



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JARDÊNIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE

A PRÁXIS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA – CEARÁ

2023

JARDÊNIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE

A PRAXÍS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alice Maria Correia Pequeno.

FORTALEZA – CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo SidUECE, mediante os dados fornecidos pelo(a)

Nobre, Jardênia Pinheiro da Silva.

A práxis do acolhimento na estratégia saúde da família
[recurso eletrônico] / Jardênia Pinheiro da Silva Nobre. -
2023.

77 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual
do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de
Pós-graduação Em Saúde da Família - Mestrado Profissional,
Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.^a Dra. Alice Maria Correia Pequeno..

1. Sistema único de saúde. Humanização. Acolhimento.
Estratégia Saúde da família. Educação em Saúde. I. Título.

JARDÊNIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE

A PRÁXIS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 16 de março de 2023.

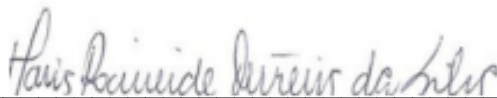
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Alice Maria Correia Pequeno (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Fundação Oswaldo Cruz Ceará – FIOCRUZ CEARÁ



Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Ao meu esposo, companheiro e amigo,
Gildeon, e aos meus filhos, Ana Júlia e
João Gabriel, pelo amor, carinho e
compreensão.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que sempre esteve comigo, por me possibilitar superar todos os obstáculos ao longo de toda a minha trajetória acadêmica. Obrigada, Senhor, por tudo que vivi, ouvi e aprendi e por este presente que agora me oferece!

A toda minha família. À minha mãe e aos meus irmãos Jadson e Rafael (*in memoriam*), pois sei que onde estiverem se orgulham dessa minha conquista. E, em especial, às minhas irmãs, Erica e Nayra, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim.

Aos meus sogros, Lucinaide e Manuel Francisco, e aos meus cunhados, Madson, Geisa e Gilson, por me incentivarem pelo apoio e incentivo nesta caminhada.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, Gildeon, por compreender os momentos de minha ausência, dedicados aos estudos, nesses dois últimos anos.

Aos meus filhos, Ana Júlia e João Gabriel, razão do meu viver, de onde adquiri forças para essa realização, a eles dedico esse trabalho, toda a minha vida e o meu amor.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Alice Maria Correia Pequeno, que me conduziu nessa caminhada e na concretização desse sonho.

Aos professores da banca examinadora, à Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Antero Sousa Machado, à Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva e ao Dr. José Maria Ximenes Guimarães, pelas valiosas contribuições que me estimularam e renovaram minhas forças para concluir essa pesquisa.

Ao Dr. Ricardo Burg Ceccim, pela imensa contribuição para realização desse trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes, coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, à Universidade Estadual do Ceará e a todos os professores e funcionários que a compõem.

Aos meus colegas trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, pelo apoio e torcida e, em especial, às minhas amigas Claudiana e Yandra, que me acolheram em minhas ansiedades e angústias e me ajudaram em momentos cruciais.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo. Meu muito obrigada.

“É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza a prática dos princípios e diretrizes do SUS na Atenção Básica (AB). Este estudo teve como objetivo compreender a práxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família (ESF) baseado na percepção dos trabalhadores e gestores de saúde do Município de Ibicuitinga – CE. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva. Foram contempladas cinco UBSs e incluídos gestores e trabalhadores de saúde da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), totalizando 17 participantes. A coleta de dados obedeceu aos seguintes passos: 1. Entrevista aberta com gestores; 2. Entrevistas grupais, por meio de roda de conversa com trabalhadores (ESF e NASF-AB). Foram realizadas questões relacionadas à práxis cotidiana do acolhimento no contexto da ESF, com referência na PNH, abordando seus desafios na produção do cuidado. Para a análise das informações, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Com base nos resultados obtidos, pode-se inferir que tanto os gestores quanto os trabalhadores possuem a percepção de “acolhimento” como uma prática e não como uma diretriz, além do desconhecimento da PNH. Também, os entrevistados identificaram as possíveis lacunas dos processos de trabalho para a execução de um atendimento integral e humanizado. No decorrer dos questionamentos, os entrevistados relataram a necessidade da implementação da PNH a nível municipal para reorganização do fluxo de trabalho, bem como o investimento em aperfeiçoamento dos profissionais de saúde através da Educação Permanente em Saúde (EPS). A compreensão da práxis do acolhimento identificada neste estudo parece ser incipiente decorrente do desconhecimento da PNH advindo da falta de investimento em EPS para o aprimoramento deste dispositivo, além da alta rotatividade de profissionais nas UBSs refletindo na organização dos processos de trabalho. Pode-se inferir que, para a prática do acolhimento como diretriz da PNH, necessita ser de fato implementada e transversalizada em toda a Rede de atenção à Saúde (RAS), com foco inicial nas ESF, que é a porta de entrada do usuário aos serviços.

Palavras-chave: Sistema único de saúde. Humanização. Acolhimento. Estratégia Saúde da família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH) advocates the practice of SUS principles and guidelines in primary care (AB). The study aimed to understand the praxis of welcoming in the Family Health Strategy (ESF) from the perception of workers and health managers in the Municipality of Ibicuitinga - CE. This is a qualitative and descriptive study. Five UBSs were contemplated, including managers and health workers from the Family Health Strategy (ESF) and the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB), totaling seventeen participants. Data collection obeyed the following steps: 1. Open interview with managers; 2. Group interviews, through a conversation with workers (ESF and NASF-AB). Questions related to the daily practice of welcoming in the context of the ESF were asked, with reference to the PNH, addressing its challenges in the production of care. For the analysis of the information, the Collective Subject Discourse (DSC) methodology was used. From the results obtained, it can be inferred that both managers and workers have the perception of “reception” as a practice and not as a guideline, in addition to the lack of knowledge of the PNH. Also, the interviewees identified the possible gaps in the work processes for the execution of a comprehensive and humanized service. During the questioning, the interviewees reported the need to implement the PNH at the municipal level to reorganize the workflow, as well as the investment in improving health professionals through Permanent Health Education (EPS). The understanding of the welcoming praxis identified in the present study seems to be incipient due to the lack of knowledge of the PNH arising from the lack of investment in EPS to improve this device, in addition to the high turnover of professionals in the UBSs, reflecting on the organization of work processes. It can be inferred that, for the practice of welcoming as a guideline of the PNH, it needs to be in fact implemented and transversalized throughout the Health Care Network (RAS), with an initial focus on the ESF, which is the user's gateway to the services.

Keywords: Unified health system. Humanization of assistance. User embracement. Nacional health strategies. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF	Distrito Federal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECHs	Expressões-chave
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FCRS	Faculdade Católica Rainha do Sertão
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
ICs	Ideias Centrais
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
MAs	Metodologias Ativas
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RIS	Residência Integrada em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICATÓLICA	Centro Universitário Católica de Quixadá

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo.....	13
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	Concepções acerca da Atenção Básica (AB).....	15
3.2	Política Nacional de Humanização (PNH).....	20
3.3	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).....	24
3.4	Acolhimento, humanização e processo de trabalho no SUS.....	26
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Tipo de estudo.....	31
4.2	Cenário do estudo.....	31
4.3	Participantes do estudo.....	33
4.4	Coleta de dados.....	34
4.4.1	Instrumento de coleta de dados.....	34
4.4.2	Entrevista – Gestores.....	36
4.4.3	Entrevistas grupais – Trabalhadores.....	36
4.4.3.1	<i>Roda de conversa</i>.....	36
4.4.3.2	<i>Primeiro encontro</i>.....	38
4.4.3.3	<i>Segundo encontro</i>.....	38
4.5	Análise dos dados.....	39
4.6	Aspectos éticos.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	41
5.2	Percepção acerca da PNH e o processo de acolhimento.....	43
5.3	Atividades desenvolvidas referentes ao acolhimento.....	45
5.4	Possibilidades, desafios e o desenvolvimento de estratégias para a prática do acolhimento.....	47

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES.....	62
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES.....	65
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA SAÚDE.....	68
	APÊNDICE D – ROTEIRO PARA RODAS DE CONVERSAS COM TRABALHADORES.....	69
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	70
	ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO.....	75

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, visa efetivar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde e incentivando trocas solidárias entre usuários, gestores e trabalhadores (BRASIL, 2004). No período histórico em que essa política foi apresentada, abordou-se uma ideia de um SUS, com o objetivo de ampliar o acesso da população e de se configurar uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Considerando o cenário atual de alterações restritivas econômicas fundadas na redução de gastos públicos, as políticas sociais estão demarcadas por retrocessos e limitações de desenvolvimento (MENEZES *et al.*, 2020). Nesse contexto, foram observadas mudanças na condução da PNH, que por sua vez, reverberaram no entendimento de que esta política não se encontra em vigência no período de desenvolvimento desta pesquisa. Entretanto, passa a ser reconhecida como umas das políticas transversais incorporada a outras políticas que surgiram posteriormente (PAVAN, 2015; TEIXEIRA, 2015; MENEZES *et al.*, 2020).

O acolhimento se configura como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho, apresentando-se como uma diretriz e dispositivo de abrangência ética, estética e política, contribuindo para a qualificação do SUS (BRASIL, 2010; BARROS *et al.*, 2018). Apesar dos avanços obtidos com a PNH, estudos evidenciaram limitações para a consolidação do acolhimento, bem como a falta de sua compreensão exata e sua diversidade de execução (DE PAULA *et al.*, 2018; AGUIAR *et al.*, 2018).

Estruturado na humanização das correlações entre profissionais e usuários da saúde, o acolhimento visa modificar o método de organização e funcionamento dos serviços de saúde desde os três princípios basilares: atender a todos que buscarem os serviços de saúde, garantindo a universalidade; aperfeiçoar o processo de trabalho, voltado para um atendimento multiprofissional; e qualificar a relação profissional/usuário a partir de diretrizes da PNH (SILVA *et al.*, 2018). Diante disso, deve-se compreender que com a implementação do acolhimento, a porta de entrada da Unidade Básica de Saúde (UBS) é otimizada, facilitando o acesso e orientando o fluxo do usuário dentro do serviço, com resolução efetiva para suas demandas (BRASIL, 2010).

Sob a necessidade de aperfeiçoamento dos trabalhadores de saúde de modo permanente, foi instituída em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que se configura como um marco para a formação e trabalho da saúde no País, onde os aspectos políticos e pedagógicos tomam como objeto os problemas e as necessidades advindas do processo de trabalho, se baseando na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Com a mesma finalidade de promover transformações nas práticas do trabalho, a PNH e a PNEPS protagonizam o aprimoramento de gestores e trabalhadores para atender melhor ao usuário. Com efeito, entende-se que essas políticas se complementam e dispõem de ferramentas e dispositivos voltados para a operacionalização das práticas humanizadas do processo de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A transformação das práticas profissionais e organização dos processos de trabalho precisam ser norteadas com a problematização do fluxo desses processos, de forma a abranger as reais necessidades de saúde da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nesse contexto, faz-se necessária a ampliação de espaços para discussões e reflexões acerca das diretrizes da PNH, com objetivo do desenvolvimento de iniciativas para a implementação sólida das práticas acolhedoras nos serviços de saúde, seja a nível Estadual ou a Municipal, concretizando-se assim, os princípios basilares preconizados por essa política (BRASIL, 2018).

É fundamental a produção de estudos que identifiquem, analisem e propiciem maneiras de compreender e trabalhar com profundidade e diversidade das práticas em políticas públicas como a PNH. Ao viabilizar a articulação entre teoria e prática, proporciona-se a reflexão para transformação da realidade, estimulando um esforço permanente de percepção crítica sobre o mundo, com intento de solucionar de modo adequado os problemas, o recriar constante e jamais estático da educação problematizadora (SILVA *et al.*, 2018). Com efeito, considera-se que o homem pode olhar para a realidade que ele mesmo produz, de maneira crítico-reflexiva, e transformá-la. Assim, esse movimento de ação-reflexão é o que se denomina práxis (FREIRE, 1980).

Os benefícios desta pesquisa consistem na contribuição para a compreensão dos desafios na concretização da PNH, em específico, a diretriz do acolhimento, na busca da universalidade, equidade e integralidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde, considerando as percepções de gestores e trabalhadores, baseado em suas práxis, no âmbito da ESF, no Município de Ibicuitinga-CE. Ademais, este estudo analisou as experiências inerentes ao processo de EPS para o trabalho cotidiano das equipes da ESF do referido Município, centralizando discussões acerca do aprimoramento do cuidado em saúde guiado pelos princípios, saberes e práticas preconizados pela PNH, além da promoção de reflexões dialógicas com vistas à democracia e ao bem-estar social.

1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo

A aproximação inicial com o objeto de estudo se iniciou durante a formação acadêmica da pesquisadora, com a disciplina de Saúde Pública, logo nos primeiros semestres, quando cursava em 2007 o Curso de Fisioterapia pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), agora Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Assim, o primeiro contato foi com o referencial teórico, por meio das políticas e, em seguida, com a prática, por meio dos estágios supervisionados, ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e mais posteriormente, nas demais instituições das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No primeiro momento, o contato com as políticas, enquanto se limitava às teorias não me despertavam muitos questionamentos, porém ao correlacionar com as práticas nos serviços de saúde, fui me aproximando cada dia mais dessa temática e me identificando ao ponto de escolhê-la para meu trabalho de conclusão de curso, assunto que se distanciava de área específica de minha categoria profissional, e aproximava-se a temática de cunho político e social, abordando a violência e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Ainda em 2011, ano que concluí o Curso de Graduação em Fisioterapia, ao procurar inserção no mercado de trabalho, tive a oportunidade de contratação e atuação no serviço do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Município de Ibicuitinga – CE, oportunidade que me aproximava ainda mais das políticas públicas. O CRAS se configura como a principal porta de entrada do

Sistema Único de Assistência Social (SUAS), possibilitando o “acesso” de grande parte das famílias à rede de proteção social de assistência social, atuando nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e Distrito Federal (DF) (BRASIL 2009).

No início de 2012, em Ibicuitinga – CE, com intuito de ampliar a cobertura assistencial, esse Município aderiu à implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, mudanças importantes foram introduzidas em 2017, com a Portaria nº 2.436, que instituiu a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), apresentando a configuração de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), inserindo outras categorias profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) com objetivo de apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF), quando tive a oportunidade de atuar em prol da saúde, como fisioterapeuta, fazendo parte da primeira equipe de NASF-AB (BRASIL, 2017).

Nesse período, tive maior aproximação com o tema Acolhimento norteadada pela PNH, quando na época, o Município de Ibicuitinga aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), programa este instituído pelo Ministério da Saúde (MS) que visava estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2012). Neste contexto eu, em conjunto com os demais profissionais do NASF-AB, com os trabalhadores e profissionais da ESF realizamos oficinas sobre o acolhimento.

Posteriormente, participei do processo seletivo para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Na perspectiva da atenção em rede, estes programas junto ao Programa de Medicina de Família e Comunidade, constituem a Residência Integrada em Saúde (RIS), cujo objetivo é a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde. Ao ser aprovada na referida seleção, durante os anos 2013 e 2015, fui lotada no Município de Quixadá-CE como campo de atuação, este mencionado curso se realizava pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Ainda sobre o Município de Quixadá, historicamente, este tem implementado experiências bem-sucedidas no campo da saúde, como exemplo, o Programa de Saúde da Família, em 1994, formulando uma proposta inovadora de compor equipes pelos ACS, enfermeiros, médicos se tornando um programa multiprofissional, interdisciplinar, com abrangência intersetorial e estratégia central da APS a nível nacional. Outra experiência a ser citada foi um projeto piloto de um

programa de atenção à saúde mental integrado, de caráter universal e intersetorial, essa experiência resultou na criação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em 2005, o Governo Municipal de Quixadá, com apoio do Ministério da Saúde, teve a iniciativa que culminou na experiência do projeto “Acolher Cidadão: Humanizando o Atendimento à Saúde”, cujo objetivo era qualificar a atenção em saúde ofertada no Município, por meio da capacitação dos recursos humanos das instituições de saúde, tendo por base os princípios e diretrizes da PNH.

Apesar desta importante experiência durante o processo de territorialização, realizado no início da Residência Integrada em Saúde (RIS), em 2013, no Município em questão, a equipe de residentes multiprofissional vivenciou uma experiência de proximidade com a comunidade, quando identificamos várias necessidades e demandas do território que, na maioria dos casos, estava relacionada com as diretrizes da PNH, em específico constatamos que a maior insatisfação no campo da saúde relatada pelos usuários foi a maneira como acontecia o acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), de referência do território observado por meio de entrevistas, rodas de conversas e oficinas temáticas.

Essa questão foi desencadeadora para elaboração do meu trabalho de pesquisa da Residência, que teve por objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores de saúde acerca do acolhimento na UBS do Combate/Carrascal no Município de Quixadá-CE. Essa experiência foi rica porque propiciou a percepção da distância entre as políticas e as práticas de uma rede pública de serviços de saúde, apontou a necessidade de integração entre cuidado e gestão, da inseparabilidade entre as esferas da produção do cuidado em saúde, de espaços para os trabalhadores se formarem e refletirem sobre sua prática, e de investimento na implantação da PNH nos serviços, sobretudo na Atenção Básica (AB). Em 2015, conclui esse curso.

Na condição de trabalhadora da saúde, novamente no Município de Ibicuitinga – CE, atuando no NASF-AB e, posteriormente, ocupando o cargo de coordenadora da equipe em questão, somaram-se os olhares de gestor e servidor que permitiram perceber o cenário repleto de conflitos, contradições, aproximação e distanciamento com realidade vivida no Município anterior (Quixadá), e esta, sinalizou a necessidade enquanto pesquisadora, de investigar e a possibilidade concreta de atuação e se materializou com aprovação no processo seletivo ao Curso

de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) na Universidade Estadual do Ceará, visando contribuir para a melhoria da assistência à saúde no Município de Ibicuitinga/Ceará, articulando o serviço-pesquisa.

Diante do exposto, este presente estudo provém de experiências da pesquisadora vivenciadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) onde se visualiza o acolhimento aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como uma postura ética, acolhedora e resolutiva, que implica em uma escuta qualificada das queixas e demandas dos usuários reconhecendo o seu protagonismo no processo saúde/doença e na responsabilização pelas resoluções, não acontece em conformidade na práxis, como define a PNH. Portanto, cabe-nos questionar: Como o acolhimento aos usuários acontece na práxis das UBS pelos trabalhadores da ESF em Ibicuitinga – CE? Quais atividades os trabalhadores participaram para aprimorar o seu processo de trabalho, em especial voltado para o acolhimento? Como essas atividades contribuíram para o processo de trabalho relacionado ao Acolhimento? Quais os desafios e possibilidades encontrados pelos gestores e trabalhadores da ESF para a concretização do acolhimento à luz da PNH? Quais estratégias de acordo com os apontamentos você vislumbra para aprimoramento do acolhimento?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender a práxis do acolhimento na ESF a partir da percepção dos trabalhadores e gestores de saúde do Município de Ibicuitinga – CE.

2.2 Específicos

- a) Conhecer as experiências vivenciadas para aprimoramento do acolhimento pelos trabalhadores da ESF;
- b) Identificar os desafios e possibilidades encontrados no processo de trabalho relacionado ao acolhimento, com base na percepção dos trabalhadores e gestores de saúde da ESF.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Concepções acerca da Atenção Básica (AB)

A Atenção Básica (AB) é considerada como eixo estruturante do SUS (BRASIL, 2004). Apesar de muitas lutas, ao longo de um processo histórico, foi gradualmente se fortalecendo até se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

A política brasileira de saúde em sua formulação, por meio do Movimento Sanitário Brasileiro adota o termo “atenção básica à saúde” em contraposição ao uso hegemônico a “atenção primária à saúde”, na busca pelo entendimento ideológico de um sistema universal desde a cidadania ampliada, distanciando a visão de “atenção primária seletiva” focalizada difundida no período (FAUSTO *et al.*, 2018). Essa política teve início no campo da esquerda democrática em conjunto com a redemocratização do País durante a ditadura militar, com a finalidade de construir uma AB, resolutive em todo território nacional, e que superasse o modelo médico hegemônico (CECILIO; REIS, 2018).

Conforme a Declaração de Alma Ata, o conceito de atenção básica traz componentes que convergem a pontos estruturantes do SUS, tais como: acesso universal e primeiro contato ao sistema de saúde; indissociabilidade da saúde e do desenvolvimento econômico-social; e participação social. Todavia, no geral, esse não é o modelo de AB adotado na Região de Ibicuitinga – CE. A concepção de atenção primária adotada no Brasil se refere a uma visão “primitiva” baseada no método de “medicina pobre para pobres” e, contrapondo-se a essa visão, foi o SUS quem assumiu a denominação “atenção básica à saúde”. Não distante, a AB pode ser compreendida como “serviços básicos de saúde”, limitando-se aos serviços médicos (FAUSTO *et al.*, 2018).

Sistemas de saúde que sustentam a AB à saúde de qualidade são internacionalmente reconhecidos. Entre os formuladores dessas políticas, há consenso que a AB precisa ser fortalecida. No Brasil, apesar da expressão “Atenção Básica” ter sido oficializada por meio da Política Nacional da atenção Básica (PNAB), observa-se que, atualmente, mesmo em documentos oficiais, são demonstradas incertezas sobre qual a terminologia mais adequada, além de

“Atenção Primária à Saúde – APS” ser corriqueiramente utilizada (DAMASCENO *et al.*, 2017).

Autores, no contexto das abordagens de atenção primária, alertam a visão seletiva desta para alcance de um universalismo básico, reiterando a importância da expansão da atenção básica no SUS. Ainda, há destaque para a divergência entre a formulação da política e sua real implementação em decorrência da heterogeneidade e diversidade dos entes municipais que, por sua vez, adotam um processo centralizador de regras padronizadas (FAUSTO *et al.*, 2018).

Nesta perspectiva, no Brasil, os termos AB e APS são empregados como sinônimos, não sendo percebido o contexto ideológico e conceitual ao qual são inseridos, onde essa variação poderá ser influenciada diretamente por correntes funcionalistas, racionais e progressistas, opondo seus conceitos reais. Diante disso, e considerando o atual cenário político do Brasil, o SUS, principalmente a AB, atravessa uma série de ameaças em decorrência da reformulação de políticas, com reajustes fiscais, congelamento do teto de gastos e o agravamento do subfinanciamento (GIOVANELLA, 2018).

Melo (2019) afirma que a AB é encarregada de coordenar os fluxos entre os serviços de saúde, garantindo a correta utilização das tecnologias e serviços do sistema, assegurando a equidade ao acesso e respondendo às demandas da população. Desse modo, a AB é o primeiro contato e o ponto de cuidado de referência dos usuários com o SUS, garantindo acesso às ações e serviços, abrangência e integralidade individuais e coletivas, longitudinalidade e coordenação do cuidado, Santos (2017), também, define a AB como um nível do SUS que funciona como porta de entrada do sistema e busca responder todas as necessidades e problemas da população, tendo por finalidade garantir atenção integral, coordenar e integrar o fluxo dos usuários entre os vários serviços de saúde e outros setores.

Após a implementação da AB, havia a necessidade de adaptações e inovações que organizassem o sistema. O Ceará, nesse campo político, se destaca com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família (PSF), oficialmente implantado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS). Desde então, os anos 2000 foram marcados por uma acentuada ampliação da proposta em todo território e até mesmo nas grandes cidades. Em 2003, essas políticas passaram a ser designadas e reportadas como única, a Estratégia Saúde

da Família (ESF), formada pelo modelo técnico assistencial, sugerida à AB; a ESF deve atuar de maneira decisiva na reorganização e municipalização do SUS (CECCIM *et al.*, 2021).

A AB tem como objetivo central a integralidade da atenção e do cuidado à família, fortalecendo o estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores de saúde e os usuários, visando a promoção da humanização em saúde (BRASIL, 2017; DOLNY *et al.*, 2020).

Desse modo, a ESF se mostra fundamental para consolidação e expansão da AB em saúde, sendo de extrema importância o seu fortalecimento e sua extensão, reconhecendo que o processo de trabalho das equipes se faz necessário a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), inserindo o acolhimento, uma vez que se caracteriza no reconhecimento do que o outro apresenta como singular dentro de suas necessidades de saúde.

3.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

A humanização em saúde, antes mesmo de ser instituída, discutida e estudada como política pública teve início em 1970, com a reforma sanitária, na qual foram obtidos novos conceitos e marcos de abrangência da saúde pública no Brasil, que incluiu a classe trabalhadora como beneficiária a ser assistida pela saúde pública. Tais mudanças ocorreram de modo intersetorial, incluindo uma nova perspectiva no qual objetivou a melhoria das condições de vida da população (AROUCA, 1998).

Historicamente o conceito de humanização teve sua discussão inicial desde os movimentos sociais como movimento feminista, que tinha como questionamento o processo dos partos e instrumentos técnicos utilizados para realização dos partos e questionamento sobre a não autonomia da mulher sobre seu corpo (LOPES, 2016). Assim como esse, outro movimento significativo para o avanço do debate da humanização foi a reforma psiquiátrica. Gonçalves e Sena (2001) explicam que no Brasil, somente a partir da década de 1970, o movimento da reforma psiquiátrica ganhou força.

Sila Amorim *et al.* (2019) acrescentam que a reforma psiquiátrica ocorreu simultâneo ao movimento sanitário e objetivou mudanças nos modelos de gestão e atenção nas práticas de saúde psiquiátrica com a garantia de equidade nos serviços

ofertados, apresentando uma forma mais humanizada de tratamento à saúde, a superar os paradigmas clássico da psiquiatria: da exclusão, hospitalização e a marginalização das pessoas acometidas por algum transtorno mental.

O debate acerca da humanização da saúde ganhou destaque, no final da década de 1990, o SUS enfrentava desafios em relação à humanização da assistência hospitalar, o que conduziu o Ministério da Saúde a criar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000. Esse programa foi criado em um contexto de contrarreforma ocorrido durante o Governo Fernando Henrique Cardoso, que valorizava a lógica privatista neoliberal em detrimento da política de saúde. Nesta perspectiva, a PNHAH foi desenvolvida para atender às reclamações dos usuários do SUS que relatavam maus-tratos sofridos nos serviços de saúde. Em 2003, houve uma mudança de gestão do Ministério da Saúde, e a PNHAH ganhou uma dimensão de política pública de saúde, tornando-se conhecida como Política Nacional de Humanização (PNH) (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019).

Ainda acerca da discussão de humanização no âmbito da saúde, de acordo com Benevides e Passos (2005, p. 389);

Ainda que timidamente, este tema se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 389).

Diante disso, entende-se que essas mudanças foram resultado do debate sobre a humanização da saúde nesse período.

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu da necessidade de qualificar a saúde e melhorar o trabalho dos administradores e profissionais de saúde, reconhecendo a particularidade e a capacidade formadora de todos os indivíduos envolvidos na assistência (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019). A elaboração da PNH foi motivada pela necessidade de expandir a humanização para além de o ambiente hospitalar, e por isso, foi definido como prioridade a inseri-la na Atenção Primária à Saúde (APS), já que ela é a principal via de acesso ao sistema e concentra as necessidades da população como um todo. Para isso, é crucial o

envolvimento de profissionais como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), gestores e outros na efetivação dessa política (BRASIL, 2010).

A PNH estimula a utilização de tecnologias leves como a autonomia e o empoderamento dos usuários da saúde, o vínculo e escuta qualificada entre pacientes e os trabalhadores de saúde. Tem a finalidade de garantir a humanização em saúde, estando diretamente conectada com a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados, por meio da tecnologia e das boas relações interpessoais, além do avanço das condições de trabalho (SILVA *et al.*, 2018). A PNH ratifica que o modo de organização dos processos de trabalho em saúde pode facilitar o enfrentamento das problemáticas e promover a resolução das mesmas (JUNGES *et al.*, 2012).

A PNH definida como uma estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde como uma política transversal, se configura como proposta ética, uma vez que envolve atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde, que de forma coletivamente atuam como sujeitos comprometidos e corresponsáveis no cuidado de si, do outro e do ambiente, com as orientações clínicas, éticas e políticas, que se exprimem em melhorias das relações e processos de trabalho, mas que ainda é necessário ultrapassar barreiras, como as encontradas nos diferentes campos de saber, a exemplo da equipe multiprofissional da ESF (BRASIL, 2013; VALADÃO *et al.*, 2019).

A política dispõe de diretrizes que a norteiam, são elas: a clínica ampliada; a cogestão; a ambiência; a valorização do trabalho e do trabalhador; e o acolhimento, que, defende os direitos do usuário, com o incentivo do conhecimento destes e a garantia que sejam cumpridos em todas as fases do cuidado (BRASIL, 2010). Pereira *et al.* (2019) apontaram que a humanização se tornou prioridade para a garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados à população, que tem como objetivo promover a humanização do atendimento em saúde e a valorização do usuário como sujeito de direitos e de cuidados.

Para isso, ela estabelece seis diretrizes que orientam as práticas em saúde. A saber: 1) Acolhimento: uma atitude que deve permear todas as práticas em saúde, desde o primeiro contato do usuário com o serviço. Precisa ser efetuado de maneira humanizada e acolhedora, reconhecendo as necessidades e expectativas do usuário e garantindo que ele se sinta respeitado e acolhido, com foco na resolubilidade. 2) Ambiência: refere ao ambiente físico onde ocorrem as práticas em

saúde. Necessita ser adequada, confortável, segura e acolhedora, contribuindo para o bem-estar do usuário e dos profissionais de saúde. 3) Cogestão: é a participação ativa dos sujeitos na gestão do serviço de saúde, isso implica em promover a autonomia, o empoderamento e a corresponsabilidade dos usuários na construção das políticas públicas de saúde. 4) Valorização do trabalhador: uma diretriz que busca valorizar os profissionais de saúde e reconhecer sua importância no processo de humanização do atendimento em saúde, incluindo investimentos em capacitação, qualificação e valorização dos salários. 5) Protagonismo dos sujeitos: o protagonismo dos sujeitos se refere à capacidade dos usuários de saúde de se tornarem sujeitos ativos na construção de sua própria saúde. E, 6) Clínica ampliada: uma abordagem que busca ampliar o olhar sobre a saúde, considerando as dimensões biopsicossociais dos indivíduos. Isso implica em reconhecer a importância das questões sociais, culturais e subjetivas na compreensão da saúde e no processo de cuidado (BRASIL, 2010).

Essa política presenciou o período histórico em que o entendimento do SUS era considerado pauta e que esse sistema se configurava como uma RAS, dando origem às redes integradas e outros elementos, na tentativa de cumprir uma exigência ética, que consistisse em um sistema acolhedor. No entanto, desde 2016 várias políticas foram perdendo seus financiamentos, dentre estas a PNH, o que se subentende que essa política deixa de ser prioridade em planos governamentais, indagando o seguinte questionamento: será que a PNH se encontra vigente?

No Brasil, a AB deu origem às RAS, como resposta para atender as funções ordenadoras do sistema e para resolução da fragmentação da assistência em saúde, em busca da integralização da atenção, da participação social e descentralização da gestão (BRASIL, 2010).

Lopes *et al.* (2015) afirmaram que o SUS ainda apresenta inúmeras fragilidades, como a intensa verticalização e fragmentação dos processos de trabalho, o enfraquecimento das relações entre trabalhadores, gestores e usuários e a falta de capacidade dos profissionais para lidar com as distintas dimensões sociais presentes nas práticas de atenção à saúde.

Diante do exposto, nota-se que apesar da existência da PNH e sua transversalização na RAS, ainda se encontram barreiras na sua efetivação, sobretudo em relação às suas diretrizes, destacadamente o acolhimento, que

precisa ser de realizados por todos os trabalhadores nos serviços de saúde, visando à qualidade do serviço, garantindo acesso acolhedor, resolutivo e integral a saúde.

3.3 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), originou-se dentro da secretaria de gestão do trabalho e de educação na saúde. Quando o setor da saúde não se ocupava em pensar no ordenamento da formação de profissionais, que ainda não existia, e mesmo sendo uma atribuição constitucional, somente em 2003 essa política foi aprovada junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuada à Comissão Intergestores Tripartite e referendada na 12ª Conferência Nacional de Saúde. A PNEPS passou, então, a ser instituída em 2004, por meio da Portaria Nº 198/2004, atualmente em vigência pela Portaria de Consolidação nº 5/2017, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS, representando um marco na formação e trabalho em saúde no Brasil (CECCIM *et al.*, 2021).

Assim, a PNEPS teve como iniciativa reorientar a formação profissional, trazendo a abordagem do processo saúde-doença em sua integralidade, integrar as Instituições de Ensino Superior (IES) e ofertar serviços de saúde à comunidade, além da valorização da AB. A política tem como alicerce o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das necessidades do SUS, voltada a educação em saúde, dispondo de recursos e viabilidade para o advento de um “campo de ação estratégica” (BRASIL, 2018; CECCIM, 2021).

A PNEPS, em sua proposta, prevê a execução de ações educativas, pautadas na realidade dos serviços, que promovam reflexões nos processos de trabalho e transformações no que concerne a prática profissional. Para mais, a interação entre diferentes instituições comunitárias e atores sociais proporciona, por intermédio de Metodologias Ativas (MA), aprendizagens críticas e significativas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tenta substituir o modelo tradicional de ensino e propor a interação entre esse ao serviço e comunidade, aliando ações educativas aos processos de trabalho em saúde e construindo relações interprofissionais que impactam na realidade dos territórios. A produção de conhecimento no cotidiano do trabalho, a construção de novas práticas assistenciais

e soluções inovadoras, e a transformação da realidade do cuidado constituem um ensino crítico e problematizador (GONÇALVES *et al.*, 2019; BRASIL, 2018; FRANÇA *et al.*, 2016; SOUZA; COSTA, 2019).

Ribeiro *et al.* (2020) defenderam que a EPS faz parte do pensar e do fazer, e é utilizada como dispositivo para reorganização do processo de trabalho, potencializando a transformação profissional e pessoal, a produção do cuidado por gestores e trabalhadores da saúde, proporcionando aos mesmos recriar suas práticas, refletir sobre a organização e sobre as modificações necessárias, melhorando a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população. A educação permanente é entendida como aprendizagem-trabalho, pois ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

Ceccim (2021) compreende que, quando uma política tem a disponibilidade de recursos para a sua execução, entende-se que para aquele governo tal política é uma prioridade no seu plano de governo. No entanto, quando faltam recursos, acredita-se que tal política não seja uma prioridade como ocorre no atual momento. O autor ainda cita o quadrilátero da formação, como espaço de construção dos projetos formativos, que requer um contexto democrático, onde valoriza a participação do controle social, da atenção e da EPS, que por sua vez, passou a ser reconhecida como uma estratégia de político-pedagógica, sendo este um dos principais legados feito pela PNEPS. Além disso, essa política busca o fortalecimento de uma agenda reorganizada de formação em saúde, elemento atualmente perdido.

O Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), instituído pela Portaria GM/MS nº 3.194 de 28 de novembro de 2017, objetiva “estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde a partir da realidade local e por meio da análise coletiva dos processos de trabalho, contando com a instância da educação em saúde (Comissões de Integração Ensino-Serviço - CIES)” (BRASIL, 2018). A proposta do programa previa prover, aos Estados e ao Distrito Federal, incentivos financeiros para a criação de Planos Estaduais de EPS e, aos municípios, suporte técnico, institucional e financeiro para a realização de ações (BRASIL, 2018). Ao reconhecer a EPS como uma estratégia intrínseca do processo de trabalho em saúde, é premente considerar a necessidade do fortalecimento da

mesma, na promoção de iniciativas institucionais, a fim de transformações benéficas às práticas profissionais.

Segundo Siqueira (2021), desde 2016, a condução nacional feita pelo MS institucionaliza e divide a formação em saúde, caracterizando discordância dos arranjos e propostas da PNPEs, estimulando o processo individual da formação técnica e profissional, remetendo a um modelo biologicista e hospitalocêntrico e, conseqüentemente, retomando a perspectiva tradicional da formação, distanciando os conceitos de EPS, uma vez que o projeto real da PNPEs visava desenvolver propostas para a implementação das mudanças das novas práticas de atenção e gestão.

Além dos agravantes supracitados, estudos anteriores já apontavam dificuldades relacionadas à PNEPS. De acordo com uma análise feita pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), referente a implementação desta política nos Estados e Municípios, foram constatados importantes indicativos sobre as dificuldades enfrentadas no processo. Dentre elas, apresentaram-se: a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES; a reduzida implantação das CIES; a pequena participação dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação dos projetos desenvolvidos; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros (FERRAZ *et al.*, 2014; MACÊDO *et al.*, 2014; NICOLETTO *et al.*, 2013).

A PNEPS proporcionou grandes avanços na área da educação na saúde, entretanto há muitos desafios a serem superados como: adoção de medidas que disponham sobre implementação da política; articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada; e a elaboração de estratégias para sua atualização, diante das constantes e mutáveis exigências da área da saúde, dentre elas, o estímulo à maior utilização das novas tecnologias para o ensino na saúde e o estabelecimento do compromisso com as novas demandas de saúde pública (BRASIL, 2018).

3.4 Acolhimento, humanização e processo de trabalho no SUS

De acordo com Ferreira e Artmann (2018), a humanização é uma ferramenta importante na promoção de mudanças no SUS. A PNH ratifica a necessidade de não investir somente em crescimento e acesso para as RAS, mas

também, na qualidade do cuidado ofertado. O acolhimento é umas das diretrizes dessa política e apresenta-se como uma estratégia eficaz para nortear os princípios do SUS, onde, por intermédio da escuta qualificada, possibilita o reconhecimento das reais necessidades de saúde dos usuários.

Dentre as atribuições estabelecidas aos trabalhadores de saúde por meio da PNAB, Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, está inserida a participação do acolhimento aos usuários, utilizando a realização da escuta qualificada e a identificação das necessidades de intervenções para melhorar o desempenho das equipes multiprofissionais e facilitar o acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015; SILVA FILHO *et al.*, 2018).

O acolhimento amplia a cartela de serviços dos profissionais de saúde e aumenta as possibilidades de produção do cuidado, modificando a forma de organização, proporcionando uma abordagem usuário-centrado, que antes era voltado apenas para o profissional médico. Com isso, o trabalho realizado em equipe promove maior integração entre seus membros. A individualidade reflete o processo de trabalho e, quando profissionais alienados permanecem atuando no modelo médico-centrado e procedimento-centrado, é produzido um ato reprodutivo que desvincula a produção e o uso de valor do produto saúde (DE PAULA *et al.*, 2018).

Aguiar *et al.* (2018) evidenciaram que o acolhimento ultrapassa as características do atendimento tradicional e passa a ser compreendido, em sua totalidade e essência, como uma postura dependente exclusivamente da organização do sistema e dedicação dos profissionais. Para tornar os trabalhadores aptos ao acolhimento em sua subjetividade, se faz necessária a humanização do SUS, de modo a aperfeiçoá-la e a alcançá-la nas práticas de saúde, em seus diversos níveis de atenção. Isso posto, é possível inferir que o acolhimento se apresenta como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, garantindo acesso universal, resolubilidade e humanização do atendimento (CAMELO *et al.*, 2016).

A literatura relata que a implementação do acolhimento na ESF ampliou as ofertas dos cuidados à saúde e garantiu o acesso a esse serviço. Também, se observou que a relação trabalhador-usuário, por intermédio de preceitos humanitários, de solidariedade e cidadania, proporcionou o fortalecimento das relações de vínculos e corresponsabilização na garantia da saúde (GIORDANI *et al.*, 2020).

A pesquisa de Nobre *et al.* (2016) aponta que usuários manifestaram necessidades e demandas territoriais que, em sua maioria, estavam relacionadas com as diretrizes da PNH. A maior insatisfação relatada pela população foi a maneira de como se dava o acolhimento na UBS de referência. No Município de Quixadá, situado no Sertão Central do Ceará, foi realizado (2005), um estudo de avaliação da implementação do acolhimento em uma UBS. Anteriormente ao experimento, já se discutia a política de humanização da gestão e da atenção em saúde nesse Município, com perspectivas de mudanças do modelo assistencial no que se refere à qualificação da gestão e das relações entre usuários, trabalhadores e gestores (BARBOSA, 2009).

O Governo Municipal, com apoio do MS, teve a iniciativa que culminou na experiência do “Projeto Acolher Cidadão”, que objetivava a qualificar a atenção em saúde ofertada (CARNEIRO *et al.*, 2006). Com base na gestão local, foi proposta a implantação da PNH em todos os serviços públicos de saúde, com vistas, para a qualificação do SUS e transformação do acolhimento cotidiano no território. Entretanto, não houve espaço necessário para o desenvolvimento e continuidade da política na esfera municipal (BARBOSA, 2009).

Um dos principais fatores de valorização nos serviços de saúde pelo usuário é o vínculo. Ele permite que os trabalhadores do serviço conheçam os usuários e estabeleçam as prioridades na AB de forma efetiva. O vínculo também está ligado às necessidades de autonomia e autocuidado, pois estabelece uma relação de confiança entre o serviço e usuário (SEIXAS *et al.*, 2019). O vínculo entre usuário e trabalhador é conquistado, e não um evento imediato. O acolhimento efetiva estratégias de atendimento, envolvendo trabalhadores, usuários e gestores, com o objetivo de melhorar o atendimento e torná-lo resolutivo perante sua demanda (SANTOS *et al.*, 2018).

A PNH traz o acolhimento como estratégia de interseção dentro dos processos de trabalho. Desse modo, pode-se utilizar o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, com foco em tecnologias leves (MERHY *et al.*, 2004). O acolhimento é considerado uma tecnologia leve, pois se refere à relação, aos momentos de encontro no cuidado em saúde, impactando os trabalhadores no relacionamento entre eles e no seu encontro com os usuários (COELHO; JORGE, 2009).

Para a política supracitada, o acolhimento na atenção à saúde funciona como um dispositivo para a organização do processo de trabalho e produção de saúde nos serviços. O acolhimento qualificado compreende as dimensões: relacional, técnico, clínica e cidadã, sendo essencial sua prática em todos os encontros entre profissionais, usuários, equipe de saúde e gestão. As ações da PNH visam transformar os processos de trabalho em saúde em espaços de valorização do potencial dos sujeitos (COSTA *et al.*, 2018).

Desse modo, o potencial de gerar transformações dentro do processo de trabalho está relacionado à maneira de estruturar e devolver ações pelos trabalhadores de saúde, assim como o modo que esses trabalhadores compreendem as ações educativas que eles realizam dentro da comunidade em que atuam. A prática questiona o saber e o saber questiona a prática, modificando o processo de trabalho e criando outros modos de promover saúde (PEREIRA, 2018).

Pastana *et al.* (2019) realizaram um estudo que avaliou o acolhimento nas equipes de saúde e apresentou como fatores positivos: a universalidade do acesso, a humanização da assistência, a reorganização dos processos de trabalho e a possibilidade maior resolutividade do mesmo. Como fatores negativos, os pesquisadores mencionaram: a postura autoritária do profissional de saúde; a demanda excessiva; as dificuldades na comunicação profissional-usuário; a falta de conhecimento dos usuários sobre o acolhimento; a rotatividade dos profissionais que fazem o acolhimento; o acolhimento feito de maneira inadequada e a falta de acolhimento no serviço.

Costa *et al.* (2018) observaram como obstáculos para a realização do acolhimento nos serviços: os limites estruturais, em decorrência da estrutura física inadequada das unidades; a escassez de profissionais; as questões éticas, como falta de privacidade e sigilo; e a falta de postura de escuta e comprometimento. Além disso, para grande parte dos trabalhadores da saúde, o acolhimento ainda é entendido de maneira restrita, como a triagem e a classificação de risco (SILVA *et al.*, 2018).

Para a PNH, a escuta qualificada funciona como ferramenta estratégica de gestão que facilita a integralidade do tratamento no modelo de atenção centrado no usuário (DE PAULA *et al.*, 2018). A escuta qualificada reduz a distância na relação profissional-usuário, pois considera o desejo, o interesse e a compreensão do usuário. Na prática, alguns estudos demonstraram que o acolhimento é

restringido a atendimentos pontuais e as ações às urgências (GIORDANI *et al.*, 2020).

O aumento da demanda, redução dos recursos e mudanças nos documentos regulamentadores que deixam espaço para múltiplas interpretações sobre constituição de equipe e modelo de atenção. Há necessidade de se criar espaços de reflexão sobre atitudes e crenças dos trabalhadores de saúde em relação às práticas humanizadoras, a valorização do vínculo com o usuário e do tempo necessário para desenvolver o trabalho em equipe, como reuniões e discussões de caso (PASTANA *et al.*, 2019).

Ademais, frente ao apresentado nesta revisão, reconhece-se a necessidade de maior exploração sobre o tema humanização na atenção básica, essencialmente no âmbito da educação permanente e da concepção profissional, em virtude de sua importância para a qualidade e acesso aos serviços de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva. Para Minayo (2007), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, dos produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos, e do modo como sentem e pensam.

Lakatos e Marconi (2010) afirmam que a pesquisa qualitativa tem como pressuposto, analisar e interpretar aspectos profundos do comportamento humano, apresentando a sua complexidade e colaborando com análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências desses comportamentos, a ênfase da pesquisa encontra-se nos processos e nos significados.

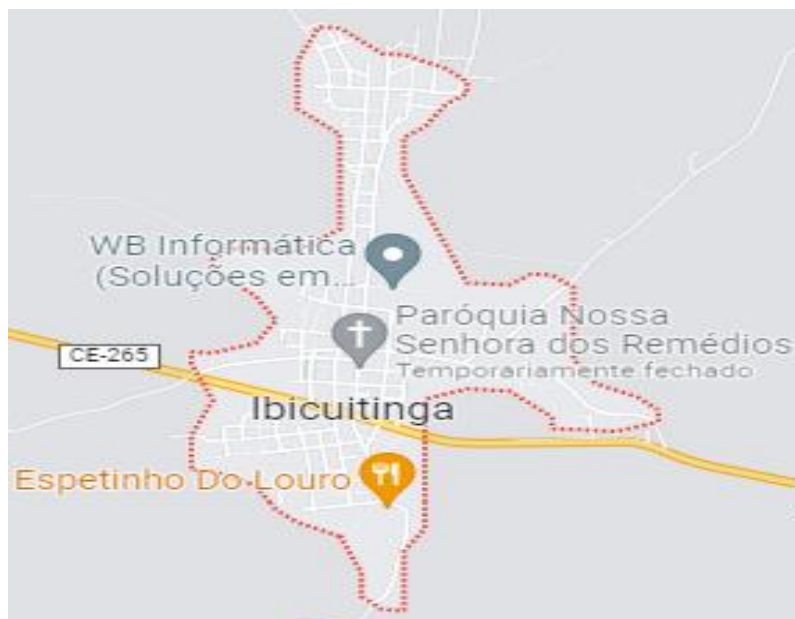
A pesquisa caracteriza-se como descritiva, pois seu objetivo central é descrever detalhadamente e com abrangência, o processo de trabalho na prática do acolhimento, caracterizando fatos e fenômenos específicos que se evidenciam em uma dada realidade, possuindo uma relação direta com o objeto estudado. Desse modo, o presente estudo se mostra apropriado para a apreensão de informações referentes à práxis do acolhimento, pois permite conhecer a realidade do processo de trabalho.

4.2 Cenário do estudo

O estudo contemplou as cinco UBS do Município Ibicuitinga, localizado no estado do Ceará, no biênio 2021-2022.

Ibicuitinga se situa na Região Nordeste do Estado, precisamente na Região do Baixo Jaguaribe, atingindo a Zona do Sertão Central Cearense (Figura 1). Possui uma área territorial de 423,856 km² e população estimada em 12.629 pessoas, com densidade demográfica de 26,72 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,606 (IBGE, 2019). Segundo o plano municipal de saneamento básico, em 2012, esse Município dispunha em sua divisão territorial, cinco distritos: Sede de Ibicuitinga, Açude dos Pinheiros, Canindezinho, Chile e Viçosa, permanecendo com a mesma divisão territorial até a presente data.

Figura 1 – Distribuição geográfica do Município de Ibicuitinga – CE



Fonte: *Google Maps*.

Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/Ibicuitinga>. Acesso em: 22 fev. 2023.

Esse Município pertence à Macrorregião de Saúde do Sertão Central, onde os atendimentos de média e alta complexidade são encaminhados por intermédio do sistema de regulação para a RAS da região. O Município dispõe de 12 equipamentos de saúde, sendo eles: cinco UBSs, três Postos de Saúde, uma Unidade de atendimento para enfrentamento do COVID-19, uma Unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Vigilância em Saúde e uma Unidade Mista, que atende os casos de urgências e emergências.

As cinco equipes da ESF fazem parte da rede de AB e se somam a essa composição cinco Equipes de Saúde Bucal (ESB). Os profissionais que integram as equipes da ESF são: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal (ASB) e os agentes comunitários de saúde (ACS). Acrescenta-se, ainda, ao seu quadro de funcionários o agente administrativo, o auxiliar de serviços gerais e o recepcionista.

Dando apoio a ESF, o Município de Ibicuitinga dispõe da equipe multiprofissional, composta por nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga. A rede municipal de saúde também conta com o serviço ambulatorial de fisioterapia, com duas fisioterapeutas, e, para o atendimento fisioterapêutico domiciliar, dispõe de mais duas profissionais.

As equipes da ESF são responsáveis pela assistência básica e promoção da saúde à população por meio de consultas médicas e de enfermagem, cadastramento das famílias, visitas domiciliares, imunização, acompanhamento das doenças crônicas, procedimentos (curativos, reidratação oral, aferição de sinais vitais, glicemia capilar), programas de saúde (mulher, homem, criança, idoso), Programa Saúde na Escola (PSE), educação em saúde, entre outras ações da AB.

4.3 Participantes do estudo

Participaram dessa pesquisa profissionais e trabalhadores de saúde vinculados ao desenvolvimento de suas atividades junto à ESF: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares em enfermagem, cirurgião-dentista, técnicos/auxiliares em saúde bucal (ASB), agente administrativo, auxiliar de serviço geral e recepcionista. Foram partícipes, também, três gestores de saúde municipal (coordenador da AB, coordenadora de saúde bucal e coordenadora do serviço de fisioterapia), e os profissionais que compunham a equipe multiprofissional: nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga.

Vale destacar que esta pesquisa considerou a terminologia trabalhadores de saúde, pois ela engloba todos aqueles que executam atividades ou funções nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, independentemente da categoria profissional, pois todos são considerados envolvidos, mesmo que indiretamente, ao acolhimento no processo de cuidado (BRASIL, 2003).

Utilizou-se o critério de intencionalidade de acordo com Gil (2017), com a escolha prévia dos participantes a serem entrevistados, caracterizados como importantes para a coleta de dados do referido tema. Foram selecionados dois participantes de cada equipe da ESF, sendo um representante de cada categoria profissional e todos os integrantes da equipe multiprofissional, com objetivo de captação da pluralidade desses profissionais e trabalhadores de saúde, que somados aos três gestores, totalizaram 17 entrevistados.

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores com atuação inferior a um ano na UBS – Exceto para os gestores, esse critério não foi considerado, dado que todos os entrevistados nessa função estavam atuando há menos de um ano, em virtude de serem cargos comissionados e rotatividade do mesmo –, os que não compareceram no dia previamente agendado para coleta de informações, os

aposentados ou afastados das atividades por gozo de férias, atestados médicos ou outras licenças durante o período do estudo.

4.4 Coleta de dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – ANEXO A), foi iniciada a fase coleta de dados. Para captação dos trabalhadores, inicialmente foram realizadas visitas nas UBSs nos dias das reuniões de equipe. O momento oportuno possibilitou apresentar o projeto, o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade das respostas e a importância do estudo para possível melhoria das práticas em saúde. Nesse dia, também foi combinado a data do primeiro encontro.

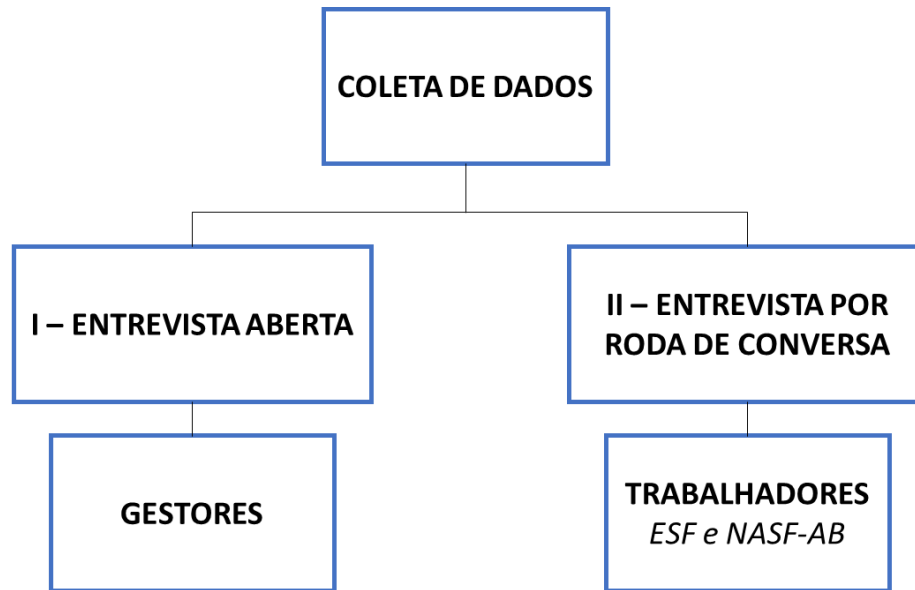
No primeiro encontro, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores (APÊNDICE A) e para os trabalhadores da ESF e NASF-AB (APÊNDICE B), previamente contactados.

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

As entrevistas ocorreram no local onde o participante realizava suas atividades laborais. Priorizou-se utilizar uma sala reservada, dispondo de boa iluminação e ventilação, de modo a garantir a privacidade dos entrevistados. Foi mantido um diálogo informal, de modo que os entrevistados se sentissem livres para com suas respostas, com intuito de obter a realidade dos fatos.

A coleta de dados obedeceu a distribuição conforme a Figura 2.

Figura 2 – Instrumentos de coletas de dados e seus respectivos participantes



Fonte: elaborada pela autora.

Resumidamente, a coleta de dados obedeceu aos seguintes passos:

- I) Entrevista aberta com gestores (Coordenador da AB, Coordenador da Saúde Bucal e Coordenadora da Fisioterapia) (APÊNDICE C). As perguntas abordavam a percepção dos gestores e a forma de implantação da PNH na ESF no Município. Também, referente ao acolhimento, como este chegava aos usuários dos serviços em saúde, quais ações foram ou estariam sendo desenvolvidas para o aprimoramento na ESF, e quais desafios e as necessidades do acolhimento aplicado na PNH associado à ESF.
- II) Entrevistas grupais, por meio de roda de conversa, com trabalhadores da ESF e da equipe NASF-AB, mediante um roteiro de perguntas (APÊNDICE D). As questões abordavam o tema “acolhimento” no contexto da ESF, com temas referentes a PNH; o acolhimento no cotidiano; os desafios e possibilidades de acordo com a percepção dos trabalhadores acerca dessa diretriz para a produção do cuidado.

4.4.2 Entrevista – Gestores

A entrevista é a conversação entre duas pessoas que tem por intuito obter informações sobre um assunto específico com finalidade de compreender algum problema social (LAKATOS; MARCONI, 2003).

A coleta de dados com gestores ocorreu no mês de julho de 2022, por meio de entrevista aberta, seguindo roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE C). As entrevistas foram previamente agendadas e individuais. Utilizando um gravador digital, as entrevistas foram gravadas, com duração média de 40 minutos; posteriormente, as falas, na íntegra, foram transcritas.

4.4.3 Entrevistas grupais – Trabalhadores

4.4.3.1 Roda de conversa

Para se atingir os objetivos propostos com os trabalhadores, foram planejadas rodas de conversas a partir de eixos temáticos. Foram utilizados três eixos temáticos, que foram apresentados aos participantes por intermédio de questões-tema que, por sua vez, foram propostas na perspectiva de que o diálogo pertence ao grupo e não ao pesquisador (CAMPOS, 2000).

A metodologia da roda de conversa, se configura em um método de participação coletiva, onde determinado tema é debatido; há diálogo entre os participantes, que por sua vez, expõem suas opiniões, escutam a si mesmos e exercitam a reflexão do assunto (MOURA; LIMA, 2014). A construção de coletivos organizados visa trabalhar a capacidade de análise e de cogestão em grupos que lidam com a produção de bens e serviços, propondo-se a importância de incluir o sujeito por meio do Método de Cogestão de Coletivos, para refletir sobre a gestão em saúde (CAMPOS, 2000).

A roda de conversa foi desenvolvida em três momentos: abertura (boas-vindas, mensagem e apresentação do tema), desenvolvimento (apresentação da proposta e objetivos da pesquisa, disparo das perguntas norteadoras e atividade para início da roda) e fechamento (espaço para que os participantes da roda refletir coletivamente sobre o que foi debatido na roda de conversa do encontro anterior) (Quadro 1).

Quadro 1 – Planejamento da roda de conversa

PLANEJAMENTO DA RODA DE CONVERSA
Abertura: Boas-vindas, mensagem e apresentação do tema.
Participantes: Trabalhadores representantes das equipes da ESF e da equipe NASF-AB.
Acolhimento: Café com prosa.
Desenvolvimento: Apresentação da proposta e objetivos da pesquisa de mestrado intitulada: “A práxis do acolhimento na estratégia saúde da família”; disparo das perguntas norteadoras e/ou atividade para início da roda; desenvolvimento da atividade propriamente dita.
Fechamento: Espaço para que os participantes da roda reflitam coletivamente sobre o que foi debatido e apresentação do instrumento.
RODA DE CONVERSA
Apresentação do tema: Foi solicitado que cada participante falasse as primeiras palavras ou frases que viessem a sua mente, ao ler a frase “Política Nacional de Humanização” e “Acolhimento nos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.” Em seguida, orientação de como iniciar a roda (direita-esquerda ou esquerda-direita) e deixar fluir o movimento da roda.
Desenvolvimento da atividade: Em seguida, foi construído um painel com as frases ou palavras referentes a: quais atividades que você participou para aprimorar o seu processo de trabalho, em especial voltado para o acolhimento? (tarjeta rosa). Quais os desafios (tarjeta amarelo) e possibilidades (tarjeta azul) encontradas com relação o acolhimento no cotidiano do seu trabalho?
Questões norteadoras da roda de conversa: 1. Qual sua percepção sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)? 2. Qual a sua percepção sobre o “acolhimento” no processo de trabalho na ESF? 3. Você considera que o acolhimento realizado no processo de trabalho da ESF está articulado com a PNH? Por quê? 4. Quais atividades você participou para aprimorar o seu processo de trabalho, em especial voltado para o acolhimento? 5. Como essas atividades contribuíram para o processo de trabalho relacionado ao acolhimento? 6. Quais são os entraves e possibilidades encontradas com relação ao acolhimento no cotidiano do seu trabalho? 7. Quais estratégias de acordo com os apontamentos você vislumbra para aprimoramento do acolhimento?
Fechamento – segundo encontro: Espaço para que os participantes pudessem refletir, avaliar e apontar qual/quais estratégias vislumbravam para os apontamentos apresentados por eles no encontro anterior; agradecimento aos participantes e entrega de lembrancinhas.

Fonte: elaborado pela autora.

O primeiro encontro aconteceu em agosto e o segundo em setembro de 2022. Participaram sete representantes da ESF e NASF-AB em cada momento, a escolha de selecionar sete participantes por encontro, além de respeitar a amostragem intencional, favoreceu a operacionalização das rodas. Cada roda foi estruturada de forma semelhante aos dois grupos, com atividades estabelecidas e duração média de uma hora e 30 minutos. Os depoimentos integrais foram gravados através de gravador digital.

O primeiro encontro foi dividido em duas rodas de conversas com grupos distintos, grupo 1: técnica/auxiliar de enfermagem, médico, agente administrativo, recepcionista, ASB, cirurgião-dentista e enfermeira. Grupo 2: auxiliar de serviços gerais, fisioterapeuta, psicóloga, enfermeira, cirurgião-dentista, recepcionista e nutricionista.

O fato das categorias profissionais enfermeira, cirurgião-dentista e recepcionista se repetirem nos grupos, aconteceu em decorrência da disponibilidade e interesse voluntário em participar da pesquisa. Essa ação contemplou a representatividade de participantes de todas as UBSs do município.

4.4.3.2 Primeiro encontro

Foi apresentada a temática: “O acolhimento norteado à luz da PNH”, abordando o objetivo da política, explicitando seus princípios e diretrizes. Na sequência, foi solicitado a cada participante que falassem as primeiras palavras ou frases que vieram à sua mente ao ler as frases: “Política Nacional de Humanização” e “Acolhimento nos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.” Em seguida, estes foram orientados em como iniciar a roda de conversa (direita-esquerda ou esquerda-direita), deixando fluir o movimento desta.

4.4.3.3 Segundo encontro

O segundo encontro foi realizado reunindo-se os dois grupos para o desenvolvimento do fechamento de ideias. Esse configurou-se como espaço de reflexão e análise acerca dos debates na roda anterior: o acolhimento no processo de trabalho; das experiências vivenciadas para o aprimoramento do acolhimento; dos desafios e possibilidades identificadas pelo coletivo. Os participantes dessa fase

foram: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de serviço gerais, uma recepcionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga.

Nesse momento, foi apresentado o painel, com frases e palavras-chave construídas pelos trabalhadores participantes. De forma participativa, foi induzido que pudessem refletir e avaliar os apontamentos coletivos, com o intuito de formulação de possíveis soluções. Posteriormente, a seguinte pergunta foi disparada: Quais estratégias para o aprimoramento do acolhimento em rede à luz da PNH?

De modo a assegurar as falas e percepções, iniciou-se a segunda roda de conversa, de maneira que o coletivo trouxesse no processo, a compreensão do seu lugar de fala, e que as estratégias apontadas não assumissem compromisso maior que o poder de uso.

4.5 Análise dos dados

Para a análise das informações, foi utilizada a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC). A técnica do DSC permite que as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes sejam agrupadas em categorias semânticas gerais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

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

Assim, ao adotar a técnica de construção do DSC seguiu-se as seguintes etapas neste estudo: 1. Transcrição dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema; 2. Extração das ECH dos discursos individuais; 3. Agrupamento das ECH de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; 4. Extração da IC de cada agrupamento de ECH; e, 5. Construção do DSC com as ECH relacionadas a cada IC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Para padronização das descrições de resultados, os DCS foram identificados com a letra “G” para representação dos gestores, e letra “T” para trabalhadores, seguidos de sequência numérica de acordo com os participantes do estudo. Os DCS citados, foram apresentados em ordem alfabética.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, a coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (parecer nº: 5.527.377/2022 – ANEXO A). Obteve-se a anuência por meio do Termo de Autorização (ANEXO B) ao Secretário Municipal de Saúde de Ibicuitinga para a realização da pesquisa.

Todos os voluntários receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), explicando a realização do estudo, os objetivos, riscos possíveis e os benefícios esperados. Ao participante foi assegurado a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem pena alguma e nem prejuízo de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/12), que preconiza as normas a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram previamente informados sobre a garantia de anonimato em respeito às questões éticas e valores sociais, culturais, religiosos e morais, e que, após cinco anos da pesquisa, os áudios com as informações colhidas serão destruídos.

Os procedimentos utilizados neste estudo ofereceram aos participantes riscos mínimos de natureza não física, os quais estavam relacionados ao possível desconforto ou constrangimento diante dos assuntos abordados, em responder a questões que envolvem informações sobre o cotidiano, as relações interpessoais do trabalho, além de cansaço ou incômodo relacionado ao tempo destinado à coleta das informações. Tudo foi planejado para minimizar os riscos de participação, com a garantia do sigilo. Também, foi realizada a entrevista de acordo com a disponibilidade e conveniência dos entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

A pesquisa contou com a participação de 14 profissionais de saúde, representantes da ESF e NASF-AB (trabalhadores – T) e três de Gestão em saúde (gestores – G), com idade de 20 a 49 anos, com predomínio de pessoas do sexo feminino. Em relação à escolaridade, a pesquisa aponta que, entre os profissionais de saúde, metade possui pós-graduação e, que todos os gestores, também, possuíam pós-graduação.

Os gestores possuíam tempo de trabalho inferior a um ano em seus respectivos cargos; compreende-se que esse curto período de atuação poderia ser um fator influenciador ao desconhecimento e apropriação da temática no município. Segundo Figueredo *et al.* (2020), essa variante contribui para realização de intervenções oportunas e assertivas. Referente ao tempo de atuação na ESF e no NASF-AB dos trabalhadores, com variação de tempo trabalhado de 1 a 18 anos, representando um período significativo para apropriação, reconhecimento do território e suas especificidades, e necessidades dos processos de trabalho relativos ao tema deste trabalho.

Com relação ao vínculo institucional, confirma-se sua fragilidade na medida em que apenas quatro dos trabalhadores participantes são efetivos, seguida da gestão, que se enquadra na modalidade de cargo comissionado.

O quadro 2 resume as características dos participantes anteriormente descritas.

Quadro 2 – Características dos participantes do estudo.

PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	IDADE	SEXO	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	TEMPO DE ATUAÇÃO (ANOS)
ASB	Téc.	49	F	Temporário	16
AUX. GERAL	Médio	31	F	Temporário	1
DENTISTA	Pós-Grad.	26	F	Temporário	1
DENTISTA	Grad.	38	F	Temporário	3
DENTISTA	Pós-Grad.	36	M	Comissionado	<1
DIGITADOR	Médio	20	M	Temporário	1
ENFERMEIRO	Grad.	26	F	Temporário	1
ENFERMEIRO	Pós-Grad.	31	F	Temporário	8
ENFERMEIRO	Pós-Grad.	25	F	Comissionado	<1
FISIOTERAPEUTA	Grad.	43	F	Temporário	1
FISIOTERAPEUTA	Pós-Grad.	34	F	Comissionado	<1
MÉDICO	Pós-Grad.	35	M	Efetivo	7
NUTRICIONISTA	Pós-Grad.	26	F	Temporário	4
PSICÓLOGO	Pós-Grad.	43	F	Efetivo	6
RECEPCIONISTA	Téc.	26	F	Temporário	3
RECEPCIONISTA	Téc.	38	F	Efetivo	5
TÉC. ENFERMAGEM	Téc.	42	F	Efetivo	18

Fonte: elaborado pela autora.

5.2 Percepção acerca da PNH e o processo de acolhimento

Em se tratando de noções básicas da implementação e sobre o que versa a PNH, pode-se inferir que, baseado nos resultados obtidos, os gestores e os trabalhadores entrevistados possuíam uma compreensão genérica a respeito dessa política pública.

O DSC A revela superficial conhecimento da gestão acerca da política, assim como de alguns trabalhadores (DSC B). Em contrapartida, o DSC C revela o desconhecimento total da PNH. Essa controvérsia pode estar embasada na ausência de experiências prévias aos serviços públicos de saúde. Também, a integridade dos discursos revela que a gestão não possui a mesma profundidade de conhecimento que os trabalhadores (DSC A x DSC B).

DSC A: Eu não tenho noção de como ocorreu essa implantação; se realmente ocorreu em espécie de treinamento... A noção de como foi implantado esse acolhimento aqui, hoje eu não tenho ciência. Em 2003 foi quando a política de humanização foi criada, mas sobre a implantação eu não sei ao certo. Agora, a criação de uma organização, acredito que não teve. Acredito que os profissionais que criam seus próprios critérios de acolhimento. *GESTORES*

DSC B: É uma política abrangente que na prática serve para direcionar, orientar, frisando e ressaltando a importância do acolhimento a todos os usuários no sistema de saúde, mais especificamente, na atenção primária, onde todos precisam ser atendidos conforme suas necessidades. *TRABALHADORES*

DSC C: Na verdade nunca ouvi falar sobre essa PNH, então eu não posso te dar uma resposta porque, na verdade, eu não sei do que se trata a pergunta. Eu trabalho no posto, diretamente com o acolhimento, mas eu não tive uma preparação para trabalhar com isso; é a primeira vez que eu ouvi comentar sobre essa política. Não teve nenhum evento, nenhuma capacitação. *TRABALHADORES*

A PNH foi estabelecida como uma medida política transversal para a instituição de estratégias e aprimoramento das práticas assistenciais ofertadas pelo SUS embasada na tríade inclusiva de gestores, profissionais e usuários, o processo da implementação das ações elaboradas é organizado pelos princípios e diretrizes preconizadas, mas passíveis de adaptação (BRASIL, 2009).

Este estudo teve como objetivo compreender a práxis da diretriz do acolhimento, em âmbito organizacional, com base na percepção de gestores e trabalhadores. Dado que a AB é considerada porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, é de fundamental relevância o preparo e a qualificação das equipes frente às diferentes demandas (BASTOS *et al.*, 2022). Ao serem questionados sobre como foi implementada a PNH, os gestores incluíram, em suas ideias centrais, o acolhimento, bem como os trabalhadores, que ao responderem qual sua percepção da PNH, a definiram como uma “política abrangente de acolhimento” (DSC B). Em contrapartida, ainda no âmbito dos trabalhadores, apesar de expressarem a ideia de “acolhimento”, o DSC C demonstra claro desconhecimento da política propriamente dita.

A ideia assimilada de PNH como “acolhimento” pode estar relacionada a palavra “humanização” da sigla, uma vez que esta induz a concepção de “boas práticas”. Cassella e Machado (2018) relataram em seu estudo, de metodologia similar à deste trabalho, discursos equivalentes dessa concepção oriundos de profissionais especificamente capacitados em humanização. Trata-se de um julgamento enraizado, de senso comum, passível de influência no fluxo de trabalho

das problematizações da AB, pondo em xeque o desenvolvimento, o exercício e a valência de práticas estratégicas formuladas pelas PNEPS, por exemplo (BRASIL, 2018; CECCIM, 2021).

Já o não entendimento integral da política pode estar relacionado ao desprovisionamento de capacitação dos gestores e trabalhadores, e à rotatividade de profissionais nas UBS (DORICCI; GUANAES-LORENZI, 2021). Em acordo com os autores citados, os resultados obtidos neste estudo evidenciam a premissa de que na percepção dos entrevistados, essa falta de entendimento pode estar ligada a carência de concursos públicos para a fixação desses profissionais na perspectiva de se criar vínculos e fortalecer a prática do acolhimento.

Ao serem questionados sobre os processos organizativos do acolhimento, os gestores enfatizam a compreensão da trajetória do acolhimento desde o campo territorial até a UBS referência, e percebem a participação dos ACS frente a esse processo. Entretanto, esse mesmo grupo sinalizou a perspectiva de acolhimento centrada no conceito de receptividade.

DSC D: Ele se inicia na comunidade da qual o paciente pertence, em sua própria casa, através dos ACS; a família fica cadastrada pelo Cartão Nacional de Saúde e passa a ter o acesso às UBSs a partir da ESF. Quando esse paciente chega ao serviço, ele é recebido por recepcionistas, auxiliares e técnicos de enfermagem que, por sua vez, ouvem o usuário e o enquadram de acordo com a demanda. *GESTORES*

DSC E: O acolhimento se inicia na triagem, pela verificação dos sinais vitais, da queixa daquela pessoa e, depois, o paciente vai ser encaminhado para consulta médica. Acredito que uma estratégia de acolhimento não foi implantada; é um episódio cotidiano, sem até mesmo ser percebido pelos funcionários [...] Creio que alguns façam esse acolhimento e outros não. *GESTORES*

Assim como os gestores, os trabalhadores mostraram entendimento do fluxo do processo de acolhimento com base na ESF, bem como na própria unidade de saúde. Foi observado que os trabalhadores possuem ínfimo conhecimento desse seguimento, dado que os DSC F e G explicitam o trajeto do acolhimento centrado no território da ESF e sua UBS de referência; essa perspectiva demonstra que, além da prática do acolhimento conectada a ideia de receptividade, e por mais que demonstrem maior domínio da temática em decorrência da conexão direta aos usuários, os trabalhadores entrevistados não exprimiram em suas falas a prática do acolhimento para além dos serviços prestados na UBS.

DSC F: O acolhimento, geralmente, é feito por agendamentos. Quem recebe o paciente é a recepcionista, que faz o direcionamento para cada profissional; quando é demanda livre, é por ordem de chegada. Quando é para a dentista, é agendado mediante as agentes de saúde do setor, que já marcam pela ESF. A gente percebe mudanças vindas do agendamento, e é uma mudança positiva, principalmente para as unidades da sede... A questão do agendamento vai facilitando, vai organizando esse fluxo e melhorando a parte das consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. *TRABALHADORES*

DSC G: O acolhimento já se inicia com o ACS, que tem o primeiro contato com o usuário; ali, esse profissional já consegue direcionar o usuário pela ESF. Quando o usuário passa para os técnicos de enfermagem, eles passam pela triagem e vão sendo direcionados de acordo com suas necessidades. Os atendimentos são agendados por hora marcada. Quando surgem as emergências, que não estavam dentro do planejado, elas são solucionadas de acordo com a demanda. Quando o paciente precisa ser acompanhado por outras especialidades profissionais, ele é orientado durante a escuta qualificada. *GESTORES*

O acolhimento é uma das diretrizes norteadoras da operacionalização da PNH no SUS. Os profissionais responsáveis devem protagonizar a reestruturação dos serviços por meio de discussões democráticas e coletivas, fundamentadas na problematização da escuta qualificada, a fim de se atingir o maior grau de resolutividade possível na rede de atenção básica (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Essa análise concerne ao fato de que a equipe envolvida no processo de acolher são os trabalhadores, que estabelecem e praticam a relação direta profissional-paciente, de maneira interdisciplinar, independentemente do tipo de ingresso do usuário ao serviço (COUTINHO *et al.*, 2015).

Nessa pesquisa, ambos os grupos pareceram compreender o conhecimento do acolhimento relacionado à prática da ESF, não restrito aos cuidados exclusivos da UBS, salvo o segundo DSC dos gestores, que incorpora a ideia denotativa da palavra. Ainda, é possível observar que os trabalhadores parecem deter maior assimilação acerca da prática acolhedora.

5.3 Atividades desenvolvidas referentes ao acolhimento

Quanto às estratégias de melhoria para o acolhimento, os gestores enfatizaram que há um constante estímulo para os profissionais se aprimorarem em suas práticas por parte da gestão de saúde superiores do Município (DSC H). Também relataram que essas capacitações são incentivadas aos profissionais de

saúde das UBS. Entretanto, há destaque para a assimilação do acolhimento como uma boa forma de recepção dos usuários, inclusive por gestões superiores.

DSC H: Estamos tentando buscar esse aperfeiçoamento aqui. Todos os processos sempre necessitam de uma reciclagem... Há um desinteresse profissional em capacitações extras. O município instiga os profissionais a quererem realizar essas atividades extracurriculares; nunca ficamos parados. Seja qual for a área, sempre os incentivamos para que se aprimorem para o exercício da prática. Nosso gestor maior sempre frisa que recebamos nossos pacientes e que o tratemos bem. *GESTORES*

Já quando questionados a respeito de aprimoramentos para a execução do processo de acolhimento, os trabalhadores apresentaram distintas percepções: enquanto alguns enunciaram a ausência de atividades dentro dos territórios para fortalecimento dessa estratégia (DSC I e J), outros (DSC K) relataram uma breve experiência baseada nas ações a nível estadual (QualificaAPSUS) e municipal (Palestra direcionado aos recepcionistas).

DSC I: Não, nunca participei de nenhuma aqui dentro do município; nunca passei por uma capacitação de acolhimento, acho que há a necessidade de acontecer essa preparação. Já passei por situações em que cheguei em determinado local e o acolhimento não foi como deveria ser... Então, enquanto usuário (a), senti falta de preparo dos profissionais. A primeira experiência mais parecida é essa que está acontecendo agora. O pouco de conhecimento que tenho é quando temos essas reuniões..., mas, aqui no município, a gente não teve um momento específico para isso. *TRABALHADORES*

DSC J: Eu não lembro de ter participado de algum aprimoramento... Já estou atuando há anos na AB e não me recordo de ter passado por uma capacitação ou experiência específica voltada para o processo de acolhimento. *TRABALHADORES*

DSC K: A experiência mais próxima para que tive foi com o Qualifica APSUS. Na época, a unidade estava se preparando para a qualificação por selos... A gente organizou mais as unidades e, o que eu percebo que mudou, é que os outros profissionais, além do médico e enfermeiro tiveram o entendimento do que era o acolhimento. Não foi um curso ou algo mais prolongado. Foi mais como uma palestra que explicava sobre o primeiro contato com o paciente e como recebê-lo. E, com certeza, ela contribuiu, porque muitas vezes tem formas específicas de abordar e de recepcionar o paciente. *TRABALHADORES*

Dado que os profissionais de saúde estão subordinados a decisões de gerenciamento, o entendimento superficial da percepção da diretriz do acolhimento preconizado pela PNH pode interferir, negativamente, sua execução na prática. Esse

cenário pode ser facilmente replicado com a integração do discurso dos gestores, quando questionados sobre o acolhimento aos usuários por intermédio da ESF (DSC E), aos discursos dos trabalhadores a respeito das capacitações ofertadas (DSC I e J).

O discernimento administrativo acerca do fluxo do acolhimento (DSC D) é capaz de retratar um panorama coerente e operativo das intervenções da equipe de saúde, visto que na práxis, trabalhadores relatam ao menos uma breve experiência de atualização disponibilizada (DSC K). Sob outra ótica, torna-se contraditório o relato do constante investimento em capacitações extracurriculares aos profissionais pelos gestores (DSC H) e os discursos dos trabalhadores (DSC I e J).

A respeito do QualificaAPSUS, supracitado no discurso de trabalhadores (DSC K), o projeto é visto como uma experiência mais próxima para o aprimoramento do acolhimento, uma vez que sua proposta foi de subsidiar a reorganização do modelo de atenção e alcançar atributos como primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, cumprindo funções de responsabilização de saúde do referido território, de comunicação nas RAS e de resolutividade (CEARÁ, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2019). Esses atributos estão de acordo com a diretriz do acolhimento, porém, vale salientar que se trata de uma política estadual para qualificação da AB do município, ou seja, a experiência de profissionais com essa oficina poderia ser resultante de uma iniciativa a nível local, para a aquisição de certificação de conformidade regida pelo SUS, visto que outros trabalhadores relataram não possuir cursos prévios de desenvolvimento profissional (DSC I e J). Contudo, pode-se inferir que esse programa não se consolidou na AB de Ibicuitinga.

5.4 Possibilidades, desafios e o desenvolvimento de estratégias para a prática do acolhimento

A viabilidade da prática do acolhimento no cotidiano, tanto para os gestores quanto para os trabalhadores, possui o mesmo panorama: centrada no trabalhador de saúde, em seu empenho profissional diante dos usuários e seu vínculo com a equipe.

DSC L: Acredito que as possibilidades são os profissionais quando eles se encontram mais solícitos e aptos a realizarem essa atividade. Nossos profissionais são muito empenhados... Acredito que se surgissem estratégias para o acolhimento, todos iriam aderir. *GESTORES*

DSC M: Como um todo, a equipe colabora, temos um vínculo muito bom! Sem essa união, nada flui... Toda vez que encontramos alguma dificuldade nos reunimos para, de alguma forma, tentar resolvê-la. Acredito que seja o principal ponto positivo: a união da equipe. *TRABALHADORES*

No que tange aos entraves para a prática do acolhimento nas unidades, os gestores apontam a falta de capacitação profissional e o Programa Previne Brasil como desafiadores, enquanto para os trabalhadores, essa causa está centrada na elevada demanda, na carência de informações adequadas ao usuário e, assim como para os gestores, na falta de capacitação profissional.

DSC N: O acolhimento se torna mais prejudicado quando a pessoa já está ali há muito tempo, não foi reciclada ou não fez algum curso de aperfeiçoamento. Isso acaba prejudicando a falta de educação permanente e continuada. Isso é um desafio para a gestão [...]. Como se trata de uma ação e, a meu ver, não é uma coisa dita, não se tem capacitações ou estratégias preconizadas, o que prejudica o serviço e o aprimoramento profissional. *GESTORES*

DSC O: Acredito que o Programa Previne Brasil prejudicou o âmbito do acolhimento. O que ele traz para a gente? Ele orienta que sejam realizados atendimentos agendados, além do recebimento de verbas por desempenho [...]. No caso de demanda espontânea, o acolhimento já acaba sendo quebrado por essa ação. Também, a questão das metas a serem cumpridas faz com que a gestão fique presa aos indicadores, deixando de lado essa questão do acolhimento. *GESTORES*

DSC P: Um ponto negativo nessa unidade é a superlotação; com a alta demanda, o serviço da ESF *não dá conta* de atender todas as necessidades. Também, há a sobrecarga direcionada ao profissional. A população deveria ser atendida por duas equipes. *TRABALHADORES*

DSC Q: Percebo que o paciente vai para um certo setor e, de lá, ele fica desorientado atrás de informações em outros pontos da rede; a secretaria deveria ter uma comunicação melhor com os pacientes [...]. A informação precisava chegar um pouco mais rápido; às vezes ela chega de forma tardia. Se você se comunica melhor, o trabalho flui melhor, direcionando melhor os usuários. *TRABALHADORES*

DSC R: Acredito que a maior dificuldade é a falta de capacitação profissional; isso deve ser trabalhado [...]. O preparo e as informações sobre o acolhimento devem ser transmitidos aos profissionais porque, a partir daí, eles conseguem transmitir uma melhor conduta aos usuários juntamente com a questão da rotatividade de profissionais na ESF. *TRABALHADORES*

Com os DSC (N a R), nota-se que o profissional de saúde da AB é aceito como responsável pelo primeiro contato do usuário ao acolhimento. Essa compreensão está de acordo com os princípios da ESF, visto que a AB é considerada a principal porta de entrada do usuário aos serviços do SUS (MELO, 2019).

Em contrapartida, as falas reproduzidas dos gestores e trabalhadores participantes desse estudo apontam a capacitação profissional como um dos principais desafios para a práxis do acolhimento. Esse relato procedente da gestão torna o aspecto da qualidade de serviço contraditório, uma vez que, o estímulo e a disponibilidade de recursos de qualificação profissional não de ser de delegações administrativas da AB mediante construções resolutivas e inovadoras das práticas assistenciais (GONÇALVES *et al.*, 2019).

No que concerne à vinculação institucional se observa a precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde. Apesar das ações desenvolvidas pelo MS para combatê-la, ainda persiste como um dos principais problemas a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no SUS, decorrente da dificuldade na garantia de efetividade aos participantes, explicado, muitas vezes, por meio da rotatividade de profissionais e gestores dos cargos (FIGUEREIDO *et al.*, 2020).

O Programa Previne Brasil é relatado como um contratempo pelos gestores entrevistados nesse estudo em decorrência das metas a serem cumpridas, sujeitando o planejamento das práticas do acolhimento como segundo plano. Seta *et al.* (2021) defendem que o estabelecimento de repasses mediante ao alcance de metas poderia prejudicar o seguimento do cuidado da AB.

Affonso e Bernardo (2015) concluíram que as relações de trabalho e sua organização podem interferir diretamente na precariedade do acolhimento por causa do desgaste profissional e às condições de trabalho. A organização do processo de trabalho pelos profissionais em condições de alta demanda poderia prejudicar a qualidade dos serviços, afetando os atendimentos e encaminhamentos dos usuários; o relato da alta demanda relacionada à qualidade do acolhimento e sua influência na dissolução da informação.

Em relação às estratégias de implementação da PNH no Município de Ibicuitinga como medida fortalecedora do acolhimento, os gestores e trabalhadores consideram que a educação permanente poderia beneficiar essa política, bem como

a constante capacitação profissional. Novamente, há relatos críticos da gestão ao Previne Brasil, apontado como um entrave para o alcance de metas, desvalorizando a qualidade do acolhimento executado pelos profissionais.

DSC S: Muitos profissionais de saúde, aqui no município, não têm o conhecimento sobre o que é a PNH, independente do grau de formação; os que possuem noção, acabam deixando de executá-la, achando que não é importante. Enquanto gestão não disponibilizar essas informações a nível dos usuários e profissionais, se perde o sentido da política... Há a necessidade de trabalhar essa temática [...]. A humanização nos serviços de saúde nunca é demais. Se formos analisar as esferas da gestão do SUS, principalmente a descentralização, há trabalho a ser realizado a nível municipal. *GESTORES*

DSC T: A estratégia que visualizo é a educação permanente. Para fortalecer o acolhimento dentro desse cenário, seria desafiador... Voltando ao Previne Brasil, a questão das metas a serem seguidas, de captação ponderada, pagamento por desempenho e as dos profissionais, acaba por prender a atenção da gestão, deixando de lado o acolhimento. A educação permanente dos profissionais, via treinamentos e capacitações, deveria ser pautado na importância da qualidade do serviço ofertado. Há seis anos, o governo mandava muitos cursos para a área da saúde [...]. Havia a possibilidade de cursos gratuitos, ir para outras cidades, contatar outros profissionais e suas experiências estratégicas... Isso também deixaria o lado profissional mais rico. *GESTORES*

DSC U: É superimportante apontar para a gestão a necessidade da implementação de uma política de humanização a nível do município e que seja um processo contínuo, devido a rotatividade profissional. É uma necessidade do município que a gestão entre com projetos de capacitação ao servidor através de uma PNH municipal. Dentro do SUS existem várias políticas, que é o caso da PNH. Cabe a cada município desenvolvê-la e descentralizá-la. Não há preparo para novos profissionais, eles sempre se adequam ao cotidiano da unidade; isso não mantém uma qualidade de serviço devido à falta de instruções prévias [...]. Essa política deveria trabalhar em toda a rede, desde a regulação de marcação de consulta a demais gestão dos serviços e ver um modo de monitoramento. É preciso o apoio da gestão para o desenvolvimento dessa política a nível do município. *TRABALHADORES*

Os entrevistados expressaram a ideia de que a escuta qualificada presente nas UBSs do município não é efetiva. Os profissionais relataram que a organização do fluxo de trabalho conciliado com a demanda espontânea poderia ser planejada. Ainda, o Programa Previne Brasil parece preocupar a gestão pelas metas quantitativas a serem atingidas, uma vez que podem comprometer o repasse de verbas da saúde ao município. A preocupação com metas e o trabalho sob agendamento de grupos de usuários específicos pode interferir o processo do acolhimento, dado que as demandas espontâneas não são consideradas no fluxo de trabalho, cooperando para a superlotação das UBSs e saturação profissional

(AFFONSO; BERNARDO, 2015; MOROSINI *et al.*, 2020). Também, a ausência de disponibilidade dos profissionais (gestores e trabalhadores) em decorrência das agendas lotadas foi considerada uma dificuldade para a realização das entrevistas deste trabalho.

Sabe-se que o diálogo é um momento único de partilha em rodas de conversa, onde os interlocutores complementam-se, realizando o exercício de ouvir e falar. As contribuições de cada participante são construídas por meio das interações com os demais, seja para complementar, discordar, ou concordar com falas anteriores da roda. Conversar, nessa extensão, significa compreender com profundidade, refletir e analisar tudo o que é compartilhado (WARSCHAUER, 2001). Ao pensar na adoção desse instrumento (roda de conversa), deve-se considerar que o diálogo construído representa o pensar, agir e falar de diferentes indivíduos, com histórias de vida distintas e modos próprios de pensar e de sentir (WARSCHAUER, 2004).

Ao longo dos relatos apresentados neste estudo, foi possível identificar que a PNH não é uma política conhecida e praticada entre os trabalhadores dos diferentes setores da saúde entrevistados. A denotação de “acolhimento”, também, sugeriu induzir as respostas com base na compreensão literal da palavra (CASSELLA; MACHADO, 2018).

A educação permanente mencionada, é decorrente da PNEPS (BRASIL, 2018; CECCIM, 2021). Os gestores e trabalhadores entrevistados, nessa pesquisa, corroboram em suas falas quanto ao uso dessa política para a reorientação do processo de trabalho baseado nas capacitações profissionais. No entanto, apenas os trabalhadores apontam a necessidade da descentralização da PNH e implementação no âmbito municipal. Essa proposta poderia proporcionar a melhoria dos serviços de saúde pelas reorganizações dos processos de trabalho pelas equipes técnicas e administrativas, uma vez que a coletividade para o planejamento de ações e estratégias, também, reformularam a diretriz do acolhimento na AB, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da práxis do acolhimento identificada neste estudo parece ser incipiente decorrente do desconhecimento da PNH advindo da falta de investimento em EPS para o aprimoramento deste dispositivo, além da alta rotatividade de profissionais nas UBSs refletindo na organização dos processos de trabalho. Pode-se inferir que, para a prática do acolhimento como diretriz da PNH, necessita ser de fato implementada e transversalizada em toda a RAS, com foco inicial nas ESF, que é a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde.

Uma vez que os participantes desse estudo apresentaram uma compreensão genérica do acolhimento, pode sofrer interferência no processo de trabalho. O entendimento é reflexo da atual conjuntura contraditória às políticas universais inclusivas do SUS por causa da não capacitação da equipe de saúde, quer seja propiciada por parte da gestão ou buscada pelos trabalhadores.

A realização desse estudo despertou reflexões sobre os desafios frente à falta de um programa de educação permanente em saúde, falha de comunicação nas próprias ESF e pontos da rede, com a identificação da perspectiva inadequada do que concerne à diretriz do acolhimento e seu papel no desenvolvimento da PNH na AB. Os discursos apontaram a necessidade de um constante investimento para a atualização e aperfeiçoamento dos trabalhadores.

No geral, os entrevistados reconheceram as falhas decorrentes do conhecimento superficial de uma das principais diretrizes da PNH: o acolhimento.

A prática da humanização desde o acolhimento precisaria suprir as barreiras para ampliação do acesso à saúde nos territórios. A alta rotatividade profissional, apontada tanto pela gestão quanto pelos trabalhadores de saúde, reverberam em lacunas no processo de trabalho, resultando o desuso de ferramentas e sistemas disponíveis para a problematização e desenvolvimento de ações coletivas; ainda, a PNEPS poderia ter sua continuidade interrompida pela não permanência dos profissionais.

Os entes municipais poderiam, com base nesse contexto, refletir sobre a implementação da PNH a nível municipal, de modo a enraizar os preceitos e diretrizes dessa política, transferindo o domínio e a prática desta em qualquer novo núcleo de gestão ou de profissionais instituído.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 23-43, mar. 2015. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HmS7VKt3Kx8PMGrq7jvsfwM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

AGUIAR, N. L.T.; RIBEIRO, M. A.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; BALICA, H. L. L.; SILVEIRA, N. C. Análise do acolhimento na estratégia Saúde da Família de Sobral (Ceará): discurso do sujeito coletivo de enfermeiros. **Revista Espaço para à Saúde**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 45-55, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2018v19n1p45>. Acesso em: 2 jul. 2021.

AROUCA, S. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BARBOSA, M. M. A. **Prática de fisioterapia na perspectiva da política nacional de humanização da atenção e da gestão em saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=168960. Acesso em: 01 jul. 2021.

BARROS, M. M. A.; MENDES, M. L C.; FROTA, L. M. A.; ALMEIDA, J. R. S. A. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. **SANARE**, Sobral, v.17, n. 2, p.114-119, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1269/677>. Acesso em: 5 jul. 2022.

BASTOS, V. S.; SILVA, M. de S.; OSÓRIO, M. A. da S.; MATIAS, M. A. A.; SANTANA, L. M. de; SOUSA, F. F. de; SANTIAGO, R. F.; MEYER, S. A. Saúde do Idoso: Política de Humanização e Acolhimento na Atenção Básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 37, p. e-021223, mar. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/biblio-1378345>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde **Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2007**, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual técnico 2018**: Programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no SUS, PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R.; VOLPE, C. R. G.; SANTOS, W. S.; REHEM, T. C. M. S. B. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Rw6chsq5Hn3J3hFGYWdqBkD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARNEIRO, C.; RUIZ, E. M.; LANDIM, L. P.; SAMPAIO, J. J. C. **Acolher cidadão**: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá. Fortaleza: EdUECE, 2006. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/Acolher-cidad%C3%A3o-estrat%C3%A9gia-de-aperfei%C3%A7oamento-do-SUS-em-Quixad%C3%A1-Cear%C3%A1.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

CASSELLA, N. A.; MACHADO, F. R. S. Institutional support: the perception of the supporters in a public maternity hospital of Alagoas, Brazil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 799-820, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Z4zWDPJ8ZDvWxdp36bWkt9m/abstract/?format=html&lang=en>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Projeto QualificaAPSUS Ceará - Oficina 1: Atenção Primária à Saúde – Fundamentos, Gestão e Avaliação da Qualidade**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2017. 41p. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/qualificaapsus-apostila-1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CECCIM, R. B. **Formação e educação permanente em saúde**: processos e produtos no âmbito do mestrado profissional. São Paulo: Hucitec, 2021. 420p.

CECCIM, R. B. SILVA, S. M. N. B.; BENÍCIO, L. F. DE S.; MACEDO, K. P. S.; CASTRO NETO, C. S.; DE MESQUITA, K. O.; DE, FERREIRA, J. L. P.; LIMA, I.M. S. Plano estadual de educação permanente em saúde: um como fazer com base no nordeste brasileiro. *SANARE*, Sobral, v. 20, n. 1, p. 141-152, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i1.1558>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, maio 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 13 jul. 2022.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00056917, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00056917/pt/>. Acesso em: 13 jul. 2022.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, mar. 2009. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>. Acesso em: 13 jun. 2021.

COSTA, N. M. M. R.; LEMOS, R. C. A.; OLIVEIRA, P. S.; SGOTTI, G. B. Acolhimento: percepção de enfermeiros em uma unidade de urgência e emergência. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 3, p. 1-15, nov. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/bde-34328>. Acesso em: 5 ago. 2022.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Reception in Primary Health Care: an integrative review. **Rev Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, jul. 2015. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200514&script=sci_abstract. Acesso em: 2 fev. 2023.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M.; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P.S.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2961-2973, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2961-2973/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

DE PAULA, V. G.; PEREIRA, K. C. S. A.; TORMIN, C. V.; PAULA, C. F. Q. Acolhimento: um olhar inclusivo da política nacional de humanização como estratégia de inclusão social. **Educação: Saberes e Prática**, [S./], v. 7, p. 62-72, 2018. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/SaberesPratica/article/view/347>. Acesso em: 5 jul. 2022.

DOLNY, L. L.; LACE, J. T.D.; NILSON, L. G.; CALVO, M. C. M.; NATAL, S.; MAEYAMA, M. A Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 15-38, jan./fev. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/5876/5273>. Acesso em: 5 ago. 2022.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Co-management in the context of Brazil's National Humanization Policy: an integrative review. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 2949-2959, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G7XhLNvSZGX7QFymgKDHD9H/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 2 fev. 2023.

FAUSTO, M. C. R.; RIZZOTO, M. L. F.; GIOVANELLA, L.; SEIDL, H.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P.F. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 12-14, set. 2018. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2022.

FERRAZ, L.; VENDUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v28i2.8366>. Acesso em: 12 maio 2021.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1437-1450, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>. Acesso em: 12 maio 2021.

FIGUEREIDO, F. I. D.; TORRES, G. M. C.; CÂNDIDO, J. A. B.; MORAIS, A. P. P.; PINTO, A. G. A.; ALMEIDA, M. I. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S./], v. 8, n. 1, p. 27-38, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-> Acesso em: 21 jan. 2023.

FRANÇA, T.; PIERANTONI, C.; BELISARIO, S.; MEDEIROS, K.; CASTRO, J.; CARDOSO, I.; GARCIA, A. A capilaridade da política nacional de educação permanente em saúde no Brasil. **Atas – Investigação Qualitativa em Saúde**, [S./], v. 2, n. 2, p. 62-75, jul. 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/issue/view/13>. Acesso em: 27 out. 2021.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980. 53 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017.

GIORDANI, J. M A.; UNFER, B.; MERHY, E. E.; HILGERT, J. B. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. APS**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 7-25, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16690>. Acesso em: 5 ago. 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. D. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, abr. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9bCCVfxtqfHFthKrH4sZ8dn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

GONÇALVES, C. B.; PINTO, I.C.M.; FRANÇA, T.; TEIXEIRA, C. F. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 12-23, ago. 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S101>. Acesso em: 27 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Ceará: Município de Ibicuitinga**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ibicuitinga/pesquisa/32/28163>. Acesso em: 11 jun. 2021.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; FERNANDES, R. B. P.; PRUDENTE, J.; SCHAEFER, R.; KOLLING, V. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 687-692, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>. Acesso em: 12 maio. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; DE MELO, R. H. V.; DE FRANÇA, R. C. da S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Rev Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Acesso em: 22 jun. 2020.

LOPES, V. F. **As ações do serviço social em relação à política nacional de humanização em hospitais**. 2016. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200010>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MELO, M. V. S. **Implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família de um município de grande porte do Nordeste Brasileiro**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20092?locale=pt_BR. Acesso em: 2 jul. 2022.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 58-70, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2022.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social**. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. BAPTISTA.; TATIANA, W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 28 fev. 2023.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, Teresina, v. 23, n. 1, p. 95-103, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>. Acesso em: 27 out. 2021.

NICOLETTO, S. C. S.; BUENO, V. L. R. C.; NUNES, E. F. P. A. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>. Acesso em: 27 jun. 2021.

NOBRE, J. P. S.; VIEIRA, J. P. A.; GADELHA, R. R. M.; CARVALHO, M. M. B. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-23, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v1i1.1364>. Acesso em: 13 jul. 2021.

OLIVEIRA, J. R.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z.; BARROS, L. A.; LISBÔA, G. L. P. Concepções e Práticas de Acolhimento apresentadas pela Enfermagem no contexto da Atenção Básica à Saúde. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 5, p. 1545-1555, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i10a10869p1545-1555-2015>. Acesso em: 13 jul. 2021.

PASTANA, I. C. A. S.; PEREIRA, E. C.; LIMA, J. C. S.; SCHVEITZER, M. C. Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**. [S.l.], v. 20, n. 2, p. 54-62, dez. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022200/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-54-62.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2022.

PAVAN, C. Sobre o fim da PNH enquanto política de governo. **Rede Humaniza SUS**. 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo/>. Acesso em: 5 jul. 2022.

PEREIRA, E. C.P.; CRISTINA SANTOS LIMA, J. C. S. L.; CABRAL SCHVEITZER, M. Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 54-62, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34476>. Acesso em: 5 ago. 2022.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, v. 22, p. 1753-1756, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0469>. Acesso em: 5 jul. 2022.

RIBEIRO, A. L. T. S.; SILVA, D. G.; BORGES, E. K. P.; ARAÚJO, G. O.; ROSA, K. C. O.; LOPES, L. K. S.; BONFIM, R. C. C.; GUIMARÃES, L. B. E. SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1281-1289, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2022.

RIBEIRO, M. A.; ALBUQUERQUE, I. M. A. N.; CUNHA, I. C. K. O.; OLIVEIRA MAYORGA, F. D. O.; NETO, F. R. G. X.; SILVEIRA, N. C. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em revista**, Belo Horizonte v. 1, n. 1, p. 29-38, mar. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/jaque/Downloads/editoria,+5-Texto+do+artigo-103-1-18-20190314.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2023.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e280206, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>. Acesso em: 5 jul. 2022.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; SLOMP, H.; MERHY, E. E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, v. 23, p. e170627, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180589>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>. Acesso em: 3 fev. 2023.

SILA AMORIM, F. K.; PANTOJA, A. M.; SILVA COSTA, T. A saúde pública no Brasil e a construção estratégica da política nacional de humanização: o serviço social balizando o debate sobre o percurso institucional de sua implementação. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: ABEPSS, 2019.

SILVA FILHO, J. A.; CUNHA, C. M.; SANTOS, R. L.; VICTOR, I. A. B.; VIEIRA, R. P.; OLIVEIRA, I. M. M. Percepção dos Pacientes Hipertensos sobre o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Jaboaão dos Guararapes, v. 12, n. 40, p. 980-904, maio 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1157/0>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SILVA, I. N.; PEREIRA, V. A.; ARAÚJO, L. C. N. Implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. **Gep News**, Maceió, v.1, n.1, p. 2-7, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4674/3281>. Acesso em: 3 ago. 2022.

SIQUEIRA, J. **A política da educação permanente em saúde no desenvolvimento da gestão do SUS e do cuidado em saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qFa9KvwUljU>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. Educação permanente em saúde na formação da rede brasileira de escolas de saúde pública. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 116-126, ago. 2019. Sup. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S110>. Acesso em: 27 out. 2021.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400021>. Acesso em: 23 nov. 2020.

TEIXEIRA, R. PNH como política de governo: fim ou mudança? **Rede Humaniza SUS**. 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/91722-pnh-como-politica-de-governo-fim-ou-mudanca/>. Acesso em: 5 jul. 2022.

TOCANTIS (Estado). **Dispositivos e contribuições da política nacional de educação permanente em saúde e política nacional de humanização**: para o fortalecimento dos processos de trabalho de gestores e profissionais da atenção primária no Tocantins. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. 38 p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/558016/>. Acesso em: 21 maio 2021.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, p. 193-206, jan./mar. 2019. Supl. 1.

VASCONCELOS, M. F. F.; NICOLOTTI, C. A.; SILVA, J. F.; PEREIRA, S. M. L. R. Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 981-991, ago. 2016.

WARSCHAUER, C. **Rodas e narrativas**: caminhos para a autoria de pensamento, para a inclusão e a formação. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 13-23. Disponível em: http://www.rodaeregistro.com.br/pdf/textos_publicados_3_rodas_e_narrativas_caminhos_para_a_autoria.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2022.

WARSCHAUER, C. **Rodas em rede**: oportunidades formativas na escola e fora dela. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de dissertação de mestrado intitulado: **A PRÁXIS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que tem como objetivo: Descrever a práxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família a partir da percepção de usuários, trabalhadores e gestores de saúde do Município de Ibicuitinga – CE. O estudo tem como pesquisadores a mestranda Jardênia Pinheiro da Silva Nobre, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Professora Dra. Alice Maria Correia Pequeno, orientadora da pesquisa. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista estruturada aos gestores de saúde (Coordenador da Atenção Básica e Coordenador de Saúde Bucal).

Os procedimentos utilizados no estudo oferecem riscos mínimos de natureza não física, os quais estão relacionados ao desconforto ou constrangimento diante dos assuntos abordados, ao responder às questões que envolvem informações sobre o cotidiano e as relações interpessoais do trabalho, além de cansaço ou incômodo relacionados ao tempo destinado à coleta das informações. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação e prevendo estes possíveis riscos, os pesquisadores se comprometem em minimizá-los com a garantia do sigilo das informações, assim também a realização da entrevista de acordo com a sua disponibilidade e conveniência, desde que dentro do prazo estabelecido para a coleta dos dados. Além disso, compromete-se a suspender a pesquisa imediatamente ao ser informada de qualquer desconforto emocional ou outro tipo de dano.

Os benefícios da pesquisa consistem em contribuir para a compreensão dos desafios na concretização da Política Nacional de Humanização (PNH), em específico sobre o Acolhimento em Saúde desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde Família no Município de Ibicuitinga/CE. A mesma, também fomentará o debate sobre essa questão contribuindo com o conhecimento sobre as experiências inerentes ao processo de trabalho dos trabalhadores da ESF que operam no atendimento das unidades de saúde do referido município, evidenciando como e onde essa proposta acontece no cotidiano do serviço, trazendo a centralidade das

discussões para que o trabalhador da saúde possa aprimorar o cuidado em saúde guiado pelos princípios, saberes e práticas preconizados pela PNH. Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária, portanto, poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, sem que isso traga nenhuma penalização, ônus financeiros ou risco de sofrer qualquer procedimento que possa incorrer em danos. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com senha em computador do pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Você poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Em caso de dúvidas relativas à sua participação na pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis através dos seus telefones: Orientanda: Jardênia Pinheiro da Silva Nobre, número de telefone (88) 99241-5956, pelo e-mail: jardeniapinheirofisio@hotmail.com e a professora Dra. Alice Maria Correia Pequeno, orientadora da pesquisa, pelo e-mail: alicepequeno@gmail.com.

O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3101-9890- Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60740-000, com funcionamento de segunda a sexta das 08h às 12h e das 13h às 17h e *e-mail* para mais informações: cep@uece.br. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que fui convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora acerca do objetivo do estudo e do procedimento de coleta de dados a que serei submetido(a). Estou ciente dos riscos e benefícios do estudo. Também fui esclarecido (a) de que meu nome não será divulgado. Não serei remunerado pela participação e nem terei despesas. Tenho ciência de que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízos de nenhum tipo.

O abaixo assinado, _____, _____ anos, RG nº _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada desse termo.

Ibicuitinga____/____/____

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: **A PRAXÍS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que tem como objetivo: Descrever a práxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família a partir da percepção de usuários, trabalhadores e gestores de saúde do Município de Ibicuitinga-CE. O estudo tem como pesquisadores a mestranda Jardênia Pinheiro da Silva Nobre, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Prof.^a Dr.^a Alice Maria Correia Pequeno, orientadora da pesquisa. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, participando enquanto trabalhador/profissional da saúde, por meio de rodas de conversas com roteiro contendo questões referentes as práticas do acolhimento na ESF.

Os procedimentos utilizados no estudo oferecem riscos mínimos de natureza não física, os quais estão relacionados ao desconforto ou constrangimento diante dos assuntos abordados, ao responder às questões que envolvem informações sobre o cotidiano e as relações interpessoais do trabalho, além de cansaço ou incômodo relacionados ao tempo destinado à coleta das informações. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação e prevendo estes possíveis riscos, os pesquisadores se comprometem em minimizá-los com a garantia do sigilo das informações, assim também a realização da entrevista de acordo com a sua disponibilidade e conveniência, desde que dentro do prazo estabelecido para a coleta dos dados. Além disso, compromete-se a suspender a pesquisa imediatamente ao ser informada de qualquer desconforto emocional ou outro tipo de dano.

Os benefícios da pesquisa consistem em contribuir para a compreensão dos desafios na concretização da Política Nacional de Humanização (PNH), em específico sobre o Acolhimento em Saúde desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde Família no Município de Ibicuitinga/CE. A mesma, também fomentará o debate sobre essa questão contribuindo com o conhecimento sobre as experiências inerentes ao processo de trabalho das equipes trabalhadores da ESF que operam no atendimento das unidades de saúde do referido município, evidenciando como e onde essa proposta acontece no cotidiano do serviço, trazendo a centralidade das

discussões para que o trabalhador da saúde possa aprimorar o cuidado em saúde guiado pelos princípios, saberes e práticas preconizados pela PNH.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária, portanto, poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, sem que isso traga nenhuma penalização, ônus financeiros ou risco de sofrer qualquer procedimento que possa incorrer em danos. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com senha em computador do pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Você poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Em caso de dúvidas relativas à sua participação na pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis através dos seus telefones: Orientanda: Jardênia Pinheiro da Silva Nobre, número de telefone (88) 99241-5956, pelo e-mail: jardeniapinheirofisio@hotmail.com e a professora Dra. Alice Maria Correia Pequeno, orientadora da pesquisa, pelo e-mail: alicepequeno@gmail.com.

O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3101-9890- Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60740-000, com funcionamento de segunda a sexta das 08h às 12h e das 13h às 17h e *e-mail* para mais informações: cep@uece.br. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que fui convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora acerca do objetivo do estudo e do procedimento de coleta de dados a que serei submetido(a). Estou ciente dos riscos e benefícios do estudo. Também fui esclarecido (a) de que meu nome não será divulgado. Não serei remunerado pela participação e nem terei despesas. Tenho ciência de que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízos de nenhum tipo.

O abaixo assinado, _____, _____ anos, RG nº _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada desse termo.

Ibicuitinga – CE/___/___/___

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA SAÚDE

Código do participante: _____

- Como foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH) na Estratégia Saúde da Família no Município de Ibicuitinga – CE?
- Como acontece o acolhimento aos usuários pelos trabalhadores da ESF?
- Que ações foram ou estão sendo desenvolvidas no âmbito municipal para a promoção/aprimoramento do acolhimento na ESF?
- Quais desafios e possibilidades você visualiza para o acolhimento?
- Como você observa a necessidade de se trabalhar a PNH no município? Por quê?
- Considerando o cenário atual, quais estratégias você vislumbra para fortalecer o acolhimento na ESF?

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA RODAS DE CONVERSAS COM TRABALHADORES

A PRAXÍS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data: ____/____/____

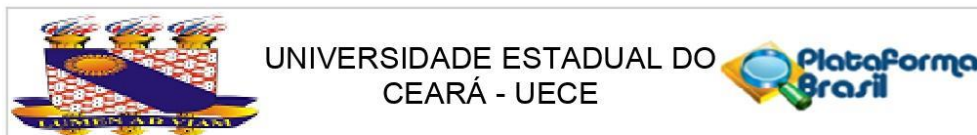
Nome fictício: _____

Tempo de atuação na ESF do Município de Ibicuitinga – CE? _____

Sexo: _____

- Qual sua percepção sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)?
- Qual a sua percepção sobre o Acolhimento no processo de trabalho na ESF?
- Quais atividades você participou para aprimorar o seu processo de trabalho, em especial voltado para o acolhimento? Como essas atividades contribuíram para o processo de trabalho relacionado ao acolhimento?
- Você considera que o acolhimento realizado no processo de trabalho da ESF está articulado com a PNH? Por quê?
- Quais são os desafios e possibilidades encontradas com relação ao acolhimento no cotidiano do seu trabalho?
- Considerando o cenário atual, quais estratégias você vislumbra para fortalecer o acolhimento na ESF?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACOLHIMENTO NA PRÁXIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: JARDENIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55871622.0.0000.5534

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.527.377

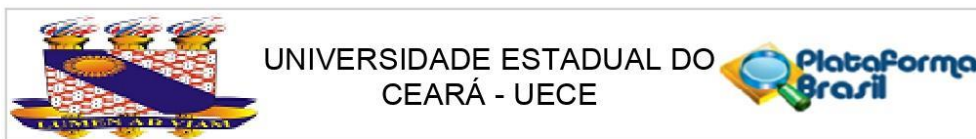
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que visa descrever a praxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família a partir da percepção de usuários, trabalhadores e gestores de saúde do município de Ibicuitinga- Ce, norteados a luz da Política Nacional de Humanização (PNH). É um estudo que pretende contribuir para a compreensão dos desafios na concretização do Acolhimento na busca da universalidade, equidade e integralidade da assistência nos seus vários sentidos e dimensões, considerando o entendimento das concepções dos gestores, usuários e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas praxis. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritivo. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, dos produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos, e do modo como sentem e pensam. Os participantes da pesquisa serão gestores e trabalhadores de saúde que estejam vinculados e desenvolvendo suas atividades junto a ESF, os profissionais do NASF-AB e usuários que no último ano utilizaram os serviços de ESF, domiciliados na área de abrangência, apresentando a idade maior que 18 anos e com capacidade cognitiva para responder as questões da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é "Descrever a praxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família a partir da percepção de usuários, trabalhadores e gestores de saúde do município de

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.527.377

Ibicuitinga- CE.". Os objetivos secundários são: Conhecer as experiencias vivenciadas para aprimoramento do acolhimento pelos trabalhadores da Estrategia da Saude da Familia; Identificar os desafios e possibilidades encontrados no processo de trabalho relacionados ao Acolhimento a partir percepcao de usuarios, trabalhadores e gestores de saude da ESF; Promover espacos coletivos de reflexao dos profissionais, gestores e usuarios no ambito da Estrategia Saude da Familia para a operacionalizacao do acolhimento nas praxis norteado a luz da PNH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que o risco da pesquisa envolve "riscos mínimos de natureza não física, os quais estão relacionados ao desconforto ou constrangimento diante dos assuntos abordados, em responder às questões que envolvem informações sobre o cotidiano e as relações interpessoais do trabalho, além de cansaço ou incômodo relacionados ao tempo destinado à coleta das informações.". Além disso, afirma que "compromete-se a suspender a pesquisa imediatamente ao ser informada de qualquer desconforto emocional ou outro tipo de dano". Para minimizar esses riscos, o autor garante que "Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação e prevendo estes possíveis riscos, o pesquisador se compromete em minimizá-los com a garantia do sigilo das informações, assim também a realização da entrevista de acordo com a sua disponibilidade e conveniência, desde que dentro do prazo estabelecido para a coleta dos dados".

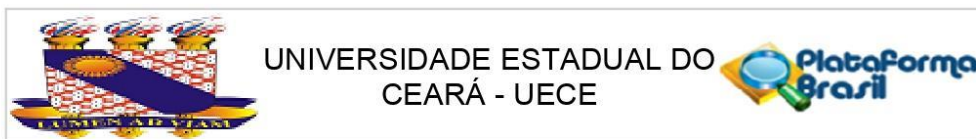
No que se refere aos benefícios, o pesquisador destaca que "consistem em contribuir para a compreensao dos desafios na concretizacao da Política Nacional de Humanizacao (PNH), em especifico sobre o Acolhimento em Saude desenvolvido no ambito da Estrategia Saude Familia no municipio de Ibicuitinga/Ce.". O pesquisador também afirma que "fomentara o debate sobre essa questao contribuindo com o conhecimento sobre as experiencias inerentes ao processo de trabalho das equipes trabalhadores da ESF que operam no atendimento das unidades de saude do referido municipio, evidenciando como e onde essa proposta acontece no cotidiano do servico, trazendo a centralidade das discussoes para que o trabalhador da saude possa aprimorar o cuidado em saude guiado pelos principios, saberes e praticas preconizados pela PNH."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta da pesquisa viabilizará as praticas dos profissionais para o acolhimento na Estrategia da Saude da Familia a partir da percepcao de usuarios, trabalhadores e gestores de saude do municipio de Ibicuitinga-CE descritas.

Nos termos de apresentação obrigatória Carta de anuência do município, Termo de anuência e TCLE dos diferentes participantes, o pesquisador faz referência à garantia da confidencialidade, da anonimização dos dados, da liberdade de recusa e de retirada do consentimento a qualquer

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700		CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	Município: FORTALEZA	
UF: CE		
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906	E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.527.377

momento, bem como do direito a buscar indenização em caso de danos. Em síntese, a pesquisa possui benefícios em termos sociais e científicos que justificam ser realizada.

- Além disso, todos os riscos e as maneiras de os contornar estão descritos.
- Os participantes não terão custos com transporte ou alimentação para participar da pesquisa.
- Há menção sobre a possibilidade de danos e menciona sobre o direito a buscar por indenização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) A folha de rosto

- contém a assinatura do pesquisador responsável,
- bem como a assinatura e o carimbo do responsável da instituição proponente.

2) o TCLE

- estão em forma de convite,
- apresentam o título e o objetivo da pesquisa,
- explicitam adequadamente os riscos e benefícios,
- informam o telefone, e-mail, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável e
- constam o telefone, endereço e e-mail do CEP

3) Quanto à Carta de Anuência,

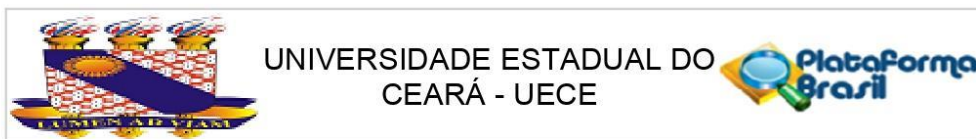
- Na carta estão descritos o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal,
- o período em que os dados serão coletados.
- Além disso, apresenta o carimbo da instituição e a assinatura do responsável,
- bem como indica a ciência de suas co-responsabilidades.
- Não indica o que será realizado na instituição, nem quais locais do município serão utilizados

4) Destaca-se que o cronograma

- está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo e
- que a coleta de dados será iniciada somente após aprovação do CEP, porém é no período de abril, uma vez que o projeto foi submetido em fevereiro.

5) E, por fim, no orçamento:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700		CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	Município: FORTALEZA	
UF: CE	Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906
		E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.527.377

- consta a fonte do financiamento próprio e
- está coerente com o método proposto.

A folha de rosto contém a assinatura da pesquisadora responsável, bem como a assinatura e o carimbo do responsável da instituição proponente. O TCLE está em forma de convite, apresenta o título e o objetivo da pesquisa, explicita adequadamente os riscos e benefícios, informa o telefone, e-mail, nome completo e campo para assinatura da pesquisadora responsável e consta o telefone, endereço e e-mail do CEP. O cronograma está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo e pelo cronograma pressupõe-se que a coleta de dados será iniciada somente após aprovação do CEP e os participantes não terão custos com transporte ou alimentação para participar da pesquisa.

Recomendações:

Envio do relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

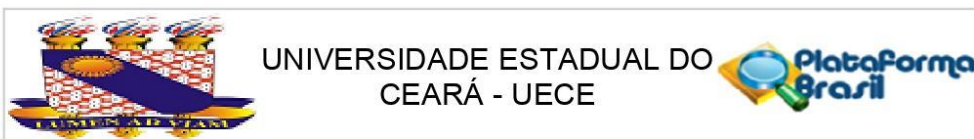
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1886791.pdf	06/02/2022 00:14:15		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/02/2022 23:51:58	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEC.pdf	05/02/2022 23:51:01	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEB.pdf	05/02/2022 23:50:40	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEA.pdf	05/02/2022 23:50:16	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.527.377

Ausência	TCLEA.pdf	05/02/2022 23:50:16	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	05/02/2022 23:41:21	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/02/2022 23:31:41	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO.pdf	05/02/2022 23:29:58	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA NOBRE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	05/02/2022 23:28:07	JARDENIA PINHEIRO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 14 de Julho de 2022

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde da Família REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF

Prezado Dr. Elistênio da Nóbrega Lima,
(Secretário Municipal de Saúde de Ibicuitinga – CE)

Solicitamos a V.S.^a autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“A PRÁXIS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** a qual se pretende: descrever a práxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família a partir da percepção de trabalhadores e gestores do Município de Ibicuitinga – CE. Assim, confere a autorização para convidar os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família das cinco equipes da ESF, bem como os profissionais que compõem a equipe multiprofissional e gestores municipais de saúde desse município para colaborarem com essa pesquisa.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes, e somente iniciará a pesquisa após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Ibicuitinga, 28 de julho de 2021.

Elistênio da Nóbrega Lima
(Secretário Municipal de Saúde de Ibicuitinga – CE)