

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

MILENA VIEIRA DA SILVA MELO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO**

João Pessoa
2019

MILENA VIEIRA DA SILVA MELO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Talitha Rodrigues R. F. Pessoa

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

João Pessoa
2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M528i Melo, Milena Vieira da Silva.

Implantação do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família de um município de grande porte do Nordeste brasileiro / Milena Vieira da Silva Melo. - João Pessoa, 2019.

78 f.

Orientação: Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Acolhimento. 2. Saúde da Família. 3. Humanização da assistência. 4. Avaliação em Saúde. I. Pessoa, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes. II. Título.

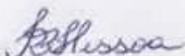
UFPB/BC

MILENA VIEIRA DA SILVA MELO

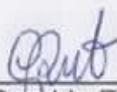
**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO**

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

Banca Examinadora:



Presidente/Orientador: Prof.ª Dr.ª Talitha Rodrigues Ribeiro F. Pessoa
Universidade Federal da Paraíba



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes Brito
Universidade Federal da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Maria de Lourdes de Farias Pontes
Universidade Federal da Paraíba

Aprovado em 31 de outubro de 2019
João Pessoa

A Deus, que ilumina minha vida e me sustenta a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o centro e fundamento de minha vida, por renovar a cada momento a minha força, e a Nossa Senhora que sempre intercede por mim.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Talitha Pessoa pelos ensinamentos, pelo tempo disponibilizado, pela atenção e pela ajuda para realização dessa pesquisa.

À toda minha família, em especial, meu pai, minha mãe e meu irmão que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até aqui e à minha avó Angelina (in memorian) que está sempre presente em minha vida.

Meus sinceros agradecimentos ao meu namorado Danilo, por todo carinho, companheirismo e incentivo à minha formação e vida profissional. E à toda sua família a quem tenho tanto afeto.

Agradeço à Secretaria Municipal de Jaboatão pela liberação e autorização para realização dessa pesquisa.

À minha equipe de trabalho e aos usuários que aceitaram participar dessa pesquisa e tanto contribuíram.

Aos estagiários que passaram pela Unidade de Saúde e também colaboraram.

Aos meus colegas de turma do mestrado por todas experiências compartilhadas e apoio de sempre.

A todos os professores do mestrado pelas trocas de conhecimento e experiências.

Aos meus amigos da vida Juliana, Laís, Diego, Rennan, Kamila, Marília, Kamilla Passos e Niágara que sempre me apoiaram.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

“Se nada ficar dessas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança do povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo que seja menos difícil de amar.”

(Paulo Freire)

MELO, Milena Vieira da Silva. *Implantação do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família de um município de grande porte do Nordeste brasileiro*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

RESUMO

No Brasil, muitos desafios se interpõem à efetivação do princípio da integralidade da assistência em saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e a falta de preparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde. Com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS. Essa Política aponta como uma de suas diretrizes o acolhimento, com a proposta de otimizar a porta de entrada dos serviços, incluindo a Unidade de Saúde da Família (USF), facilitando o acesso e orientando o fluxo do usuário. Esse estudo teve como objetivo implantar o acolhimento como estratégia de gestão do cuidado em uma USF de um município de grande porte do Nordeste brasileiro. Tratou-se de um projeto de intervenção com abordagem da pesquisa-ação. Antes da implantação do acolhimento, havia a centralização no médico e o fluxo de atendimento era rígido, restringindo o acesso da população ao serviço. As reclamações e a insatisfação persistente motivaram a equipe para a implantação do acolhimento na USF. Após a mudança, o novo processo de trabalho flexibilizou as funções, descentralizando a responsabilidade do atendimento para o restante da equipe e eliminou as filas de demanda espontânea diárias na porta da unidade. Para a avaliação da implantação do acolhimento, realizou-se estudo descritivo e transversal por meio da aplicação de questionário quantitativo com 210 usuários e realização de entrevista semiestruturada com 10 profissionais da USF. Os dados dos usuários foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial por meio do teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. Para as falas dos profissionais, foi utilizada a análise de conteúdo com abordagem temática. Os usuários avaliaram que houve melhoria com a implantação do acolhimento (92,4%, n=194), refletida na conduta dos profissionais durante o mesmo (58,6%, n=123), estando essa avaliação positiva significativamente relacionada à satisfação com as informações oferecidas pelos profissionais durante o atendimento ($p \leq 0,05$). Um

menor tempo de espera para o agendamento da consulta também foi associado significativamente à uma boa avaliação dos usuários sobre a implantação do acolhimento ($p \leq 0,05$). A percepção dos profissionais também foi positiva e as categorias obtidas relacionaram-se a: facilitação do acesso à USF, resolutividade do atendimento, otimização do processo de trabalho e humanização como forma de compreender o usuário sem restrições respeitando suas diferenças. A implantação do acolhimento na USF proporcionou mudanças significativas e sustentáveis, afirmando a necessidade de integração entre o cuidado e a gestão do processo de trabalho na produção do cuidado em saúde, com formação de espaços para que os trabalhadores possam refletir sobre sua prática, além do investimento na humanização dos serviços, sobretudo na Atenção Básica.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde da Família; Humanização da assistência; Avaliação em Saúde.

MELO, Milena Vieira da Silva. *The implementation of user embracement in a Family Health Unit in a large municipality of northeast Brazil*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

ABSTRACT

In Brazil, many challenges stand in the way of implementing the principle of integrality health care, such as the expansion of quality access to services and the lack of preparation of professionals in dealing with the subjective dimension in health care practices. In order to improve the quality of services provided to the population, the Health Ministry created the National Policy for Humanization of Care and Management in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde) – HumanizaSUS. One of the guidelines of this policy is the reception, with the proposal to optimize the gateway to service, including the Family Health Unit (FHU), facilitating access and guiding the flow of the user. This study aimed to implement reception as a care management strategy in a FHU of a large city in northeastern Brazil. It was an intervention project with an action research approach. Prior to the implementation of the reception, there was centralization in the doctor and the flow of care was rigid, restricting the population's access to service. Complaints and persistent dissatisfaction motivated the team to implement reception in the FHU. Following the change, the new work process made functions more flexible, decentralizing the responsibility of care to the rest of the team and eliminating the daily spontaneous demand queues at the unit's door. To assess the implementation of reception, a descriptive and cross-sectional study was conducted by applying a quantitative questionnaire with 210 users and conducting a semi-structured interview with 10 professionals from the FHU. User data was analyzed using descriptive and inferential statistics using Pearson's chi-square test with a significance level of 5%. Content analysis with thematic approach was used in the professional's speeches. The users evaluated that there was an improvement with the implementation of reception (92.4%, n=194), reflected in the conduct of professionals during the reception (58.6%, n=123), and this positive assessment was significantly related to satisfaction with the information offered by the professionals during the service ($p \leq 0,05$). A shorter waiting time for appointment scheduling was also significantly associated with

a good user evaluation on the implementation of reception ($p \leq 0,05$). Professionals' perceptions were also positive and the categories obtained were related to: facilitation of access to the FHU, resoluteness of care, optimization of the work process and humanization as a way to understand the user without restrictions, respecting their differences. The implementation of reception at the FHU provided significant and sustainable changes, affirming the need for integration between care and work process management in the production of health care, with the formation of space for workers to reflect on their practice, in addition to investment in the humanization of services, especially in Primary Care.

Keywords: User Embrace; Family Health; Humanization of assistance; Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características demográficas e socioeconômicas dos usuários, Jabotão dos Guararapes, 2019.....45
- Tabela 2** - Avaliação dos usuários sobre a implantação do acolhimento e a conduta dos profissionais no acolhimento, Jabotão dos Guararapes, 2019.....46
- Tabela 3** - Associação da avaliação dos usuários sobre a implantação e a conduta dos profissionais no acolhimento com aspectos relacionados a acesso, a resolutividade e a qualidade do atendimento, Jabotão dos Guararapes, 2019.....47
- Tabela 4** - Associação da avaliação dos usuários sobre a implantação e a conduta dos profissionais no acolhimento com as etapas de avaliação, Jabotão dos Guararapes,2019.....49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar Saúde Bucal

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MPSF – Mestrado Profissional em Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Atenção Primária à Saúde	19
3.2 Política Nacional de Humanização.....	20
3.3 Processo de trabalho.....	22
3.4 Acolhimento.....	24
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Tipo de estudo.....	30
4.2 Campo de estudo.....	30
4.3 Participantes/população e amostra.....	31
4.4 Etapas da intervenção.....	31
4.5 Etapas da avaliação da intervenção.....	33
4.5.1 Avaliação pelos usuários.....	33
4.5.2 Avaliação pelos profissionais.....	34
4.6 Considerações éticas.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5.1 Intervenção.....	36
5.1.1 Sensibilizando os profissionais para a implantação do acolhimento.....	36
5.1.2 Planejando o acolhimento.....	40
5.1.3 Organizando o processo de trabalho para o acolhimento.....	41
5.1.4 Conversando com a comunidade.....	41
5.1.5 Implantando o acolhimento.....	42
5.2 Avaliação da intervenção.....	44
5.2.1 Avaliação pelos usuários.....	44
5.2.2 Avaliação pelos profissionais.....	50
5.2.2.1 Facilitação do acesso à USF.....	51
5.2.2.2 Otimização do processo de trabalho.....	52
5.2.2.3 Resolutividade do atendimento.....	54
5.2.2.4 Humanização.....	56

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	66
Apêndice A - Questionário para usuários.....	67
Apêndice B - Roteiro semiestruturado para entrevista com profissionais	69
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
ANEXOS.....	71
Anexo A - Fluxo do acolhimento.....	72
Anexo B - Classificação de risco.....	73
Anexo C - Tabela classificação de risco.....	74
Anexo D - Parecer Consubstanciado CEP.....	75

1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se imprescindível modificar e ampliar a assistência prestada nos municípios. O modelo hegemônico médico centrado, tecnicista, com ênfase no indivíduo doente, já não atendia às necessidades de saúde da população. Um novo paradigma assistencial, organizado pela Atenção Primária a Saúde (APS) passou então, a integrar as políticas e ações governamentais, com a oferta de ações de cuidado longitudinal na busca da melhoria da situação de saúde e ampliação do acesso do usuário aos serviços de saúde (GOMES, PINHEIRO, 2005; AFFONSO, BERNARDO, 2015).

Com o intuito de fortalecer a APS, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização, priorizando as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adulto quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2008, BRASIL, 2017a).

Uma das principais razões para a ESF apresentar mudanças positivas e significativas na reorganização da APS, reside no fato de a estratégia buscar em suas metas e objetivos institucionais, políticos e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e no cuidado à família. Os profissionais buscam manter o compromisso com o envolvimento dos usuários a partir do estabelecimento do vínculo visando a promoção da humanização em saúde (BRASIL, 1994; BRASIL, 2006; SILVEIRA et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2008; BRASIL, 2017a).

Para se efetivar o princípio da integralidade da assistência em saúde, muitos desafios se apresentam, especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde, o desenvolvimento do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários e a falta de preparo dos profissionais para lidar com dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde (SILVEIRA et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2008; SILVA, 2012).

Diante desse cenário, houve a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Para isso, o Ministério da Saúde (MS) criou no SUS a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004; JUNGES et al., 2012; BORELLO, 2014).

A PNH aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a resolução dos mesmos, de forma singular em cada contexto. Aponta algumas diretrizes que orientam e norteiam essa política e entre elas está o acolhimento (GOMES, PINHEIRO, 2005; JUNGES et al., 2012; LOPES et al., 2014).

Essa política descreve o acolhimento como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a propiciar uma escuta qualificada e uma postura cidadã e humanizada dada a todo usuário que procura uma Unidade de Saúde. Está relacionado tanto com uma postura capaz de acolher, facilitar a escuta dos usuários que o procuram, buscar a resolução dos seus problemas como também a reorganização do processo de trabalho do serviço (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Com a proposta do acolhimento, a porta de entrada da Unidade de Saúde da Família (USF) é otimizada, facilitando o acesso e orientando o fluxo do usuário ao serviço. Uma das características do processo de trabalho da atenção básica é realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (SILVA, 2012; SÁ et al., 2013; BORELLO, 2014).

Na área de atenção à saúde, se faz necessário uma construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, no sentido de restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e a população (BORELLO, 2014; LOPES et al., 2014).

Diante do exposto, o interesse em intervir, por meio da implantação do acolhimento, no processo de trabalho de uma USF localizada em um município de grande porte do Nordeste brasileiro emergiu da frequente angústia e insatisfação dos trabalhadores e usuários no modo de organização da Unidade. Este estava relacionado principalmente à marcação de consultas, gerando filas por ordem de chegada sem avaliação do potencial de risco e agravo, com agendas restritivas dos

profissionais, ou seja, um modelo médico-centrado com pouca ação de vínculo e responsabilidade. Esta USF apresenta localização privilegiada, de fácil acesso, na divisa com o município de Recife, localizada próximo a feira livre do bairro e área de comércio local, apresenta um fluxo grande de pessoas devido a facilidade de acesso à USF.

Algumas tentativas de otimizar o processo de trabalho precederam a implantação do acolhimento, tais como modificações na forma de disponibilizar a agenda de consultas, no horário de agendamento e na realização de consulta de encaixe àqueles que buscavam o serviço, mas não haviam agendado consulta previamente. Essas alternativas, no entanto, não tiveram o êxito esperado pois a insatisfação ainda persistia.

Sendo assim, esse trabalho justificou-se pela necessidade de haver uma mudança no desenvolvimento do trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família (eSF) da USF. A partir da realidade presente, surge a proposta de intervenção pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) centrado na realidade com o objetivo de transformação, no sentido de haver o reconhecimento, a sensibilidade e o compromisso da equipe no processo de implantação do acolhimento em busca do atendimento integral e resolutivo aos usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Implantar e avaliar o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família de um município de grande porte do Nordeste brasileiro.

2.2 Objetivos específicos

- a) promover a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da implantação do acolhimento para a gestão do cuidado;
- b) propiciar mudanças organizacionais para a realização do acolhimento a partir das necessidades dos usuários, ampliando o acesso, identificando prioridades e buscando a integralidade na atenção;
- c) monitorar e avaliar a implantação do acolhimento na gestão do cuidado a partir da percepção de usuários e profissionais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde

Segundo Starfield (2002) APS é definida como:

um nível do sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, não direcionada para a enfermidade, no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro setor ou por terceiros.(p.28)

A APS deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e a efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população. É orientada por eixos estruturantes denominados como atributos essenciais: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e atributos derivados: orientação comunitária, atenção centrada na família e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Assim, a APS deve ser o primeiro contato e o ponto de cuidado preferencial das pessoas e famílias com o sistema de saúde ao longo de suas vidas, sem restrição de acesso às ações e serviços de saúde, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de longitudinalidade (continuidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de se encaminhar as pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser idealmente praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o modelo de APS, denominado de Atenção Básica (AB), é utilizado como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, representa o primeiro nível de atenção à saúde e o modelo de mudanças na prática clínica-assistencial, desenvolve ações voltadas para a saúde como a promoção e a prevenção, abrangendo tratamento e a manutenção da saúde. Essa prática se

desenvolve por meio do exercício de cuidado e gestão democrática ou participativa e que estejam direcionadas as populações de territórios definidos. Nesse sentido, utiliza-se de tecnologias de saúde voltadas ao cuidado que auxiliam no manejo das necessidades e demandas de saúde presentes no seu território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2017a; DUARTE; FALCÃO; BELTRÃO, 2017; SILVA FILHO et al., 2018).

Depois da implantação da AB, necessitava-se de inovações que suprisse o atual sistema, nesse período surge a ESF priorizando ações desenvolvidas de forma continuada e integral e estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades dos usuários, estabelecendo vínculos entre a população e os profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SILVA FILHO et al., 2018).

A ESF é entendida como um modo de ordenar os serviços com o avanço na direção da atenção integral ao indivíduo e família, efetivando a APS como porta de entrada, progredindo para integralidade do sistema, reconhecendo e trabalhando com os usuários em sua complexidade e individualidade. A ESF propõe mecanismos que são favoráveis à construção da integralidade, como a definição planejada de um território, atenção à saúde focada na unidade familiar, inseridas em uma área geográfica, o trabalho em equipe, o acolhimento e a atuação intersetorial (CASTANHEIRA et al., 2011; BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na ESF sua estratégia prioritária para consolidação e expansão da atenção básica, por isso, o Ministério da Saúde tem incentivado, ao menos em suas publicações, que essa estratégia seja cada vez mais consolidada no país (BRASIL, 2017a).

3.2 Política Nacional de Humanização

Para viabilizar a execução dos princípios do SUS, o acesso da comunidade e a forma de recepcioná-la, constituem-se como pontos importantes a serem considerados e, portanto, devem ser aperfeiçoados e revistos no contexto da prática e da organização dos serviços de saúde. Porém, atualmente, o sistema ainda convive com problemas de diversas ordens, como a intensa verticalização e fragmentação dos processos de trabalho, a precarização das relações entre trabalhadores, gestores e usuários e, ainda, o despreparo dos profissionais para

lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2004; LOPES et al., 2015).

A fragilidade do cuidado ao usuário reflete a falta de comunicação entre profissionais e população, impossibilitando que as reais necessidades sejam reveladas, fazendo com que os serviços se organizem a partir de uma demanda limitada de procedimentos, dificultando a diversificação das práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2004; LOPES et al., 2015).

Nesse sentido, a humanização tornou-se uma preocupação dos profissionais de saúde, funcionários e gestores, representando um fator a ser considerado para se ter excelência na qualidade do atendimento. Em 2003, o Ministério da Saúde começou a expandir a humanização além do ambiente hospitalar instituindo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), cuja meta principal era efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e de gestão, tornando-as mais humanizadas e comprometidas com a defesa da vida, no sentido de fortalecer o processo de pactuação democrática e coletiva (BRASIL, 2004; LIMA et al., 2014).

De acordo com essa política, humanização significa a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Para discutir o significado da humanização em saúde observa-se a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados que se daria por meio da tecnologia e do bom relacionamento além do avanço das condições de trabalho do cuidador. A noção de humanização tem sido empregada como a associação entre qualidade do cuidado, subjetividade e os determinantes sociais e pressupõe também a valorização do profissional e do diálogo interprofissional (WALDOW; BORGES, 2011; SOUZA JÚNIOR et al., 2015).

A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios: a transversalidade enquanto aumento do grau de contato e comunicação entre as pessoas e grupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão promovendo mudanças nas práticas de saúde; a indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, a inseparabilidade entre clínica e

política; e o protagonismo dos sujeitos e coletivos, ou seja, a afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos na responsabilidade compartilhada de gerir e cuidar (BRASIL, 2010).

No caso da PNH, algumas diretrizes orientam essa política, são elas: a clínica ampliada, com a atuação além da racionalidade clínica da biomedicina, incluindo as dimensões social e subjetiva na ação interdisciplinar; a cogestão, com a inclusão de novos sujeitos no processos de análise e decisão e a ampliação das tarefas de gestão; a ambiência, ou seja, a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que respeitem a privacidade e propiciem mudanças no processo de trabalho; o acolhimento, que, por ser foco desse trabalho, terá uma atenção diferenciada e será relatado a seguir; a valorização do trabalho e do trabalhador, com a visibilidade à experiência do trabalhador, incluindo-os nas tomadas de decisão no processo de trabalho; e a defesa dos direitos do usuário, com o incentivo do conhecimento desses direitos e a garantia que sejam cumpridos em todas das fases do cuidado (BRASIL, 2010).

3.3 Processo de trabalho

O processo de trabalho é definido como atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas. Apresenta significado qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relação construídas entre os trabalhadores (KRUG et al., 2010).

A PNH incorpora o acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho. Logo, é nesse sentido que se pode incluir o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves (MERHY et al., 2004).

A reorganização do trabalho, a partir do acolhimento, propõe o reconhecimento da saúde como direito, ampliando o acesso e eliminando as filas de madrugada. Em contrapartida, pode provocar um aumento do trabalho assistencial, do ponto de vista dos atendimentos.

Barros et al. (2010) referem que as ações em humanização na AB se constroem a partir da afirmação e ampliação da autonomia e protagonismo dos

sujeitos e coletividade, que constituem as equipes de profissionais e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Visam transformar os processos de trabalho em saúde também em espaços de valorização do potencial dos sujeitos que ali trabalham. Os trabalhadores então criam não só formas de se relacionar, mas também regras de divisão do trabalho.

A humanização, como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, assemelha-se com os princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e às estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania dos usuários (SANTOS, 2006).

Para Coelho e Jorge (2009) a tecnologia é um elemento constituinte do processo de trabalho em saúde. Por isso, ela é analisada tanto como saber quanto por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, de acordo com as necessidades, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais.

Para Merhy et al. (2004), as tecnologias podem ser classificadas como leves, leve - duras e duras. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve - duras são as dos saberes estruturado, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

O encontro entre o trabalhador e o usuário dá início a um processo relacional onde opera o trabalho vivo. Esse encontro dispara um processo de intervenção tecnológica implicada com manutenção e recuperação da vida (MERHY et al., 2004).

Na PNH, o acolhimento na atenção à saúde configura um dispositivo na organização do processo de trabalho dos serviços e está relacionado como parte do processo de produção de saúde como algo que qualifica e é capaz de ser apreendido nas dimensões: relacional, técnico, clínica e cidadã. Portanto, deve ser trabalhado em todo encontro entre profissional/usuário, profissional/profissional, equipe de saúde/gestão e usuário e sua rede social (SOLLA, 2005).

O acolhimento é, nessa lógica, uma tecnologia leve, pois se refere à dimensão relacional, ao momento do encontro no cuidado em saúde. Apresenta um

impacto sobre os trabalhadores, no relacionamento entre eles e no seu encontro com os usuários (COELHO; JORGE, 2009).

3.4 Acolhimento

No modelo assistencial de saúde no Brasil, a humanização tem sido uma importante estratégia para promover mudanças no SUS. A Política Nacional de Humanização reafirma a necessidade de se investir na qualidade do cuidado, e não apenas na expansão da rede e do acesso. Uma diretriz dessa política é o acolhimento, que aparece como estratégia para conduzir os princípios e do SUS, a partir de uma escuta qualificada, que possibilita identificar as reais necessidades de saúde dos usuários (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Com isto, para melhorar o desempenho das equipes multiprofissionais e facilitar o acesso nos serviços de saúde, a PNAB através da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu atribuições a todos os profissionais da atenção básica e, dentre estas, está participar do acolhimento aos usuários realizando a escuta qualificada e a identificação das necessidades de intervenções voltadas ao atendimento humanizado, proporcionando o atendimento das suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2015; BRASIL, 2017a; SILVA FILHO et al., 2018).

Sendo assim, o acolhimento como ferramenta para prática em saúde possibilita garantir acesso de maneira solidária ao usuário do serviço de saúde, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do mesmo. Dessa forma, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolubilidade e humanização do atendimento (CAMELO et al., 2016).

O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Existem diversas experiências com acolhimento na ESF identificadas na literatura, que podem ser vistas como oportunidades de progredir a ampliação das ofertas de cuidados à saúde, como um dispositivo facilitador do acesso, no sentido de garantir o atendimento a todos os indivíduos que procuram os serviços de saúde.

Além disso, qualifica a relação trabalhador-usuário através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania e possibilita o fortalecimento das relações de vínculos e corresponsabilização na produção da saúde (BECK; MINUZI, 2008; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; CHAGAS; VASCONCELOS, 2013).

Um estudo realizado por Beck e Minuzi (2008), aponta como fatores positivos na avaliação do acolhimento nas instituições de saúde a universalidade do acesso, a humanização da assistência, a reorganização dos processos de trabalho e a possibilidade de uma maior resolutividade do mesmo. E como negativos menciona o despreparo dos profissionais, o processo de trabalho centrado nos moldes tradicionais (médico-centrado), a falta de financiamento do sistema e a inadequação de área física nas instituições de saúde.

Estudos apontam que o acolhimento como um dispositivo de humanização tem a potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário. Além disso, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007; DE OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015)

Como obstáculos para a realização do acolhimento nos serviços, destacam-se: limites estruturais, elencados pela própria estrutura física inadequada das unidades e pela escassez de profissionais; questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. Desta forma o acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas necessidades individuais (BREHMER; VERDI, 2010).

Atualmente, para os profissionais de saúde, o acolhimento ainda é entendido de maneira restrita como triagem e classificação de risco. No entanto, a sua natureza é de escuta qualificada e resolutiva, dando evidência a uma abordagem integral e universal do acesso aos serviços de saúde, portanto, vai além de uma mera triagem de atendimentos (GARUZZI, 2014).

Segundo Oliveira e Pereira (2013) o acolhimento diz respeito à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando a este sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do problema.

De acordo com Raimundo e Cadete (2012), na PNH os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o

trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário-centrado.

Para Guerrero et al. (2013), a escuta seguida de orientação oferece satisfação para o usuário e resolubilidade no momento em que busca a Unidade Básica de Saúde (UBS). Neste campo, o tratar bem o usuário e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados na medida em que esclarecem ao usuário as rotinas e procedimentos, fluxos e limites de atendimento.

Uma escuta qualificada, no encontro entre usuário e profissional, diminui a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação às condutas adotadas. Há de ser levado em conta o desejo, o interesse ou a compreensão do sujeito. Deve-se trabalhar com a ideia de ofertas e possibilidades, para que o usuário possa decidir conjuntamente e se corresponsabilizar com os resultados a serem alcançados (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Embora o acolhimento seja compreendido como método de escuta qualificada de forma a oferecer respostas, alguns estudos demonstraram que, na prática, o acolhimento pode se restringir a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências (TAKEMOTO; SILVA, 2007; DE OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; BREHMER; VERDI, 2010).

Para Coelho e Jorge (2009) o vínculo diz respeito a ligação, união, relação. No campo da AB é compreendido como a tecnologia leve das relações e surge do pressuposto de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita, ocorrendo uma interação geradora de vínculos, “laços”, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária para o desempenho do trabalho na saúde da família.

O vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, relaciona-se com o acolhimento, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários. A promoção do vínculo com a comunidade, pela implementação de práticas de acolhimento, é considerada potencializadora do cuidado direcionado às necessidades dos usuários (GUERRERO et al., 2013).

Um dos principais fatores valorizados no serviço de saúde pelo usuário é o vínculo. Este confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua

saúde (LIMA et al., 2007). O vínculo também está intimamente ligado às necessidades de autonomia/autocuidado, pois ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença (GUERRERO et al., 2013).

O processo de acolhimento acarreta o surgimento do vínculo entre sujeito e trabalhador de maneira eficaz, sendo uma conquista, não um evento imediato. Como tecnologia leve, o acolhimento direciona para a efetivação de estratégias de atendimento, envolvendo trabalhadores, usuários e gerentes, com a finalidade de aprimorar o atendimento e torná-lo resolutivo perante sua demanda (COELHO; JORGE, 2009).

O acesso aos serviços de saúde depende de fatores determinantes da oferta e da demanda. A pré-condição mais importante, na oferta, é a existência dos serviços. Com a existência física dos serviços de saúde, a oferta é desenhada por aspectos relativos às acessibilidades: a geográfica, como a localização, vias de acesso, transporte público, entre outros; a cultural como padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida; a econômica como a existência ou não de taxas moderadoras do uso e a organizativa, como o modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado (OLIVEIRA, 2018).

A implantação do acolhimento nos serviços de saúde objetiva mudanças organizacionais que reorientam a lógica em que o trabalho se baseia, passando a se orientar não apenas mais por critérios de acesso ao atendimento por fila de espera, mas por indicação de situação de risco/gravidade, subsidiada pela permissão para que todos expressem seu sofrimento, além de proporcionar uma abordagem geral e holística do indivíduo por parte da equipe e construir uma intervenção interprofissional na assistência (SOUZA, 2010; NOBRE, 2016).

Identifica-se com o acolhimento a proposta de um modelo clínico/epidemiológico que atenda à necessidade de atendimento da demanda espontânea e imediata, bem como aos programas de saúde pública. Modelo este caracterizado pela descentralização do atendimento classicamente focado no médico, estendendo-se para toda a equipe e proporcionando um aumento na oferta de serviço (NOBRE, 2016).

A qualificação do acesso é necessária e inclui também aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, pois considera a contribuição de aspectos

geográficos, socioeconômicos entre outros. O acesso, portanto, está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência (LIMA et al., 2007).

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (SOUZA et al., 2008). Tem-se observado a preocupação com aumento de cobertura aliada a estratégias para garantia da qualidade e fortalecimento da ESF, dentre os quais se destaca a dimensão do acesso (LIMA et al., 2007).

Segundo Costa et al. (2014) resolubilidade, na área da saúde, é definida como a capacidade que um serviço de saúde deve possuir, quando procurado, para resolver um problema de saúde, dentro de sua complexidade. Deve ser entendido, portanto, como sendo a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento, seja um problema de impacto coletivo ou individual sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Essa capacidade do serviço, em responder adequadamente ao usuário acerca de questões de saúde, está associada à implantação de novos serviços e de novos equipamentos; à incorporação de novas tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; além da articulação e complementaridade de serviços e redes existentes (SOLLA, 2005).

A resolubilidade está associada à responsabilização, e de acordo com Solla (2005), indica que o acolhimento deve garantir o objetivo central do trabalho em saúde, que é o de responder efetivamente às necessidades do usuário.

Por sua vez, a resolutividade é entendida como uma resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde, não compreendendo, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (COSTA, et al., 2014).

A resolutividade pode ser avaliada em dois aspectos, o primeiro no próprio serviço, quanto à capacidade de atender à demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimentos mais especializados, e o segundo no sistema de saúde que se prossegue desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário até a solução de seu problema em outros níveis de atenção (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Para alcançar a resolutividade, deve se utilizar um atendimento acolhedor, mediante responsabilização de equipe, com atitudes criativas e flexíveis. O trabalho resolutivo em saúde baseia-se no cuidado corresponsável, em que prevaleça o protagonismo da equipe multiprofissional, a fim de aprofundar os saberes e as práticas em saúde. Essa ação pressupõe produção de vínculos interpessoais e contratuais, além de autonomia no processo de trabalho na APS (COSTA, et al., 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser um projeto de intervenção, com abordagem da pesquisa-ação que se representa pela identificação do problema a partir dos sujeitos que identificam e o vivenciam, pesquisadores e grupo participante, para construção de movimentos consensuados de caráter social, educacional, técnico, capazes de responder com maior eficiência aos problemas reais através de ações facilitadoras que gerem impactos positivos (THIOLLENT, 2011).

4.2 Campo de estudo

O projeto de Intervenção foi desenvolvido na USF Jardim Jordão, pertencente a regional VII do município de Jaboatão dos Guararapes-PE. Jaboatão dos Guararapes situa-se no litoral do estado de Pernambuco, na região metropolitana do Recife, tendo uma área total de 258.694 km² e uma população estimada em 697.636 pessoas (IBGE, 2018). O território municipal está dividido em 07 (sete) regionais político-administrativas, contendo em cada uma delas uma Coordenação Regional de Saúde (JABOATÃO DO GUARARAPES, 2018). O município apresenta cobertura de atenção básica de 55,61%, considerando a ESF com cobertura de 50% (BRASIL, 2017b).

A USF Jardim Jordão foi implantada em junho de 2015, é formada por uma eSF composta por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

Apresenta na sua área de cobertura, cinco microáreas com aproximadamente 3426 pessoas cadastradas e mais uma área descoberta, totalizando mais de quatro mil pessoas assistidas por essa USF.

4.3 Participantes/população e amostra

Os sujeitos que participaram do projeto de intervenção foram: médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo (recepcionista), cinco ACS, auxiliar de serviços gerais e usuários da USF. Partiu-se do princípio que um dos pilares que sustenta e concede viabilidade à proposta do acolhimento é o aprimoramento da relação entre todos esses sujeitos envolvidos.

4.4 Etapas da intervenção

A implantação do acolhimento se deu a partir da rotina diária vivenciada na USF no período de maio de 2018 a março 2019, desde a apresentação do projeto, o início da intervenção com as reuniões, a sensibilização da equipe, a implantação propriamente dita até a avaliação da implantação. Durante esse período foi construído um diário de campo pela pesquisadora. O processo de implantação foi realizado em cinco etapas. (QUADRO 1)

Quadro 1 – Etapas da implantação do acolhimento

Etapa	Desenvolvimento
1ª	Reunião técnica para discutir a implantação do acolhimento Apresentação da proposta do projeto de intervenção Realização de três oficinas de capacitação
2ª	Organização do acolhimento com a equipe Definição do local da escuta qualificada Análise do fluxo de acolhimento e da classificação de risco
3ª	Definição das equipes de acolhimento Definição das funções de cada membro da equipe Organização da agenda e dos horários
4ª	Realização de duas reuniões com a comunidade Acordo de convivência e responsabilidade entre a USF e a comunidade
5ª	Implantação do acolhimento

Fonte: autoria própria

Como primeira etapa, foi realizada uma reunião técnica para discutir a implantação do acolhimento na unidade com a apresentação da proposta do projeto de intervenção a toda a equipe. Todos foram orientados sobre os objetivos do estudo e sua importância. Após explanação, houve o agendamento de capacitação sobre o tema para os funcionários da USF.

Foram realizadas três oficinas sobre o acolhimento, conduzidas por meio de metodologias ativas, durante os horários da reunião de equipe, para que todos os profissionais fossem sensibilizados sobre a importância da implantação do acolhimento para a gestão do cuidado nos diferentes ciclos de vida. Houve a formação de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise situacional e produção de estratégias conjuntas para a implantação do acolhimento.

A segunda etapa consistiu na organização do acolhimento com a equipe, estabelecendo o local em que seria realizada a escuta qualificada, análise do fluxo de acolhimento (SOUZA, 2010) proposto para a implantação na unidade (ANEXO A) e da classificação de risco (ANEXOS B e C). A partir da realidade vivenciada na USF, foram feitas algumas adaptações pela própria equipe, a fim de possibilitar a prática o acolhimento propriamente dito naquela realidade e contexto de trabalho. O usuário ao chegar na USF é recebido pela equipe de acolhimento do dia e em seguida é orientado ao setor responsável pela sua demanda, sem distribuição de senhas para o acolhimento do dia. A partir da classificação de risco, os sintomas mais frequentes pelos usuários foram inseridos e adaptados na classificação de risco.

Na terceira etapa, durante a reunião de equipe, houve a definição das equipes de acolhimento, divididas e organizadas de acordo com as agendas de cada profissional, segundo os dias da semana.

Foram definidas as funções de cada membro da equipe e a organização da disponibilidade da agenda e dos horários. O auxiliar administrativo e o auxiliar de serviços gerais ficaram responsáveis por orientar os usuários, regulando o acesso. O ACS ficou responsável pela 'primeira escuta' na recepção. A ASB e a técnica de enfermagem ficaram responsáveis pelo direcionamento para os setores específicos de acordo com a demanda. O profissional de nível superior ficou responsável por realizar a escuta qualificada e os encaminhamentos necessários.

A quarta etapa consistiu na realização de duas reuniões com a comunidade, sobre o tema acolhimento, a fim de favorecer a divulgação da proposta de

implantação do acolhimento enquanto estratégia de cuidado em saúde. Foi firmado um acordo de convivência e responsabilidade entre a USF e a comunidade.

Na quinta etapa foi colocado em prática o acolhimento propriamente dito conforme acordo nas reuniões de equipe e com a comunidade. Utilizou-se a proposta de clínica ampliada para a condução do processo, como um instrumento para que os trabalhadores da saúde pudessem enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, evitando a prática de assistência tecnicista, curativa, centrada em determinada categoria profissional.

4.5 Etapas da avaliação da intervenção

Após os primeiros 15 dias da implantação foi realizado o monitoramento dos resultados com a verificação, por meio dos registros realizados no livro do acolhimento, dos registros das informações do usuário que acessaram a USF. Em reunião de equipe foi discutido, a partir destas informações, nome, idade, data de nascimento, microárea, queixa, classificação de risco e resolução, sobre o acesso do usuário à USF.

A cada mês, foram realizadas reuniões técnicas com todos os profissionais para compartilhar os resultados, discutir e realizar o monitoramento das ações relativas ao acolhimento na gestão do cuidado.

Adicionalmente, foi realizada pesquisa descritiva e transversal a fim de avaliar a implantação do acolhimento na perspectiva de usuários, com abordagem quantitativa e de profissionais, com abordagem qualitativa.

4.5.1 Avaliação pelos usuários

Após a implantação do acolhimento, foram realizadas três avaliações com os usuários, sendo uma avaliação a cada dois meses. A coleta de dados foi realizada por uma equipe treinada por meio de aplicação de um questionário (APÊNDICE A).

A amostra se deu por conveniência, composta por usuários que frequentavam a USF. A cada período de avaliação, durante dez dias úteis, setenta usuários participantes do acolhimento responderam ao questionário, obtendo-se um total de 210 (duzentos e dez) respostas após as três avaliações.

Durante o acolhimento, no momento da escuta do profissional de nível superior, os usuários que residiam na área de cobertura da USF e que eram maiores de 18 anos foram convidados a responder o questionário de avaliação em uma sala reservada.

Após a coleta, os dados dos questionários dos usuários foram inseridos em um banco de dados, e foram revisados e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial utilizando o software SPSS- Statistical Package for the Social Sciences, versão 20. Tomou-se como variáveis dependentes o reconhecimento pelos usuários de que houve melhoria ou não com a implantação do acolhimento e a satisfação dos mesmos com relação à conduta dos profissionais durante o acolhimento. Estas foram associadas às variáveis relacionadas à acesso, resolutividade e qualidade do atendimento na USF, utilizando-se o teste de Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%.

Antes do período de avaliação foi realizado um projeto piloto, onde foram aplicados 10 questionários/dia, durante 05 dias, como forma de treinamento e validação do instrumento de pesquisa.

4.5.2 Avaliação pelos profissionais

Após os seis meses da implantação do acolhimento, foi realizada a avaliação com os profissionais. A coleta de dados foi feita por uma equipe treinada, por meio de entrevistas utilizando roteiro semiestruturado (APÊNDICE B).

Após o acolhimento do dia, os profissionais que participaram do processo de implantação do acolhimento da USF foram convidados a participar da entrevista. Esta foi realizada em uma sala reservada, livre de ruídos externos com o auxílio de dois dispositivos de gravação de áudio digital.

Considerando-se um universo de doze trabalhadores da USF que participaram da implantação do acolhimento, duas entrevistas foram realizadas como piloto para avaliar a viabilidade do instrumento de pesquisa.

Na avaliação da implantação, foram entrevistados dez profissionais, sendo eles quatro ACS, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar administrativo (recepcionista), uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e uma ASB.

Os critérios de inclusão para recrutamento dos sujeitos foram: profissional que trabalhasse na USF e tenha participado do processo de implantação do acolhimento; e, como critério de exclusão, profissionais que estivessem de férias durante o período de coleta de dados.

Após a coleta de dados, procedeu-se à transcrição das entrevistas, atribuindo-se um código para cada profissional entrevistado, visando à garantia do anonimato dos participantes. Dessa forma, denominou-se “P1” ao primeiro profissional entrevistado, “P2” ao segundo e assim sucessivamente, seguindo a sequência das entrevistas.

Os dados das entrevistas dos profissionais foram analisados qualitativamente pela análise de conteúdo com abordagem temática, que é composta por três etapas: a primeira é a pré-análise, que é a fase exploratória, onde após a transcrição dos discursos, foi feita a leitura exaustiva do material coletado e se buscou os núcleos de sentido, as unidades de contexto e os recortes para categorização. Na segunda etapa foi realizada a exploração do material, onde se buscou o núcleo da compreensão do texto, reduzindo este a palavras e expressões significativas. Na terceira e última etapa, foi realizado o tratamento dos resultados e o processo de categorização e subcategorização dos temas que puderam, através de sua análise, exprimir significados e elaborações importantes para atender os objetivos do estudo (BARDIN, 2011).

4.5 Considerações éticas

Em relação aos aspectos bioéticos, foram seguidas todas as orientações previstas na Resolução 466/12 e os sujeitos só participaram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sendo aprovada a realização do estudo pelo parecer nº 2.946.949 (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Intervenção

Desde o ano de 2015, como incentivo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em diversas reuniões de equipe da USF, já havia se discutido sobre o tema acolhimento e sua implantação. Após o curso de humanização do atendimento oferecido pela SMS, em 2016, houve uma tentativa de implantação do acolhimento na USF, mas não obteve sucesso. Sendo assim, com a oportunidade de realizar um projeto de intervenção, a partir do Mestrado Profissional em Saúde da Família, surgiu o interesse na execução do presente estudo nessa USF.

Para início do processo, foi discutido em uma reunião de equipe sobre a possibilidade de realização da pesquisa na USF, a princípio os funcionários concordaram em participar. Partiu-se então para o aperfeiçoamento do projeto de pesquisa e a realização da pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema. O projeto finalizado foi submetido a SMS, a qual autorizou a realização do estudo.

Pelo fato de a pesquisadora estar familiarizada com a equipe e com a estrutura funcional da unidade, decorrente do trabalho diário que já realizava, durante o processo de implantação do acolhimento foi construído um diário de campo, com a descrição de todas as informações sobre o contexto do serviço, a forma de organização, o funcionamento, o processo de implantação do acolhimento e a avaliação.

5.1.1 Sensibilizando os profissionais para a implantação do acolhimento

Como primeira etapa, foi realizada uma reunião técnica para discutir a implantação do acolhimento na unidade com a apresentação da proposta do projeto de intervenção a toda a equipe. Foi apresentado o modelo que teve como diretrizes norteadoras a adoção de uma postura acolhedora pela equipe com todos os usuários que procurassem a unidade e a escuta qualificada dos seus problemas.

Importante destacar que na reunião de equipe os profissionais da eSF, se encontram para planejar, organizar e avaliar o processo de trabalho desenvolvido. Peruzzo et al. (2018) relata que esse deve ser um espaço de diálogo, expressão de opiniões, elaboração de projetos e planos de atendimentos coletivos para construção do trabalho em comum. Novos conhecimentos devem ser levados para

as reuniões de equipe interdisciplinares, no sentido de gerar uma prática de criação de ambientes saudáveis na comunidade.

A proposta era que o acolhimento fosse realizado pela “equipe de acolhimento do dia” composta por um ACS, um auxiliar administrativo, a ASB ou a técnica de enfermagem e um profissional de nível superior, que acolheriam todos os usuários que procurassem atendimento, porém não possuíssem agendamento.

Pelo modelo proposto, a dinâmica de trabalho da equipe iniciaria na recepção recebendo os usuários e procurando identificar sua necessidade, caso necessário, o profissional de nível superior realizaria a escuta qualificada e identificaria suas demandas, comprometendo-se em dar a estas um encaminhamento adequado junto com os outros profissionais da equipe. Desta forma, para aqueles pacientes encaminhados para consulta, seria avaliada a necessidade desta se dar de caráter de urgência ou não. Nos casos urgentes, o paciente seria encaminhado para a consulta no mesmo dia, se não houvesse urgência para o atendimento, a consulta seria marcada conforme a agenda do médico, enfermeiro ou dentista.

Após a explanação da proposta, todos aprovaram e houve uma discussão sobre como colocar em prática. Em seguida, foi agendada uma primeira oficina, com o tema acolhimento, para os profissionais.

Essa primeira oficina foi realizada no horário da reunião administrativa para que todos os profissionais fossem sensibilizados, com o objetivo de realizar a consolidação do conhecimento sobre acolhimento. Foi discutido sobre a importância da implantação do acolhimento para a gestão do cuidado.

Nesse sentido, o estudo de Souza (2009), realizado com profissionais de unidades de saúde do Nordeste, relatou a importância do acolhimento na gestão do cuidado em saúde, e sua contribuição para a organização do processo de trabalho e da demanda. O acolhimento produziu na equipe uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários, indo além do conceito saúde-doença.

A partir do tema acolhimento foi pedido que os profissionais falassem um pouco sobre o que entendiam do acolhimento. A equipe questionou aspectos relativos ao conceito de acolhimento, o qual muitos não compreendiam. Assim como ocorreu no estudo de Carlos et al. (2017) onde ocorreu a implantação do acolhimento em uma UBS no município de Natal/RN e durante o processo de implantação muitos profissionais também não sabiam o conceito de acolhimento e suas reais funções.

Os profissionais tinham dificuldade de diferenciar o que era uma triagem e uma “escuta qualificada”. Tentou-se delimitar as características de cada um dos conceitos, afirmando a noção de “escuta qualificada” como um instrumento humanizador do atendimento, por proporcionar a todos os usuários a possibilidade de manifestar sua queixa, dando-lhe o devido encaminhamento, o que extrapolaria a noção de uma simples triagem.

Estudos demonstram que alguns profissionais acreditam que o acolhimento está relacionado à prática da triagem, na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante. A maneira mecânica e puramente técnica de como é realizado o acolhimento são entraves na prestação de uma assistência de qualidade pelas equipes, restringindo-o à triagem para seleção de consultas e procedimentos específicos. Isso causa uma insatisfação pelos usuários, pois não se sentem bem recebidos e acolhidos pelos profissionais (FREIRE ET AL., 2008; JUNGES ET AL., 2012; GARUZI et al., 2014).

Ao final desse primeiro encontro, todos os profissionais relataram o que aprenderam sobre o acolhimento durante a oficina. Puderam perceber o seu real significado e as implicações da implantação do acolhimento no cotidiano das práticas de saúde da USF. Em seguida houve o agendamento da segunda oficina sobre o tema.

Na segunda oficina, com o objetivo de estimular a elucidação do modo de organização do processo de trabalho da equipe, foram formadas rodas de conversas envolvendo todos os profissionais, objetivando a coletivização da análise situacional e a produção de estratégias conjuntas para a implantação do acolhimento. A equipe se dividiu em três grupos de trabalho, onde puderam discutir e analisar em profundidade a situação atual da USF em relação ao acesso, consultas, encaminhamentos e outros.

A partir uma interação enriquecida pela troca de saberes entre os profissionais, no sentido de articular um novo formato para a atenção em saúde. No sentido de incluir os envolvidos no processo de trabalho em equipe na própria concepção de seu trabalho promovendo o estímulo à reflexão, o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Nessa oficina, os profissionais criaram um fluxograma que representasse o atual caminho percorrido pelo usuário até conseguir um atendimento na USF. O

fluxo formulado pelos profissionais descreveu que o usuário que procurava a USF, no período de funcionamento da unidade de segunda a sexta-feira, das 07h às 16h, ao chegar na recepção era recebido pelo auxiliar administrativo ou algum ACS que repassava as informações sobre o funcionamento da USF. Ao chegar na USF no dia programado para agendamento de consulta o usuário aguardava em uma fila, por ordem de chegada, sua vez de marcar a consulta, onde poderia conseguir ou não, devido a quantidade limitada de vagas disponibilizadas por dia de agendamento.

Após a apresentação do fluxo pelos profissionais, houve uma discussão sobre o mesmo e foi possível perceber a posição polarizada da consulta médica no modelo de atenção existente na USF, onde praticamente todos os encaminhamentos necessários eram feitos pelo médico. A agenda estava superlotada e a equipe precisava criar mecanismos de controle da demanda. Outro ponto relacionado a disponibilidade de consultas médicas na USF era a quase inexistência de atendimento médico a demanda espontânea, sem haver reserva de vagas para situações de urgência. Foi possível perceber, a partir da realidade relatada, que vários eram os problemas enfrentados pelos profissionais com relação a demanda. Com isto em mente, partiu-se para a discussão e confronto com o conhecimento consolidado para tentar solucionar essa questão.

Uma alteração sugerida foi a adoção de uma “agenda aberta”, ou seja, ser disponibilizado o agendamento de consultas durante todo o período de atendimento da equipe de acolhimento, sem limite de vagas e não havendo mais um dia específico para a marcação. Além disso, o agendamento, seria conforme a necessidade do usuário. Sendo assim, todos teriam acesso facilitado à agenda e não apenas aqueles que chegassem mais cedo.

Foi realizada uma terceira oficina, que funcionou como um espaço de treinamento e reflexão sobre o papel de cada profissional na efetivação do acolhimento. Contou com a presença de uma profissional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Jabotão dos Guararapes, no sentido de apoiar a equipe no processo de implantação. Para tanto, foi utilizada a análise e discussão de duas situações-problema baseadas em duas realidades diferentes, onde uma não havia acolhimento na Unidade e outra com o acolhimento implantado, para que pudessem perceber a diferença e discutir sobre elas. Nessa discussão ficou bem claro para os profissionais que as unidades com acolhimento apresentavam uma resolutividade muito maior.

Nesse sentido, utilizou-se da aprendizagem no trabalho a partir da educação permanente, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano e ao trabalho desenvolvido. A educação permanente propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, com sua estruturação a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2007).

5.1.2 Planejando o acolhimento

A segunda etapa consistiu no planejamento da organização do acolhimento com a equipe, estabelecendo o local em que seria realizada a escuta qualificada, análise do fluxo proposto para o acolhimento na unidade e da classificação de risco. Foi apresentado o Fluxo de Acolhimento (SOUZA, 2010). Em seguida, foi discutido como colocar em prática, a partir da realidade vivenciada na USF. Foram feitas algumas adaptações no fluxo proposto, para assim conseguir o implantar o acolhimento propriamente dito.

Em relação a classificação de risco, foi discutido e optou-se por utilizar o Protocolo de Manchester. Segundo Xavier (2012) a implantação do acolhimento com classificação de risco se trata de um processo dinâmico onde os usuários que necessitam de atendimento imediato devem ser identificados por meio do seu potencial de risco. Através deste processo de classificação, os casos poderão ser classificados por prioridade, na presença de um ou mais sinais de risco há a necessidade de atendimento imediato, já na ausência de sinais de risco o profissional deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento na demanda programada.

Em Minas Gerais, existem algumas experiências do Protocolo de Manchester na AB, através do incentivo da Secretaria Estadual de Saúde, que teve o objetivo de implementar em todas as unidades de atenção à saúde a classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester, no sentido de uniformizar os critérios de avaliação, propiciar atendimento da demanda espontânea em menor tempo e integrar os serviços de saúde, minimizando a fragmentação da rede de assistência (XAVIER, 2012; SILVA, 2012).

5.1.3 Organizando o processo de trabalho para o acolhimento

Na terceira etapa, houve a definição das equipes de acolhimento divididas e organizadas, segundo os dias da semana. Foi feita a definição das funções de cada membro da equipe e a organização da disponibilidade da agenda e dos horários.

O auxiliar administrativo e o auxiliar de serviços gerais ficaram responsáveis pela regulação do acesso, orientando os usuários. O ACS ficou responsável pela 'primeira escuta', organizando a porta de entrada. A ASB e a técnica de enfermagem ficaram responsáveis pelo direcionamento para os setores específicos de acordo com a demanda. O profissional de nível superior ficou responsável por realizar a escuta qualificada e os encaminhamentos necessários.

Alguns estudos apontam que, entre os profissionais atuantes na ESF, o técnico de enfermagem é o que mais atua na área de acolhimento, e muitas vezes é o profissional escolhido para realizar o acolhimento e promover o contato inicial dos usuários com o serviço público de saúde (FREIRE et al., 2008; GARUZI et al., 2014). Sabendo dessa realidade, optou-se por estimular todos os demais profissionais a realizarem o acolhimento, não só o técnico de enfermagem, assim como nos estudos de Takemoto e Silva (2007) e Carlos (2017).

Nesse sentido, foi discutido em equipe que o acolhimento não deve se restringir apenas à recepção ou à parte da escuta qualificada e os profissionais responsáveis por ele não devem ser apenas os que estão na equipe de acolhimento do dia, como equipe de referência, mas pode ser qualquer um, pois o acolhimento não se limita a um lugar ou uma só etapa.

5.1.4 Conversando com a comunidade

A quarta etapa consistiu na realização de reuniões com a comunidade, líderes comunitários e atores sociais com o intuito de favorecer a divulgação do acolhimento enquanto estratégia de cuidado em saúde. Através de divulgação e sensibilização feita pelos ACS nas áreas, os usuários foram convidados a participar das reuniões de equipe e comunidade sobre o tema acolhimento. Foram realizadas duas reuniões, uma a cada mês, e na segunda reunião foi firmado um acordo de convivência e responsabilidade entre a USF e os usuários da comunidade, no

sentido de haver o reconhecimento da relevância desses atores sociais na construção e consolidação do acolhimento na USF.

No processo de trabalho da USF e principalmente na mudança do mesmo, é fundamental que haja a integração dos profissionais de saúde e usuários, através de espaços de diálogo, nos quais os mesmos possam compartilhar as dificuldades e planejar ou pactuar juntos soluções para o benefício de todos (SILVA; ROMANO, 2015; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

5.1.5 Implantando o acolhimento

Na quinta etapa foi colocado em prática o acolhimento propriamente dito, em setembro de 2018, conforme acordo nas reuniões de equipe e com a comunidade. Com uso da proposta de clínica ampliada, como um instrumento para que os trabalhadores da saúde pudessem enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados.

O acolhimento iniciava com os profissionais, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais, que organizavam a regulação do acesso direcionando os usuários, já que era mais fácil encontrá-los na recepção e corredor da USF. O ACS junto com o auxiliar administrativo realizava a 'primeira escuta', no sentido do envolvimento com as questões trazidas pelos usuários, atuando como facilitadores do acesso, organizando a porta de entrada, evitando acúmulo de usuários e fila de espera para o atendimento. Após a identificação da demanda, a ASB e a técnica de enfermagem, realizavam o direcionamento para os atendimentos específicos, visando a realização de algum procedimento ou o encaminhamento para sala da escuta qualificada, onde estivesse o profissional de nível superior para realizar a escuta, a avaliação de risco e os encaminhamentos necessários.

Após alguns dias de implantação, algumas dificuldades foram encontradas durante o acolhimento, uma delas foi a grande procura, devido a facilidade inicial na obtenção de consultas, graças a abertura da agenda. Ocasionalmente um aumento da demanda e conseqüentemente a dificuldade de organização da agenda dos profissionais. Essa dificuldade com relação ao agendamento, principalmente de consultas médicas, foi progressivamente piorando ao longo dos dias, visto que a população ainda habituada ao modelo médico-centrado e queriam ter o atendimento específico do médico.

Assim como relata o estudo de Carrapato, Castanheira e Placideli (2018) onde as eSF apresentavam dificuldades em realizar um processo de acolhimento à demanda espontânea que não estivesse centrado no atendimento médico. Segundo os relatos dos profissionais de saúde, os usuários procuravam a USF como um local para tratar as doenças, sendo que a resposta mais esperada era o imediato atendimento médico, a realização de exames e o acesso a medicamentos.

Como de fato, a USF em questão possuía uma população maior que a capacidade de atendimento, então, se fez necessária a ampliação da oferta de serviços na unidade, por todos os profissionais e a sensibilização contínua dos usuários no sentido de diminuir o modelo médico-centrado.

Devido ao movimento muito intenso nos primeiros dias, os profissionais de nível superior, que participavam ativamente do acolhimento através da escuta qualificada e da resolução dos problemas, como também a realização do atendimento a demanda programada para o dia, acabaram sobrecarregados. O que diferiu do estudo de Silva e Romano (2015) onde o profissional de nível superior pouco se envolveu com o acolhimento em si, com a suposição de que quanto maior a grau de formação dos profissionais maior o seu distanciamento com o acolhimento.

Em relação a essa dificuldade encontrada, devido à grande demanda, à complexidade decorrente da mudança do processo de trabalho e ao quadro funcional insuficiente, o término do trabalho do profissional era prolongado e ocasionava um atraso no atendimento. Sendo assim, durante uma das reuniões de equipe decidiu-se por estipular um horário de término do acolhimento do dia, o qual poderia ser ajustado dependendo da demanda, para tentar organizar e conciliar com o atendimento já programado.

À medida que se faziam ajustes e assimilavam-se as novas funções, bem como se começava a notar os benefícios trazidos pelo novo modelo, principalmente através de manifestações de satisfação pelos usuários, a dinâmica do trabalho foi gradativamente estabelecida. As reuniões de equipe, com o tempo, eram caracterizadas por um maior diálogo a respeito do que poderia ser feito para a melhoria da execução. Acreditavam que apesar de mais trabalhoso, o agendamento de consultas se dava de uma maneira mais ordenada, houve uma melhoria na continuidade da atenção, conhecendo melhor os pacientes.

Nesse sentido, estudos demonstram que apesar das dificuldades na implementação do acolhimento na rotina das eSF, considera-se que o mesmo favorece a reorganização dos serviços de saúde e a qualificação da assistência prestada. É apontado como ferramenta capaz de fortalecer o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde e humaniza as práticas (GARUZI et al., 2014; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Observou-se que a implantação do acolhimento, apesar de algumas dificuldades encontradas, proporcionou mudanças significativas no processo de trabalho da equipe, na humanização do atendimento e no acesso proporcionado aos usuários. A equipe manteve-se comprometida, persistente na viabilização do projeto de intervenção. O modo como os profissionais realizavam seu trabalho antes do acolhimento, evidencia a mudança e o impacto positivo que a flexibilização das funções e o aumento das responsabilidades, decorrentes da modificação do modelo de atenção tiveram na dinâmica de trabalho em equipe.

5.2 Avaliação da intervenção

Foi realizado o monitoramento dos resultados da implantação do acolhimento. Após os primeiros 15 dias foi realizada a verificação dos resultados do acolhimento na USF, através dos registros realizados no livro do acolhimento com registros das informações básicas do usuário. Foram realizadas reuniões técnicas mensais com todos os profissionais da unidade para compartilhar os resultados, discutir e realizar o monitoramento das ações relativas ao acolhimento na gestão do cuidado.

No monitoramento, foi possível observar que a maior parte da demanda da USF não apresentava quadro agudo, mas buscava um atendimento por necessidade de acompanhamento contínuo. Assim como no estudo de Silva e Romano (2015) onde a maioria dos que procuravam o serviço de saúde, não estavam com casos agudizados, apenas tinham agendamentos prévios ou eram contra referenciados de outros pontos da rede.

5.2.1 Avaliação pelos usuários

Neste estudo, um total de 210 (duzentos e dez) usuários participaram da avaliação e responderam o questionário. Quanto as características demográficas e

socioeconômicas a maioria era do sexo feminino (67,6%), na faixa etária de 35 a 54 anos (51%), de raça parda (54,3%), com ensino médio incompleto (41%), renda familiar de um até dois salários mínimos (45,2%) e pertencentes a microárea 3 (32,4%). (TABELA 1)

Tal situação também foi encontrada em outros estudos, onde a maioria era do sexo feminino, de cor parda e na mesma faixa etária, possivelmente devido ao fato que os homens costumam recorrer aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada, às mulheres se cuidarem mais e ao papel social historicamente assumido pela mulher como cuidadora da família (MISHIMA et al., 2010; JUSTO, et al., 2017; LIRA et al., 2018).

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos usuários, Jaboatão dos Guararapes, 2019.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	142	67,6
Masculino	68	32,4
TOTAL	210	100
Faixa etária		
15 a 34 anos	35	21,4
35 a 54 anos	107	51,0
55 ou mais anos	58	27,6
TOTAL	210	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	17	8,1
Ensino Fundamental completo	25	11,9
Ensino Médio incompleto	86	41,0
Ensino Médio completo	75	35,7
Graduação	7	3,3
TOTAL	210	100
Raça/cor		
Branca	54	25,7
Parda	114	54,3
Preta	42	20,0
TOTAL	210	100
Renda familiar		
Menos de 1 SM	30	14,3
De 1 até 2 SM	95	45,2
Mais de 2 SM	85	40,5
TOTAL	210	100

Microárea		
1	14	6,7
2	50	23,8
3	68	32,4
4	53	25,2
5	21	10,0
Fora de área	4	1,9
TOTAL	210	100

Fonte: autoria própria

Sobre a implantação do acolhimento, a análise da avaliação dos usuários demonstrou que para 92,4% houve melhoria na USF com a implantação do acolhimento e 72,4% consideraram a conduta dos profissionais durante o acolhimento como muito boa ou boa. (TABELA 2)

Tabela 2 - Avaliação dos usuários sobre a implantação do acolhimento e a conduta dos profissionais no acolhimento, Jaboaão dos Guararapes, 2019.

Variáveis	n	%
Avaliação em relação à implantação do acolhimento		
Houve melhoria	194	92,4
Não houve melhoria	16	7,6
TOTAL	210	100
Conduta dos profissionais durante o acolhimento		
Muito boa/boa	152	72,4
Regular	51	24,3
Muito ruim/ruim	7	3,3
TOTAL	210	100

Fonte: autoria própria

Houve um bom grau satisfação em relação à conduta dos profissionais durante o acolhimento por haver o emprego de tecnologias leves e leve-duras, por meio do acolhimento, da escuta qualificada e da construção de vínculo da equipe com os usuários.

Em relação à avaliação da implantação e da conduta dos profissionais durante o acolhimento, não foi observada associação significativa com as variáveis: motivo pelo qual o usuário procurava à USF, a frequência dessa procura, a resolutividade das necessidades e o atendimento pelos profissionais de maneira geral. (TABELA 3)

Tabela 3 - Associação da avaliação dos usuários sobre a implantação e a conduta dos profissionais no acolhimento com aspectos relacionados a acesso, a resolutividade e a qualidade do atendimento, Jaboaão dos Guararapes, 2019.

Variáveis	Avaliação da implantação do acolhimento			p	Conduta dos profissionais no acolhimento				p
	Houve melhoria	Não houve melhoria	Total		Muito boa/boa	Regular	Muito ruim/ruim	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Motivo pelo qual procura à USF									
Consulta médica	80 (38,1)	9 (4,3)	89 (42,4)	0,660	63 (30)	21 (10)	5 (2,4)	89 (42,4)	0,372
Consulta enfermagem	33 (15,7)	3 (1,4)	36 (17,1)		28 (13,3)	8 (3,8)	0 (0)	36 (17,1)	
Consulta odontológica	42 (20)	2 (1)	44 (21)		35 (16,7)	8 (3,8)	1 (0,5)	44 (21)	
Atendimento específico (curativo, vacina)	27 (13,9)	2 (1)	29 (13,8)		20 (9,5)	8 (3,8)	1 (0,5)	29 (13,8)	
Outros	12 (5,7)	0 (0)	12 (5,7)		6 (2,9)	6 (2,9)	0 (0)	12 (5,7)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	
Em média quantas vezes procura à USF									
1ª vez	13 (6,2)	1 (0,5)	14 (6,7)	0,892	11 (5,2)	3 (1,4)	0 (0)	14 (6,7)	0,561
Semanalmente	122 (58,1)	11 (5,2)	133 (63,3)		96 (45,7)	34 (16,2)	3 (1,4)	133 (63,3)	
Mensalmente	59 (38,1)	4 (1,9)	63 (30)		45 (21,4)	14 (6,7)	4 (1,9)	63 (30)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	
A USF resolveu a necessidade									
Sim	181 (86,2)	15 (7,1)	196 (93,3)	0,945	144 (68,6)	45 (21,4)	7 (3,3)	196 (93,3)	0,211
Não	13 (6,2)	1 (0,5)	14 (6,7)		8 (3,8)	6 (2,9)	0 (0)	14 (6,7)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	
Quanto as informações oferecidas pelos profissionais									
Muito bom/bom	152 (72,4)	9 (4,3)	161 (76,7)	0,037*	123 (58,6)	35 (16,7)	3 (1,4)	161 (76,7)	0,052*
Regular	28 (13,3)	3 (1,4)	31 (14,8)		20 (9,5)	9 (4,3)	2 (1)	31 (14,8)	
Muito ruim/ruim	14 (6,7)	4 (1,9)	18 (8,6)		9 (4,3)	7 (3,3)	2 (1)	18 (8,6)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	
Tempo de espera para a consulta									
Mesmo dia	46 (21,9)	4 (1,9)	50 (23,8)	0,032*	40 (19)	9 (4,3)	1 (0,5)	50 (23,8)	0,380
Mesma semana	75 (35,7)	3 (1,4)	78 (37,1)		58 (27,6)	17 (8,1)	3 (1,4)	78 (37,1)	
Mesmo mês	56 (26,7)	4 (1,9)	60 (28,6)		40 (19)	19 (9)	1 (0,5)	60 (28,6)	
Próximo mês	17 (8,1)	5 (2,4)	22 (10,5)		14 (6,7)	6 (2,9)	2 (1)	22 (10,5)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	
Avaliação do atendimento que lhe foi dado									
Muito bom/bom	150 (71,4)	13 (6,2)	163 (77,6)	0,832	122 (58,1)	35 (16,7)	6 (2,9)	163 (77,6)	0,458
Regular	35 (16,7)	2 (1)	37 (17,6)		24 (11,4)	12 (5,7)	1 (0,5)	37 (17,6)	
Muito ruim/ruim	9 (4,3)	1 (0,5)	10 (4,8)		6 (2,9)	4 (1,9)	0 (0)	10 (4,8)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	

Fonte: autoria própria

*p ≤ 0,05 Teste Qui-quadrado de Pearson

Em termos do acolhimento como categoria de acesso, observou-se que o tempo de espera para a consulta teve associação significativa com a avaliação do usuário sobre a implantação ($p=0,032$) (TABELA 3). Quanto menor o tempo de espera para a consulta, melhor foi a avaliação sobre o acolhimento. Assim como ocorreu em outros estudos, como o de Ramos e Lima (2003) e Gomes e Pinheiro (2005) onde constatou-se que quanto menor o tempo de espera para a consulta, maior a chance de o usuário estar satisfeito com o serviço prestado.

O acolhimento não se limita apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde, compreendendo-se como um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas (LUCENA; RODRIGUES; MELO, 2018).

Nessa perspectiva, a avaliação da implantação do acolhimento e a conduta dos profissionais durante o mesmo foi significativamente associada com a qualidade das informações oferecidas pelos profissionais na USF ($p=0,037$ e $p=0,052$, respectivamente). Observou-se que a maioria dos que avaliaram positivamente a implantação e a conduta dos profissionais durante o acolhimento também avaliaram com satisfação as informações oferecidas pelos profissionais (TABELA 3).

Assim como no estudo de Gomide et al. (2018) em que o usuário quando se sente satisfeito com a atenção e o diálogo com os profissionais durante o acolhimento, conseqüentemente, avalia bem o cuidado recebido. A satisfação dos usuários, pela rede de conversa construída que permite expor dúvidas, aflições e inseguranças, abre novos canais e possibilidades de inter-relação no processo saúde-doença.

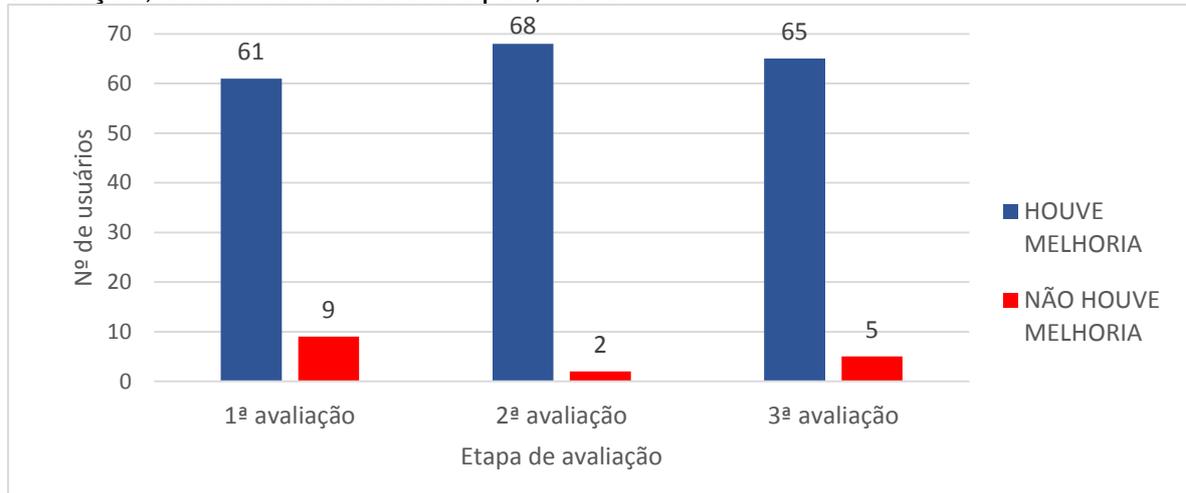
Lima et al. (2005) propõem a discussão de um acolhimento como técnica de diálogo e que se orienta, fundamentalmente, pela busca de um maior conhecimento das necessidades do usuário dos modos de solucioná-las. No sentido de conceber a ação na perspectiva mais humana, evitando sua interpretação exclusivamente tecnicista, e valorizar todas as demandas individuais.

Em relação à avaliação do acolhimento a cada dois meses após a implantação, não foi observada diferença significativa entre a avaliação dos usuários e o período avaliado. (GRÁFICO 1, TABELA 4)

Desde a primeira avaliação, os usuários já perceberam a melhora com a implantação do acolhimento e essa avaliação positiva se manteve no decorrer do tempo durante os outros períodos. Este resultado indica a sustentabilidade, a partir

da percepção dos usuários, do acolhimento na USF, revelando seus benefícios. Lima et al. (2007) reforçam que a satisfação do acolhimento pelos usuários se dá pelo vínculo formado, a resolutividade do problema e o desempenho do profissional.

Gráfico 1 - Avaliação da implantação do acolhimento pelos usuários por etapa de avaliação, Jaboatão dos Guararapes, 2019.



Fonte: autoria própria

Já ao associar a conduta dos profissionais durante o acolhimento com o período de avaliação da implantação, observou-se que, com o passar do tempo, a conduta dos profissionais durante o acolhimento foi significativamente melhor avaliada ($p=0,000$). (TABELA 4)

Tabela 4 - Associação da avaliação dos usuários sobre a implantação e a conduta dos profissionais no acolhimento com as etapas de avaliação, Jaboatão dos Guararapes, 2019.

Variável	Avaliação da implantação do acolhimento				Conduta dos profissionais no acolhimento				
	Houve melhoria	Não houve melhoria	Total	p	Muito bom/bom	Regular	Muito ruim/ruim	Total	p
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Avaliação									
1	61 (29)	9 (4,3)	70 (33,3)		51 (24,3)	19 (9)	0 (0)	70 (33,3)	
2	68 (32,4)	2 (1)	70 (33,3)	0,082	41 (19,5)	28 (13,3)	1 (0,5)	70 (33,3)	0,000*
3	65 (31)	5 (2,4)	70 (33,3)		60 (28,6)	4 (1,9)	6 (2,9)	70 (33,3)	
Total	194 (92,4)	16 (7,6)	210 (100)		152 (72,4)	51 (24,3)	7 (3,3)	210 (100)	

Fonte: autoria própria

* $p \leq 0,05$ Teste Qui-quadrado de Pearson

Os profissionais foram se apropriando do novo processo de trabalho, passaram a conduzir melhor o acolhimento e, conseqüentemente, isso se refletiu na conduta dos mesmos durante o acolhimento.

A partir do momento que os profissionais passam a entender o acolhimento como uma postura, no sentido de ampliar e qualificar o acesso dos usuários, observa-se um aumento quantitativo do rendimento dos profissionais envolvidos. Faz com que estes percebam uma maior qualificação no seu trabalho e na produção do cuidado, fortalecendo o vínculo com a comunidade e conseqüentemente uma maior satisfação dos usuários (OLIVEIRA et al., 2008).

O acolhimento quando explorado pelo enfoque de uma tecnologia do encontro profissional/usuário, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde, direcionando-as a partir das tecnologias leves. A ideia de acolhimento, no sentido de uma sabedoria prática, quando adotada pela eSF possibilita a permeabilidade entre as tecnologias duras e as tecnologias leves, essenciais ao sucesso do próprio cuidado, superando a fragmentação do trabalho e valorizando o trabalho em equipe (MERHY, 2004; LUCENA; RODRIGUES; MELO, 2018).

5.2.2 Avaliação pelos profissionais

A maioria dos profissionais entrevistados era do sexo feminino (80%), com idade entre 36 a 45 anos (40%), de cor parda (60%), com tempo de atuação profissional de seis a dez anos (60%) e com atuação na ESF também de seis a dez anos (50%).

A partir dos resultados alcançados por meio das entrevistas com os profissionais, foi possível caracterizar e discutir o acolhimento. Constatou-se que, segundo eles, o acolhimento facilitou o acesso dos usuários à USF, modificou o processo de trabalho da equipe, melhorou a resolutividade e fortaleceu as relações entre eles e os usuários, além das relações entre si.

Nesse sentido, os resultados foram agregados pelos núcleos de sentido formado dos temas elencados pelos profissionais e serão apresentados em quatro categorias: acesso, processo de trabalho, resolutividade e humanização. Buscou-se identificar os diversos sentidos atribuídos ao acolhimento pelos profissionais e a implicação destes com o processo de acolher.

5.2.2.1 Facilitação do acesso à USF

A definição de acesso, no seu sentido funcional, diz respeito à utilização dos serviços conforme as necessidades, ou seja, o usuário consegue o cuidado quando necessita dele. Acolhimento e acesso articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (NORMAN; TESSER, 2015; OLIVEIRA, 2015).

Ramos e Lima (2003) e Norman e Tesser (2015) relataram que acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A qualidade do sistema de saúde, na dimensão do cuidado individual, está indicada pelo acesso e pela efetividade do cuidado prestado. Acesso e acolhimento são elementos de fundamental importância para gestão e avaliação de serviços de saúde.

Por meio das entrevistas, os profissionais referiram que o acolhimento facilitou o acesso dos usuários ao serviço de saúde. Como relatado nas seguintes falas:

[...]. Mudou principalmente no sentido das filas, ficou melhor de conseguir atendimento aqui na Unidade [...] P1.

[...]. Está conseguindo trazer as pessoas ao posto para fazer a escuta dessa demanda, dessa necessidade, quantas e quantas pessoas não vinham aqui porque não tinham condições de ficarem na fila para marcar e agora eles vêm [...] agora a gente faz de acordo com o risco, tem gente que precisa mais do que outro P2

[...]. Evitou de os moradores chegarem de madrugada, trouxe benefícios realmente pra eles que agora tem a semana livre, de segunda a sexta, para vir e resolver sem precisar se expor como eles estavam vindo cedo e agora não precisa mais [...] P3

Pode-se perceber que, segundo os profissionais, o acolhimento trouxe benefícios no acesso do usuário à USF, por modificar a organização do trabalho, abrir a agenda e disponibilizar a escuta qualificada e resolução das demandas durante todos os dias. Passou a orientar o processo de trabalho através de critérios de acesso, além de uma fila de espera, sendo por situação de risco ou gravidade. Permitiu que os usuários pudessem expressar seus sentimentos, proporcionando

uma abordagem mais ampla do indivíduo pela equipe e a realização de uma intervenção interprofissional.

Nesse sentido Ramos e Lima (2003) relatam que a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento.

5.2.2.2 Otimização do processo de trabalho

Em relação ao processo de trabalho, o acolhimento enquanto dispositivo organizador tem o potencial para desencadear uma mudança, em que o centro da atenção não mais se situa na consulta médica e possibilita a ampliação da utilização do conhecimento dos demais profissionais e a melhoria da qualidade na assistência (GARUZI et al., 2014).

Os profissionais reconheceram que a implantação modificou o processo de trabalho otimizando a relação profissional usuários.

[...]. Eu considero que modificou sim o processo de trabalho tanto da equipe quanto o meu. Em relação à equipe eu acho que tornou mais flexível essa questão da relação do paciente com a equipe, então aproximou mais o paciente [...] P10

[...]. E ficou bem melhor pra mim, agora a gente pode trabalhar direito e ouvir o que o paciente quer com calma, sem ser aquele tumulto [...]

P1

Importante destacar que o acolhimento entendido como uma tecnologia leve, relacionado com as relações, deve ser usado na perspectiva de implantação de novas práticas em saúde. Como uma postura de escuta com compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, um novo modo de organizar o processo de trabalho, fundamentado na ação de equipe multiprofissional, na intersetorialidade e centrado no usuário, possibilitando o exercício da solidariedade e cidadania (GARUZI et al., 2014).

Segundo Oliveira (2015), reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde com o acolhimento enquanto diretriz operacional significa passar o eixo

central do cuidado do médico para a equipe multiprofissional, a qual usará as tecnologias disponíveis para resolver as demandas dos usuários. Como retrata a seguinte fala:

[...]. A meu ver, eu acho que todos podem interagir, dentista, técnica, o médico também, os agentes de saúde, acho que todo mundo pode dar o seu melhor para ajudar os pacientes, e a gente aqui para sempre melhorar o lado deles [...] modificou na parte boa porque a gente ajuda, escuta [...] P4

Estudos demonstram que a falta de articulação entre os níveis de atenção, o não envolvimento dos profissionais na elaboração de propostas de serviços e a desarticulação das equipes contribuem para que o médico continue sendo o centro do cuidado, a atenção à saúde permaneça focada em atos clínicos e prescritivos e os profissionais de saúde trabalhem de forma individualizada (OLIVEIRA, 2015; NORMAN; TESSER, 2015; OYAMA et al., 2017).

Importante destacar a presença de iniciativas que estimulem a interação entre os membros da eSF e o fortalecimento da relação interdisciplinar, no sentido de promover uma melhora do rendimento de cada profissional e no diálogo entre os profissionais, resultando em uma outra visão destes a respeito das demandas dos usuários.

No que diz respeito às relações entre profissionais e usuários, deve haver a valorização da participação de todos os envolvidos e uma união no sentido de oferecer o melhor que o serviço dispõe. Na USF, devido ao trabalho com a comunidade, os laços tornam-se mais estreitos e favorecem as relações de familiaridade e participação. Para os profissionais, a visão de que o acolhimento modificou essa relação está relatado na seguinte fala:

[...] melhorou também no meu modo de trabalho, acho que passei a entender mais o paciente porque temos desde a escuta inicial até o atendimento propriamente dito e isso acaba criando mais vínculo também. P9

Nesse sentido, o acolhimento foi visto como dispositivo capaz de contribuir para reorganização do processo de trabalho e reconstrução de práticas.

Segundo Coelho e Jorge (2009) o vínculo não é um acontecimento imediato, é uma conquista. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior será a troca de saberes entre profissionais da saúde e os usuários.

5.2.2.3 Resolutividade do atendimento

Em relação à resolutividade, considerou-se como uma resposta satisfatória que o serviço de saúde oferece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Esse retorno não envolve exclusivamente a cura de doenças, mas também a suavização ou minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, com responsabilização dos profissionais da equipe, com condutas criativas e compreensivas, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Observa-se que, pelos relatos dos profissionais, existe uma correlação de satisfação com a implantação do acolhimento e a resolutividade dos serviços

[...]. Vê um todo do morador e aproxima mais sobre a sua necessidade do seu dia a dia pra alcançar o que ele quer, o objetivo do atendimento, do que ele necessita no momento que está procurando aqui a Unidade de Saúde. P3

[...]. Muitas coisas o paciente chega e a gente consegue resolver para ele sem precisar voltar sem nenhuma resposta [...] tem sempre alguém que pode atender o paciente e dar uma resposta para ele, sobre alguma coisa, para ele não voltar sem saber de nada. P6

O acolhimento, como diretriz operacional fundamental do SUS, vai facilitar, dinamizar e organizar o processo de trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem os objetivos, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento

e assim conseqüentemente oferecer uma resposta resolutiva às demandas dos usuários (BREHMER; VERDI, 2010; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

A resolutividade está associada ao conhecimento técnico dos profissionais, como também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde e proporcionar satisfação ao usuário. Diversos estudos apontam a satisfação do usuário com a APS correlacionada com a resolução dos seus problemas de saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; GOMIDE et al., 2018; ABREU et al., 2018).

Na ESF, a resolubilidade envolve aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e a relação equipe de saúde/usuário e, nesse sentido, precisa estar inserida num sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, para se constituir como “porta de entrada” do sistema de saúde (COSTA, et al., 2014).

O acolhimento nas práticas de produção de saúde apresenta-se como tendo a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde, pressupondo que todas as pessoas, mesmo por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por um profissional, e este deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e as vulnerabilidades, acolhendo, nesse processo, a avaliação que o próprio usuário faz sobre a situação. Ao profissional cabe responsabilizar-se para dar uma resposta ao problema (BRASIL, 2010; NOBRE, 2016).

Os profissionais da USF assumiram a responsabilidade em acolher e orientar os usuários desde o primeiro contato e a primeira escuta realizada pelos ACS, que pode ser observado por suas falas, como a seguir:

[...]. Poder atender ele de uma forma mais completa assim... não aquilo bruto, dizendo “não tem”, “não sei”, “só com fulano” e agora a gente pode tentar solucionar ou procurar... porque eu mesmo procuro saber alguma informação pra poder dar a resposta e não dizer apenas que não sei, eu procuro, já digo logo como é. P6

Esta constatação de que o acolhimento produziu mudança para uma postura mais acolhedora e resolutiva por parte dos profissionais corrobora os achados de Silva e Romano (2015) onde os profissionais, principalmente os de nível médio, quando não tinham capacidade técnica para responder as demandas dos usuários, demonstravam interesse e empatia em buscar uma resposta e solucionar a queixa do usuário.

O estudo de Costa et al. (2014) relata que a resolubilidade das ações de saúde está implicada no trabalho efetivo da equipe multiprofissional, que busca solucionar os problemas individuais e coletivos demandados pela população.

5.2.2.4 Humanização

A humanização defende o restabelecimento da dignidade humana, muitas vezes comprometida nas interações no âmbito da saúde. Uma prática reducionista de cuidado pautada, exclusivamente, pela lógica tecnocientífica e o automatismo resultante de uma certa forma de organização do processo de trabalho seriam fatores a contribuir com a desqualificação das relações entre os sujeitos (SATO; AYRES, 2015).

Em relação a percepção do acolhimento para os profissionais, a maioria associa com a humanização.

Acolhimento... acho que é um modo de trabalhar de forma mais humanizada, mais amorosa [...] realizar uma escuta qualificada com o intuito de ajudar mesmo, resolver. P9

Eu acho que o acolhimento é um processo de humanização do atendimento, que você visa priorizar as necessidades dos pacientes e tentar solucionar aquilo que você pode dar prioridade [...] P10

Assim como no estudo de Silva e Romano (2015) o acolhimento foi apontado no sentido da humanização do atendimento. Alguns estudos mostram ainda que o acolhimento como um dispositivo de humanização tem o potencial de reduzir a demanda reprimida, por oferecer maior acesso aos serviços, responsabilizar toda equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário e gerar um processo de mudança

das práticas profissionais nos serviços de saúde (SANTANA et al., 2012; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Uma consideração quanto à percepção dos profissionais é a de que as relações interprofissionais desfavoráveis dificultam o acolhimento, porém o ato de humanização deve ultrapassar as atividades de rotina e ser encarado como algo intrínseco à prática de cada profissional (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

[...] acredito que vendo um processo como um todo, deve existir alguns ajustes, principalmente na ideia da equipe, que as vezes a gente fica um pouco perdida em relação ao que deve ser feito e como deve ser feito, porque como eu disse é um processo difícil [...]

P10

O acolhimento não alcança o objetivo de humanização se for implantado como medida isolada e sem os ajustes necessários (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Sendo assim, é necessário sempre qualificar a maneira como o acolhimento é desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada, pode ser resumido a uma atividade de triagem e descaracterizado da sua função de humanização.

Ramos e Lima (2003) relatam que a relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. O acolhimento existente na unidade de saúde tem papel primordial para que a escolha do usuário recaia sobre ele, superando eventuais dificuldades e determinando de forma concreta um vínculo duradouro com o serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do acolhimento propiciou mudança significativa no processo de trabalho da equipe, na humanização e no acesso proporcionado aos usuários. O acolhimento mostrou-se como uma importante ferramenta do processo de trabalho, capaz de gerar mudanças importantes na rotina dos serviços, melhorando o acesso às ações de saúde, principalmente, pela escuta qualificada e pela construção de vínculo.

Constatou-se um bom grau de satisfação dos usuários e dos profissionais relacionados aos aspectos relacionais do acolhimento. É necessário estar atento para o reconhecimento dos diversos aspectos envolvidos nesta prática. Assim, a intervenção realizada teve um impacto positivo na qualidade do acolhimento, conseqüentemente, para o processo de trabalho da equipe e aproximação entre profissionais e usuários.

A escuta qualificada, o encaminhamento efetivo, a consideração das competências de cada integrante da eSF, juntamente com atitudes para o constante aperfeiçoamento do ato de acolher, favorecem o caminho da APS na direção da resolutividade.

Apesar dos obstáculos enfrentados, a implantação do acolhimento proporcionou superação na resistência, nos conflitos, nas angústias e medos. A equipe manteve-se sempre, se não comprometida, persistente na viabilização do projeto, o qual demonstrou sustentabilidade em sua avaliação.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X.; ARAÚJO, L. H. L. D.; REIS, C. M. R. D.; LIMA, A. M. D. L.; SANTOS, A. D. F. D. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, 2018.
- AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trab. Educ. Saúde*. v. 13, n. 1, p. 23-43, 2015.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. E. B.; CARVALHO, S.; FERIGATO, S.; SILVA, S. F. *Saúde e Trabalho: Experiências da PNH e a Atenção Básica*. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, p 48-58, 2010.
- BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde (Santa Maria)*, v. 34, n. 1 e 2, p. 37-43, 2008.
- BORELLO, J. S.; *Projeto de intervenção: Estratégia de acolhimento para a demanda espontânea dos usuários de unidade básica de saúde (PSF) de Pitangui, Minas Gerais* [trabalho de conclusão de curso]. Pompéu (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1994. Portaria Nº 692 de 25 de março de 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério Da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 31 abril de 2018.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p.3569-3578, Santa Catarina ,2010.

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R.; VOLPE, C. R. G.; SANTOS, W. S.; REHEM, T. C. M. S. B. Welcoming in primary health care from the viewpoint of nurses. *Acta Paul Enferm.* v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016.

CARLOS, I. L.; COSTA, J. F. D.; LIMA FILHO, B. F. D.; GUEDES, M. B. O. G. Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. 2017.

CARRAPATO, J. F.L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde e Sociedade*, v. 27, p. 518-530, 2018.

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, N. I. B; ALMEIDA, N. A. S.; PUTTINI, R. F.; SOARES, I. D. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 377-388, 2013.

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*, v. 14, n.1, p. 1523-1531, 2009.

COSTA, J. P. JORGE, M. S, B.; VASCONCELOS, M. G. F.; DE PAULA, L. M.; BEZERRA, I C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em debate*, v. 38, p. 733-743, 2014.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saude em debate*, v. 39, p. 514-524, 2015.

DE OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; DA SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Revista de APS*, v. 11, n. 4, 2008.

DUARTE, W. B. A.; F ALCÃO, T. M. L.; BELTRÃO, A. B. Family Health Support Center and the transformation of reception in primary care. *Rev Saúde Debate*, v. 41, n. 115, p. 1061-1074, out-dez, 2017.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p.1437-1450, 2018.

FREIRE L. A. M., STORINO L. P., HORTA, N. C.; MAGALHÃES N. C. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME*. v.12, n.2.; p. 271–277, 2008.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O. A.; SATO, C. I.; ROCHA, S. A. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, p. 144-149, 2014.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Botucatu: *Interface*, 2005.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P. D. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018.

GUERRERO, P.; MELLO, A. L. S. F.; DE ANDRADE, S. R.; ERDMANN, A. L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades: Jaboaão dos Guararapes. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>>. Acesso em: 17 maio 2018.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Pesquisa por serviços disponíveis por Regionais. 2018. Disponível em: <<http://servicos.jaboatao.pe.gov.br/>>. Acesso em: 17 maio 2018

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.* v. 21, n. 3, p. 687-692, jul./set. 2012.

JUSTO, C. M.; DUQUE, A. M.; LOPES, Q. A.; CARVALHO, A. S. Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2017.

KRUG, S. B. F.; LENZ, F. L.; WEIGELT, L. D.; ASSUNÇÃO, A. N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 77-88, 2010.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* v. 20, n.1, 2007.

LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, A. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idoso. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014.

LIRA, L. B. S.; SANTOS, D. S.; NEVES, S. J. F.; NAGLIATE, P. C. Acesso, acolhimento e Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário. *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 12, n. 9, p. 2334-2340, 2018.

LOPES, G. V. D. O.; MENEZES, T. M. O.; MIRANDA, A. C.; ARAÚJO, K. L.; GUIMARÃES, E. L. P. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev. bras. enferm.* [online] v.67, n.1, p.104-110, 2014.

LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V.; FRANÇA, R. C. S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Rev Saúde Debate.* v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

LUCENA, L. N.; RODRIGUES, M. P.; MELO, R. H. V. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife (PE). *Revista Ciência Plural*, v. 4, n. 2, p. 21-37, 2018.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Emergency Triage*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de classificação de risco, 2010.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; CAMPOS, C. R.; MALTA, D.C. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, A. C. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.18, n.3, 2010.

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

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, 2016.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, A.; SILVA NETO, J. C. S.; MACHADO, M. L. T.; SOUZA, M. B. B.; FELICIANO, A. B.; OGATA, M. N. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface Comun Saúde Educ.* v. 12, n. 27, p. 749-62, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

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 Online.* v. 9, n. 5, p. 1545-1555, 2015.

OLIVEIRA, R. F. S. *Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: entre vozes e olhares.* [dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, RN, 2018.

OYAMA, S.M.R.; ROCHA, A. L. M.; OLIVEIRA, R. D. A.; DE CAMARGO, L. L. Análise da percepção do acolhimento pelos usuários de uma unidade básica de saúde de Jundiá. *Academus Revista Científica da Saúde,* v. 2, n. 3, 2017.

PERUZZO, H. E.; BEGA, A. G.; LOPES, A. P. A. T.; HADDAD, M. D. C. F. L.; PERES, A. M. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm,* p. e20170372, 2018.

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

RAIMUNDO, J. S; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* v. 5, n. 2, p-61-67, 2012.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impact of National Humanization Policy in the Family Health Strategy. *Distúrb Comun,* São Paulo, v. 30, n. 1, p.194-200, 2018.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H.; LIMA, M. A.D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre.* v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.

SÁ, C. M. C. P.; MOURA, S. G.; BRAGA, L. A. V.; DIAS, M. D.; FERREIRA, M. O. Experiência da implantação do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE online.* Recife. v. 7, p. 5029-35, jul., 2013.

SATO, M.; AYRES, J. R. C. M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação,* v. 19, p. 1027-1038, 2015.

SANTANA, J. C. B.; FORTES, N. M., DE ANDRADE, A. V., SOARES, A. P. F.; LIMA, J. R. M. Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2012.

SANTOS, R. C. Saúde Todo Dia: uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002

SILVA, A. P. *Acolhimento na gestão do cuidado na Unidade de Saúde da Família Tia Regina do Distrito Sanitário II da Cidade do Recife* [trabalho de conclusão de curso]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, 2012.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 363-374, 2015.

SILVA FILHO, J. A.; CUNHA, M. C.; SANTOS, R. L. VICTOR, I. A. B.; VIEIRA, R. P.; OLIVIERA, I. M. M. Percepção dos Pacientes Hipertensos sobre o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* v. 12, n. 40, 2018.

SILVEIRA, M. F. A.; FELIX, L. G.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, I. C. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção a saúde. *Cogitare Enferm.* v. 9, n. 1, p. 71-78, 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* Recife.; v.5, n.4, p.493-503, 2005.

SOUZA, G. M.F. Implantação do acolhimento em na unidade de saúde de Telha no município de Aquiraz-CE. [trabalho de conclusão de curso] Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família. Escola de saúde pública do Ceará. Fortaleza, 2009.

SOUZA, J. H. L. *A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família de Angicos de Minas em Brasília de Minas: um estudo de caso* [tce]. Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SOUZA JÚNIOR, S. O.; FORTUNATO, M. M.; PESSOA, G. R.; PEREIRA, A. K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. Expressão da humanização no campo da atenção básica à saúde. *Revista Rede de Cuidados em Saúde.* v. 9, n. 1, 2015.

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

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 663-674, 2008.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Caring and humanize: relationships and meanings. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 3, 2011.

XAVIER, C. M. A implantação acolhimento no PSF Abílio dos Santos de Douradoquara: relato de experiência [trabalho de conclusão de curso] Uberaba: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para usuários

DATA _____

IDENTIFICAÇÃO: _____

NOME: _____

SEXO: () Feminino () Masculino

FAIXA ETÁRIA: () 15 a 24 anos () 25 a 34 anos () 35 a 44 anos () 45 a 54 anos () 55 a 64 anos () 65 anos a mais

RAÇA/COR: () Branca () Parda () Negra () Indígena () Amarela

ESCOLARIDADE: () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
() Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Graduação

RENDA FAMILIAR: () Menos de 1 SM () De 1 até 2SM () Mais de 2 SM

MICROÁREA: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Fora de área

MOTIVO PELO QUAL PROCURA A UNIDADE:

() Consulta Médica () Consulta de Enfermagem () Consulta Odontológica
() Atendimento Específico (curativo...) () Outros

EM MÉDIA QUANTAS VEZES VOCÊ PROCURA A USF?

() Mais de 2x semana () 2x semana () 1x semana () 1x em 15 dias
() 1X em 1mês () Mais de 1mês () 1ªvez

A USF RESOLVEU SUA NECESSIDADE?

() Sim () Parcialmente () Não

QUANTO A CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DURANTE O ACOLHIMENTO

() Muito bom () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

QUANTO AS INFORMAÇÕES OFERECIDAS PELOS PROFISSIONAIS:

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

COMO COSTUMA SER O TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA/AGENDAMENTO

() Na mesma hora () No mesmo dia () Na mesma semana () No mesmo mês () Próximo mês

QUAL SUA AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO?

() Houve melhoria () Não houve melhoria () Indiferente

QUAL A SUA AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO QUE LHE FOI DADO?

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO DA USF?

() SIM () NÃO Qual? _____

APÊNDICE B – Roteiro semiestruturado para entrevistas com os profissionais

DATA _____

IDENTIFICAÇÃO: _____

NOME: _____

SEXO: () Feminino () Masculino

FAIXA ETÁRIA:

() 15 a 24 anos () 25 a 34 anos () 35 a 44 anos () 45 a 54 anos () 55 a 64 anos

() 65 anos a mais

RAÇA/COR: () Branca () Parda () Negra () Indígena () Amarela

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL: () até 5anos () 6 a 10 anos () 11 anos ou mais

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: () até 5anos () 6 a 10 anos
() 11 anos ou mais

PROFISSÃO:

() Médico () Dentista () Enfermeiro () ASB () Téc. Enfermagem () ACS

() Recepcionista

QUAL SUA AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA USF?

A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO MODIFICOU O PROCESSO DE TRABALHO DA USF? E O SEU PROCESSO DE TRABALHO? JUSTIFIQUE.

COMO VOCÊ SE SENTE NA POSIÇÃO DE ESCUTA?

O QUE SIGNIFICA ACOLHIMENTO PARA UMA USF?

O QUE PRECISA EVOLUIR PARA MELHORIA DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DA USF?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre um Projeto de intervenção: Implantação do Acolhimento em uma unidade de saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes-PE e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Milena Vieira da Silva Melo aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa.

Os objetivos do estudo são: implantar o Acolhimento como estratégia do cuidado na Unidade de Saúde, monitorar os resultados da implantação do acolhimento na gestão do cuidado a partir do discurso dos envolvidos no processo, a população e os profissionais.

A finalidade deste trabalho é contribuir para uma mudança no desenvolvimento do trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família havendo o reconhecimento, a sensibilidade e o compromisso da equipe no processo de implantação do acolhimento em busca do atendimento integral e resolutivo aos usuários da Unidade de Saúde.

Como benefícios dessa pesquisa temos a melhoria do processo de trabalho, da acessibilidade e do vínculo entre população e equipe da Unidade de Saúde. Os riscos são mínimos, como a possibilidade de constrangimento durante a entrevista ou algum desconforto.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Espaço impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Milena Vieira da Silva Melo, Endereço Rua 08 de outubro, s/nº Jaboatão dos Guararapes, telefone: (81) 33433178 ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

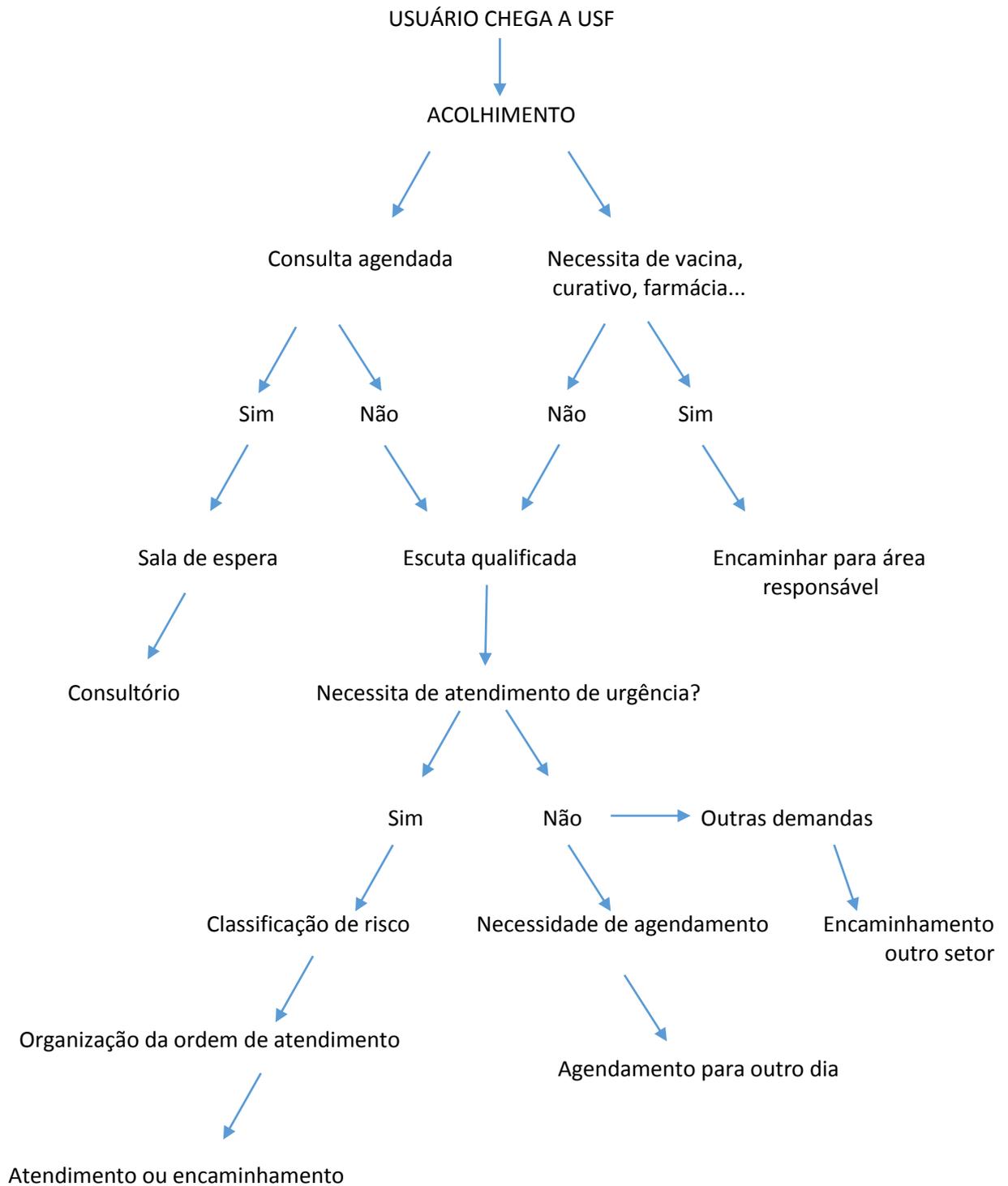
Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXOS

ANEXO A – Fluxo do acolhimento*



* Adaptado de SOUZA, 2010

ANEXO B - Classificação de risco *

	<ul style="list-style-type: none">• Emergência absoluta• Encaminhamento Hospital/UPA• Tempo de atendimento: imediato
	<ul style="list-style-type: none">• Emergência• Encaminhamento Hospital/UPA• Tempo de atendimento: prioridade (máximo 15 minutos)
	<ul style="list-style-type: none">• Urgência maior• Primeiros cuidados e Encaminhamento Hospital/UPA• Tempo de atendimento: prioridade
	<ul style="list-style-type: none">• Urgência menor• Consulta prioridade• Tempo de atendimento: no mesmo dia
	<ul style="list-style-type: none">• Não Urgente• Consulta que pode ser realizada no dia ou outro dia• Tempo de atendimento: mesmo dia ou agendamento

*Adaptado do Sistema de Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

ANEXO C – Tabela classificação de risco *

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
Parada cardíaca	Trauma grave	Traumatismos moderados	Quadro febril de baixa intensidade	Quadro gripal
Choque	Alteração de estado mental	Dor de intensidade moderada	Gestantes com queixas	Dor de intensidade leve
Politraumatismo	Comprometimento do estado hemodinâmico	Quadros de sibilância de intensidade moderada	Quadros dolorosos de baixa intensidade	Trauma menor
Coma profundo	Queimaduras de 2º e 3º grau			
	Dor precordial			
	Quadros hemorrágicos intensos			

*Adaptado do Sistema de Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

ANEXO D – Parecer Consubstanciado CEP

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROJETO DE INTERVENÇÃO: IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Pesquisador: Milena Vieira da Silva Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97814218.7.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.946.949

Apresentação do Projeto:

Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/MPSF orientado pela Prof.ª Dr.ª Talitha Rodrigues Ribeiro . Projeto de Intervenção, que será desenvolvido na USF Jardim Jordão, pertencente a regional VII do município de Jaboatão dos Guararapes-PE. Essa USF é formada por uma equipe de Saúde da Família, composta por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde (ACS's), um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais. Participarão da pesquisa médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo (receptionista), cinco ACS's e usuários. A USF Apresenta na sua área de cobertura, cinco micro áreas com aproximadamente 3426 pessoas cadastradas e mais uma área descoberta, totalizando mais de quatro mil pessoas assistidas. haverá o agendamento de capacitação para os funcionários da USF sobre o tema.

Serão realizadas oficinas, nos horários da reunião administrativa, sobre o acolhimento para que todos os profissionais de saúde sejam sensibilizados sobre a importância da implantação do acolhimento para a gestão do cuidado nos diferentes ciclos de vida. Em seguida, deverá haver formação de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise situacional e produção de estratégias conjuntas para a implantação do acolhimento. Haverá reuniões com a comunidade, líderes comunitários e atores sociais afim de favorecer a divulgação do acolhimento enquanto

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comlidadeica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 2.946.949

estratégia de cuidado em saúde. Firmar um acordo de convivência a responsabilidade entre a unidade e a comunidade. Na etapa seguinte será Colocado em prática o acolhimento propriamente dito conforme acordo nas reuniões de equipe e com a comunidade. Nesta etapa está previsto o monitoramento dos resultados da implantação do acolhimento. Após os primeiros 15 dias será realizada a verificação dos resultados do acolhimento na Unidade, através dos registros realizados nos livros do acolhimento e nas planilhas. A amostra será, por conveniência, composta por usuários que frequentam a USF e profissionais que participaram do processo de implantação do acolhimento. A coleta de dados será realizada por dois estagiários do Curso de Odontologia da UFPE por meio de aplicação de um questionário com usuários e profissionais participantes do acolhimento durante o período de 15 dias. Estima-se que onze profissionais responderão ao questionário e aproximadamente duzentos e dez usuários.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Implantar o Acolhimento como estratégia de gestão do cuidado na Unidade de Saúde Jardim Jordão, localizada na Regional VII da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes

ESPECÍFICOS: a) promover a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da implantação do acolhimento para a gestão do cuidado nos diferentes ciclos de vida;
b) propiciar mudanças organizacionais para a realização do acolhimento segundo as orientações do Ministério da Saúde envolvendo todos os membros da equipe e usuários;
c) reorganizar o serviço a partir das necessidades dos usuários, ampliando o acesso, identificando prioridades e buscando a integralidade na atenção;
d) sensibilizar a relação entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção estabelecendo vínculo e responsabilização da equipe com os usuários;
e) monitorar os resultados da implantação do acolhimento na gestão do cuidado a partir do discurso dos sujeitos sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, como a possibilidade de constrangimento durante a entrevista ou algum desconforto.

Como benefícios dessa pesquisa temos a melhoria do processo de trabalho, da acessibilidade e do vínculo entre população e equipe da Unidade de Saúde.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: com@deetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 2.946.949

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo mostra relevância, pois a Política Nacional de Humanização aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a resolução dos problemas de forma singular em cada contexto. Portanto esta pesquisa contribuirá para consolidar um atendimento humanizado por todos os participantes no acolhimento. Há consistência ético-metodológica em consonância com as diretrizes das Resoluções vigentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados em de acordo com o que é solicitado pelo resolução 466/12

Recomendações:

A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-CCS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o protocolo de pesquisa se encontra adequadamente instruído e que apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes da Resolução CNS n.466/2012, do MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1210710.pdf	06/09/2018 14:29:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MILENA_UFPB.docx	06/09/2018 14:28:16	Milena Vieira da Silva Melo	Aceito
Declaração de Instituição e	CARTA_ANUENCIA.docx	06/09/2018 14:26:38	Milena Vieira da Silva Melo	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 2.946.949

Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.docx	06/09/2018 14:26:38	Milena Vieira da Silva Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/09/2018 22:08:16	Milena Vieira da Silva Melo	Aceito
Outros	DECLARACAO_PROJETO_MILENA.docx	05/09/2018 22:01:28	Milena Vieira da Silva Melo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.docx	05/09/2018 21:57:51	Milena Vieira da Silva Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 08 de Outubro de 2018

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

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitadestica@ccs.ufpb.br