; equipamentos como um telefone que fosse do serviço, para comunicação e monitoramento dos usuários, e não dos profissionais; etc. E por outro lado, com um número insuficiente de testes, máscaras e outros insumos imprescindíveis, o distanciamento era a opção mais viável para conter a transmissão da doença (AVELAR *et. al*, 2021), especialmente, no início quando as pessoas ainda não haviam sido vacinadas.

Outro desafio citado nas entrevistas diz respeito à fragilidade nos encaminhamentos devido às barreiras geográficas e econômicas, isso porque o usuário por diversas vezes precisava fazer um exame em outro serviço que ficava distante de sua moradia e o mesmo não conseguia ter acesso ao exame não só devido à distância, mas também pela ausência de condições financeiras para pagar um transporte até o local.

Quando a gente encaminhava para fazer um swab, aqui, a unidade fica distante do hospital e eles não tinham dinheiro pra ir fazer o exame. Outra dificuldade é a distância da unidade e a questão econômica dos pacientes daqui eles não tinham o dinheiro para ir fazer o swab. (Antúrio)

[...] às vezes a gente atendia um paciente que precisava ser internado porque ele estava complicando e, às vezes, ele tinha dificuldade de obter um transporte para ir para o hospital. (Azaléia)

A opinião das entrevistadas acerca dos principais desafios estruturais e organizacionais ratificam a opinião de Daumas *et. al* (2021) ao afirmarem que para implementar as mudanças necessárias ao funcionamento da atenção primária nesse período pandêmico, investimentos em estruturas como tendas, veículos, telefones celulares e internet de boa qualidade, assim como acesso livre para todos os usuários são essenciais.

5.3.2 Desafios para os profissionais

A demanda excessiva de trabalho, o comprometimento da saúde mental e a pouca apropriação dos profissionais acerca do protocolo para organização do processo de trabalho foram os principais desafios encontrados pelos profissionais para o acolhimento durante esse período pandêmico.

A demanda excessiva de trabalho é evidenciada na fala de algumas participantes:

[...] a demanda era muito grande. Era, assim, vinha 15, 20 pacientes, num turno só e quase todos com característica de COVID. Então era dividido para mim e para a médica, era muita gente, a gente não tinha tempo, praticamente de ir ao banheiro, de tomar água, de nada, não tinha quase hora de almoço e a gente estava ficando muito estressado, porque eu nunca vi uma doença que a gente não sabia realmente como agir, mesmo tendo algumas orientações do ministério, mas ninguém sabia de nada. (Camélia)

[...] era muita gente, foi um período muito difícil da gente enfrentar, porque a demanda foi muito alta logo no início e era uma doença desconhecida. (Botão de ouro)

A carga com o enfermeiro que além de dar resolutividade com as suas demandas que não deixaram de existir, ele tinha que fazer ainda mais essa demanda com relação ao COVID, tinha que dar conta desses pacientes, do resultado dos exames, os pacientes positivos os pacientes negativo, encaminhar e mostrar ao agente comunitário, ficar monitorando esse caso. (Calêndula)

Carlos *et. al* (2021) relatam que um dos maiores desafios para a realização do acolhimento na APS é conseguir trabalhar com a exacerbação da demanda diária de uma UBS, por isso é fundamental que exista um equilíbrio entre a oferta e a

demanda de serviços. No entanto, conforme Avelar *et. al* (2021) a sobrecarga do sistema de saúde durante a pandemia não se deu apenas por conta dos aspectos relacionados a assistência à COVID-19, mas também às necessidades de saúde que já existiam antes da pandemia, cujas estratégias de cuidado foram adiadas em razão das ações para controle da transmissão da doença. E Passos e Panelli-Martins (2019) também defendem que a ineficácia no acolhimento está relacionada à demanda excessiva de trabalho dos profissionais o que dificulta a realização de um acolhimento de modo satisfatório devido ao cansaço físico e emocional dos mesmos.

Outro importante desafio para os profissionais foi o comprometimento da sua saúde mental durante esse período pandêmico, o que é mostrado nos relatos:

[...] além do estresse, do medo, da angústia que a gente sofreu, o medo de perder um ente querido, a gente ficou muito abalado [...] era um clima muito tenso, era um misto assim de medo, de angústia, a gente estava sensibilizado com a perda do outro, foi um momento assim, eu não sei nem dizer o sentimento, mas era um sentimento de insegurança que a gente vivia né, e ao mesmo tempo era muito cansativo. (Crisântemo)

[...] o medo assolava a todos né, era muito desconhecido no início. (Hortênsia)

[...] tudo isso mexeu muito com a mente, com o psicológico da gente sabe, foi muito estressante, muito estressante mesmo, muito cansativo. Eu pensei que fosse cair, muitas vezes eu procurei tomar medicação e eu passei a usar mais medicações para me ajudar porque eu não conseguia e eu não estava conseguindo e até hoje eu ainda tenho sequelas. (Botão de ouro)

Os relatos acima corroboram com a concepção de Dantas (2021) ao pontuar que a pandemia afetou negativamente a Saúde Mental dos profissionais de saúde, isso porque vivenciavam, cotidianamente, o desgaste emocional por terem de lidar com fatores estressores no ambiente de trabalho como, por exemplo, o medo de se contaminarem e contaminarem os outros, a carência de equipamentos de proteção individual e a sobrecarga de trabalho. Diante dessa situação os profissionais da saúde atuantes na linha de frente tornaram-se um grupo de risco, o que pode causar sentimentos como ansiedade, estresse e até apresentar sinais de depressão (NAZAR *et al.*, 2022). Alguns países disponibilizaram teleconsultas com médicos e psicólogos para os profissionais que estavam no enfrentamento da doença, buscando garantir a saúde física e mental dos trabalhadores (Lopes *et al.*, 2021).

Por essa razão é imprescindível à organização de políticas públicas para lidar com as sequelas em saúde mental decorrentes da pandemia, assim como já é feito para as sequelas pulmonares causadas pelo novo coronavírus (Anido *et al.*, 2022). Uma vez que os Relatórios da Organização Pan-Americana da Saúde de epidemias passadas estimam que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, a depender da magnitude do evento e do grau de vulnerabilidade da pessoa no momento (ANIDO *et al.*, 2022 *apud* OPAS, 2006).

A pouca apropriação dos profissionais do protocolo para organização do processo de trabalho também foi relatado como um dos desafios encontrados pelos profissionais, como se observa a seguir:

[...] a questão de não ter um protocolo no início de tratamento. (Antúrio)

[...] a falta de esclarecimento, tanto da comunidade como da própria gestão e até da gente, porque a todo o momento se mudaram os protocolos. (Begônia)

E se eles de vez em quando fizessem orientação entre os profissionais, qualificar a gente porque só teve no início quando poderia surgir. Então, pega a doença toda e na maioria das vezes a gente não teve orientação nenhuma, dizia só é isso que vocês têm que fazer. Então, eu sei que foi de última hora, que a gente tinha que atender o mais breve possível, mas tinha momento que a gente tinha que avaliar o que estava sendo feito. (Camélia)

Foi um pouquinho conturbado, realmente, pela falta de espaço e de apoio que a gente não teve [...] a falta até de sensibilidade dos próprios profissionais da atenção básica. (Cravo)

As falas mostraram a dificuldade para o enfrentamento da doença devido à ausência de atividades de educação permanente em saúde que pudessem esclarecer as dúvidas que surgiam durante esse período crítico, assim como planejar as ações e avaliar o que vinha sendo realizado.

É importante implementar intervenções efetivas para a APS, ampliando a educação permanente dos profissionais da ESF, tendo em vista a tensão que vivenciam durante a pandemia e as necessidades de prosseguimento de suas atividades no território em que atuam (FACCHINI, 2020; SILVA, Wagner R. S. *et al.*, 2021).

Para Daumas *et. al* (2021), além do fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual, à atualização das práticas de prevenção e controle da doença com treinamentos periódicos, dão suporte à manutenção segura das ações assistenciais tanto na UBS quanto nos domicílios.

Outrossim, os próprios profissionais reivindicam que também necessitam ser acolhidos em seu ambiente de trabalho, com capacitações, espaços adequados e com boa mobília, incentivo financeiro, autonomia, usuários respeitosos, dentre outros (CARLOS *et al*, 2017).

É de responsabilidade da gestão de saúde promover estímulos acerca de abordagens teóricas e práticas sobre o acolhimento aos profissionais, isso lhes dá mais segurança no que faz e, fazendo corretamente gera satisfações e valorização entre os sujeitos. (FEITOSA *et al.*, 2021)

5.3.3 Desafios relacionados aos usuários

Nas entrevistas foi observado alguns desafios para o acolhimento durante a pandemia relacionados à comunidade. Uma das dificuldades inerentes aos usuários foi à incompreensão quanto ao modo de trabalho das equipes, conforme expresso:

A maior dificuldade era essa compreensão por parte da comunidade em aceitar que não necessariamente naquele momento, naquele horário que ele estava marcado ele ia ser atendido porque a gente tinha outra demanda para poder atender. (Crisântemo)

[...] sensibilizá-los para procurar assistência médica somente quando fosse necessário. (Amarílis)

[...] é a falta de compreensão das pessoas porque se a gente faz uma classificação de risco e vê que o paciente não tem urgência para ser atendido, então a gente pode agendar ele para outro horário para outro dia né, mas infelizmente as pessoas não querem entender isso querem ser atendidas e pronto. (Amor-perfeito)

Em relação a isso, Feitosa *et al.* (2021) afirmam que a falta de conhecimento sobre o acolhimento, tanto dos usuários quanto dos próprios profissionais, prejudica a assistência ofertada e o usuário sai do serviço sem a resolução do seu problema.

Outro desafio relacionado aos usuários que dificulta o acolhimento diz respeito à visão medicalizante e centrada no modelo biomédico que muitos possuem o que agrava ainda mais a situação. Observe:

[...] o maior desafio ainda é esse, a orientação para todo mundo tirar isso de centralizar no saber do médico e achar que só é o médico quem resolve e que vai fazer sozinho. (Begônia)

De acordo com Feitosa *et al.* (2021), para ser acolhido o atendimento não precisa decorrer de consultas médicas, mas do diálogo ou escuta que pode muitas vezes resolver o problema do usuário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber ao final do estudo o papel fundamental da APS no enfrentamento da pandemia, mesmo não tendo sido reconhecida como tal. Por ser um espaço privilegiado, devido à aproximação do território onde as pessoas vivem, foi possível aumentar a resolutividade e através da orientação familiar e comunitária, que é um dos atributos da APS, contribuir para a diminuição da disseminação da doença.

Apesar do acolhimento ser entendido pela maioria das entrevistadas como uma estratégia que facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde, a partir da organização do processo de trabalho, que por meio da escuta qualificada, permite identificar as prioridades no atendimento e a resolução dos problemas dos usuários, uma pequena parcela ainda apresenta uma visão errônea sobre o assunto. Ainda há profissionais que possuem uma visão equivocada de que o acolhimento necessita ser realizado por profissionais específicos dentro do serviço.

Destaca-se o protagonismo da enfermagem, em relação às outras profissões de saúde, no acolhimento aos usuários na APS no município de Cabedelo. Outrossim, algumas entrevistadas restringem a concepção de acolhimento às práticas de classificação de risco, sem levar em consideração a realização da escuta, primordial para criação de vínculo e a resolução dos casos. Essa é uma realidade que necessita de mudanças.

Não basta conhecer o significado do acolhimento, é preciso legitimá-lo na organização do trabalho das equipes. Ele deve ser implementado de forma correta para que haja um equilíbrio entre a oferta dos serviços e a demanda dos usuários, com a participação de toda a equipe no cuidado, sem que haja sobrecarga de uns profissionais em detrimento de outros. Igualmente, o acolhimento do modo como é proposto na PNH tem por objetivo substituir a concepção medicalizante da assistência e o modelo biomédico por modelos alternativos focados na saúde dos indivíduos e não na doença.

O estudo apontou que as equipes da APS tiveram que enfrentar inúmeros desafios durante a pandemia, tanto de ordem estrutural e organizacional, quanto relacionados aos profissionais e usuários.

Muitas unidades não apresentavam estrutura física adequada para os atendimentos, algumas entrevistadas relataram escassez de insumos e equipamentos para a realização do trabalho, assim como dificuldades nos encaminhamentos dos usuários para outros serviços, devido às barreiras geográficas e econômicas. Os desafios relacionados aos profissionais encontrados no estudo foram à sobrecarga de trabalho, o comprometimento da saúde mental dos profissionais e a pouca apropriação dos protocolos, especialmente pela falta de atividades de educação permanente, de apoio e de orientação às equipes da APS. Relacionados aos usuários, os principais desafios foram à incompreensão quanto ao modo de trabalho das equipes e a visão centrada no modelo biomédico.

Diante de tantas dificuldades, várias modificações foram realizadas para permitir o acolhimento dos usuários, e algumas tecnologias foram adotadas para a implantação da gestão do cuidado, desde tecnologias leves, a exemplo da orientação e da educação em saúde, até as tecnologias duras, através do teleatendimento. Cada serviço implantou mudanças de acordo com a sua realidade local, especialmente no início quando a doença ainda era pouco conhecida.

Dentre as principais estratégias adotadas nesse período, destacam-se: o atendimento dos infectados em horários distintos; a adequação da estrutura física para permitir o distanciamento social; a disponibilização de EPI's, insumos e materiais como álcool a 70% e máscaras; a elaboração de formulários para direcionar o atendimento dos usuários na chegada ao serviço; a oferta de ações, a exemplo da testagem da população para a doença; a educação em saúde e a orientação realizada pelos profissionais para esclarecimentos sobre a infecção e para combater as *fake news*; a utilização das TIC's, especialmente para teleatendimento não só dos pacientes com COVID, como também daqueles que não podiam comparecer a unidade para evitar a exposição; etc

É importante destacar que o empenho dos profissionais foi significativo para a realização das adequações nos serviços durante esse período. Um exemplo foi à utilização dos seus telefones particulares para realização de teleconsulta, para monitoramento dos infectados e também para a educação em saúde. Ademais, é

importante salientar que mesmo após o período crítico da pandemia, as equipes permaneceram utilizando essas tecnologias, especialmente os aplicativos de mensagens para troca de informações com os usuários.

É importante mencionar que uma das limitações do estudo se refere ao fato de apenas os enfermeiros, dentre todos os profissionais da APS, terem participado da pesquisa. Portanto, sugere-se a realização de pesquisas futuras com outras categorias profissionais para analisar a realidade do acolhimento nos serviços da Atenção Primária à Saúde, particularmente no contexto estudado.

Por último, recomenda-se investimentos estruturantes, como uma rede de telefonia e internet de boa qualidade para o uso de tecnologias digitais, de insumos e equipamentos para o trabalho, transporte, estrutura física adequada das unidades de saúde da família; além de investimentos em atividades de educação permanente com os profissionais, inclusive relacionados à temática do acolhimento com vistas a uma maior resolutividade dos problemas dos usuários e qualidade nos atendimentos da atenção básica; elaboração de políticas públicas para lidar com as sequelas físicas e de saúde mental da COVID.

REFERÊNCIAS

ANIDO, I. G.; BATISTA, K. B. C.; VIEIRA, J. R. G. Relatos da linha de frente: os impactos da pandemia da Covid-19 sobre profissionais e estudantes da Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2021, v. 25, suppl 1 [Acessado 21 Novembro 2022], e210007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210007>>. Epub 17 Dez 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.210007>.

AVELAR, Fernando Genovez de et al. Complications of Covid-19: developments for the Unified Health System. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 31, n. 01 [Acessado 22 Outubro 2022], e310133. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310133>>. Epub 15 Nov 2021. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310133>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, M. M. A.; COLARES MENDES, M. de L.; ARCANJO FROTA, L. M.; DE SOUSA ALMEIDA, J. R. ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS. **SANARE - Revista de Políticas Públicas, [S. l.]**, v. 17, n. 2, 2018. DOI: 10.36925/sanare.v17i2.1269. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1269>. Acesso em: 26 fev. 2023.

BRASIL. Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, número 182, Brasília, DF, 20 set.1990.Disponível em [L8080 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br). Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Caderno de Atenção Básica n.28. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun., 2000.

BELFORT, I. K. P.; COSTA, V. C.; MONTEIRO, S. C. M. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 03–08, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i1.139. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/139>. Acesso em: 4 out. 2021.

CABRAL, E.R.M. et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAm J Med Health**, 2020. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>

CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.30-37, Ago. 2000.

CARLOS, I. L. et al. Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev Med Minas Gerais**, Natal, n. 27, e-1916, Jan. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170095>. Disponível em <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2343>> Acesso em 27 de novembro de 2022

COSTA, A.B. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 35, p. 103-115, Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113>.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2021, v. 25, suppl 1 [Acessado 21 Novembro 2022], e200203. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200203>>. Epub 08 Jan 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>.

DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2020, v. 36, n. 6 [Acessado 23 Outubro 2022], e00104120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>>. Epub 26 Jun 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.

ESTEVEES, Larissa et al. Telessaúde em tempos de COVID-19: acolhimento, organização em rede e integração ensino-serviço. **Enferm. foco**, Brasília, v.11, n.2, p.172-178, Dez. 2020.

FACCHINI, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia?. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 3–10, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.73. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/73>. Acesso em: 27 nov. 2022.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010

FEITOSA, M. V. N. *et al.* Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e5308, 21 mar. 2021.

FORTUNA, C.M. et al. Embracement as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.51 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016003303258>

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, jun. 2004.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.345-353, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e42010817359-e42010817359, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17359. Disponível em <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17359>>.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020, v. 25, n. 4, pp. 1475-1482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>>. Acesso em: 10 de outubro de 2021.

GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v.37, n.2, Jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>.

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

LOPES, W.; ICHIOKA, L.; AMARAL, V.; MORCELI, G.; CARVALHO, M. Busca por modelos de organização do trabalho nos atendimentos primários de saúde do Brasil e de países internacionais no enfrentamento da Covid-19. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 2, p. 134-145, 9 abr. 2021.

MEDEIROS, J. F. D. **A humanização como política pública no Sistema único de Saúde: humanizaSUS na atenção básica de Campinas-SP**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em: http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332066/1/Medeiros_JessicaFariasDantas_M.pdf. Acesso em: 02 OUTUBRO 2021.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo. Editora Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 16.ed. Petrópolis-RJ, Vozes. 2000.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. 116, pp. 11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601> . Acesso em: 3 de outubro de 2021.

NAVARRETE, Maria Luísa Vásquez *et al.* **Introdução a técnicas qualitativas aplicada em saúde**. Recife, IMIP, 2009.

NAZAR, T. C. G.; JACONDINO, E. V.; RAMOS, G. G.; SILVA, A. I. P. da; SILVA, G. B. Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental de profissionais da saúde frente à pandemia do Covid-19. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 26, n. 1, p, 47-55, jan./abr. 2022.

NUNCIARONI, A.T et. al. New Coronavirus: (Re)thinking the care process in Primary Health and Nursing. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v.73, n.2, Sep. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev de APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, Out-Dez. 2008. Disponível em <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14297/7735>>

OLIVEIRA, M. C. M.; CONSTANTINIDIS, T. C. Práticas de Acolhimento na perspectiva de profissionais de Atenção Básica em Saúde. **Rev. Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro, v.3, n.4, p. 494-507, 2019.

PASSOS, C.; PANELLI-MARTINS, B. Desafios à prática do Acolhimento na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**. v. .3, n.2., p 56-70, 2019

PINTO, Luiz Felipe; SILVA, Vinicius Siqueira Tavares Meira. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 26, n.2, p. 651-656, fev. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.42552020>. Acesso em 30 de setembro de 2021.

RIOS, D.R.S.; FIDALGO, C.L. Teleatendimento em tempos de Covid-19: uma estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários atendidos na Atenção Primária à Saúde, no município de Salvador-BA. **Revista de APS**, v.24, n.3, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.32613>>.

ROSSATO, Karine et al. Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde de família: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v.8, n.1, p.144-156, Jan-Mar. 2018. DOI:10.5902/2179769226655

SILVA, Wagner R. S. *et al.* A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e00330161, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00330

SILVA, T.F.; DAVID, H.M.S.L.; ROMANO, V.F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.15, n. 42, Jan-Dez. 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2326](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2326)

SILVA, Rodolfo Souza da et al. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 26, n. 6 [Acessado 22 Outubro 2022] , pp. 2149-2157. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>>. Epub 30 Jun 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>.

SILVA, T.F. et al. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.4, p.249-260, Dez. 2018. DOI:10.1590/0103-11042018S420

SILVA, A. P. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00095616, 2016. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095616> . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08- e00095616.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2021.

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

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. ISBN: 85-87 853-72-4

TAKEMOTO, M.L.S; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, Fev. 2007

TOBASE, L. et.al. Empathic listening: welcoming strategy for nursing Professional in coping with the coronavirus pandemic. **Rev Bras Enferm.**, São Paulo, v.74, n.1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0721>

WORLD HEALTH ORGANIZACION (WHO). **Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance**. 19 March 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**ROTEIRO DE ENTREVISTA****CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Idade: _____

Sexo: F() M()

Tempo de Formação: _____

Maior Titulação: _____

Tempo de atuação na ESF do município de Cabedelo: _____

QUESTÕES

1. Poderia me contar como tem ocorrido o acolhimento à população no cotidiano da Unidade Básica de Saúde que você trabalha no contexto da pandemia?
2. Poderia me falar sobre os desafios encontrados para o acolhimento aos usuários durante a pandemia e como vocês vem enfrentando esses desafios?
3. Quais as estratégias adotadas?
4. Poderia me falar qual o seu entendimento a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?
5. Você teria algo mais a comentar?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado(a) PARTICIPANTE DE PESQUISA,

A pesquisadora Juliana Barros de Farias Vilar convida você a participar da pesquisa intitulada **“Acolhimento na Atenção Básica no contexto da pandemia”**, sob a orientação da Profa. Dr^a Ardigleusa Alves Coelho. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação;

O objetivo do estudo é analisar o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia e mais especificamente mapear os profissionais envolvidos no Acolhimento aos usuários durante a pandemia na ESF; descrever as concepções dos enfermeiros acerca do Acolhimento com Classificação de Risco; Identificar as práticas de acolhimento desenvolvidas pelos enfermeiros no cotidiano das Unidades de Saúde da Família; identificar os avanços e desafios para a efetividade do Acolhimento aos usuários em tempos de pandemia.

Os riscos inerentes a pesquisa são mínimos e poderá acarretar ao participante invasão de privacidade e ainda constrangimento ao responder a entrevista. Contudo, para minimizar os riscos, será assegurado imparcialidade durante a realização da entrevista bem como local confortável e restrito, de forma que o participante possa emitir o seu depoimento sem interferências, temores e/ou constrangimentos.

Como benefícios a realização do estudo poderá contribuir para produção do conhecimento sobre o acolhimento, principalmente durante a pandemia da Covid-19 e na oferta de subsídios à gestão municipal para o planejamento e implementação de ações com foco na melhoria da qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde no contexto estudado.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. você poderá obter maiores informações entrando em contato com a pesquisadora Juliana Barros de Farias Vilar, Endereço Rua Julieta Marinho Marsicano, 109, João Pessoa, telefone: (83) 98710-4830. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no Centro de Ciências da Saúde (1º andar) da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 – João Pessoa-PB Telefone: +55 (83) 3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br Horário de Funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h. Homepage: <http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb>.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, VOCÊ, de forma voluntária, na qualidade de PARTICIPANTE da pesquisa, expressa o seu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinada pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.

Assinatura, por extenso, do Participante da Pesquisa

Assinatura, por extenso, do(a) Pesquisador(a) Responsável pela pesquisa

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,..... depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Acolhimento na Atenção Básica no contexto da pandemia** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR, aluna do Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Professora Ardicleusa Alves Coêlho, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Cabedelo- PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Pesquisador: JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53495221.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.156.598

Apresentação do Projeto:

Projeto do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/Mestrado Profissional em Saúde da Família/CCS/UFPB. TIPO DE ESTUDO: Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, a qual irá viabilizar a análise da realização do

Acolhimento com Classificação de Risco no município de Cabedelo-PB. GENÁRIO DO ESTUDO: A pesquisa será desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Cabedelo-PB. A ESF da cidade conta com 21 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo uma delas integrada por 2 equipes, totalizando, assim, 22 equipes de Saúde da Família e 22 equipes de Saúde Bucal. Todas essas unidades, dentro do modelo assistencial vigente na cidade, são porta de entrada dos usuários no Sistema Municipal de Saúde.

Este estudo envolverá os profissionais de saúde que compõem a equipe mínima da ESF.

Assim, será selecionada uma amostra por conveniência ou pragmática (NAVARRETE et. al., 2009) entre os participantes que atenderem aos critérios de inclusão, até a saturação dos dados. Serão escolhidos para participarem da pesquisa, 22 enfermeiros(as) que atuam na Atenção Básica do município, visto que há no município 22 equipes de saúde da família. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO: Os critérios para inclusão na pesquisa serão: ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do município de Cabedelo há pelo menos 6 meses e estar inserido em uma equipe completa, com todos os profissionais que compõem a equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde). Estarão excluídos aqueles que estiverem de

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.156.598

licença médica, férias ou afastados do serviço por algum motivo, durante o período da coleta de dados.

Hipótese:

Por tratar-se de um estudo com abordagem qualitativa, não há necessidade do uso de Hipótese.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica do município de Cabedelo-PB no contexto da pandemia da Covid-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa apresenta riscos mínimos, uma vez que a forma de coleta de dados será realizada mediante entrevista, que poderá acarretar invasão de privacidade e ainda constrangimento ao participante ao respondê-la. Contudo, para minimizar os riscos, será assegurado imparcialidade durante a realização da entrevista bem como local confortável e restrito, de forma que o participante possa emitir o seu depoimento sem interferências, temores e/ou constrangimentos.

Benefícios:

No tocante aos benefícios, a realização do estudo poderá contribuir para produção do conhecimento sobre o acolhimento, principalmente durante a pandemia da Covid-19 e na oferta de subsídios à gestão municipal para o planejamento e implementação de ações com foco na melhoria da qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde no contexto estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De comum acordo com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação de praxe.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim,

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.156.598

informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1853054.pdf	21/11/2021 21:21:06		Aceito
Outros	AnuenciaMunicipio.pdf	21/11/2021 21:17:52	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
Outros	CertidaoDeAprovacao.pdf	21/11/2021 21:15:47	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.pdf	21/11/2021 21:13:10	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/11/2021 21:10:18	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/11/2021 21:08:57	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2021 20:28:37	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	21/11/2021 20:19:53	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/11/2021 20:03:28	JULIANA BARROS DE FARIAS VILAR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 09 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.156.598

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br