



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

ERICA THAISA ALCANTARA LIMA

**ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE
SERGIPE**

Maceió
2022

ERICA THAISA ALCANTARA LIMA

**ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE
SERGIPE**

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso do
Mestrado Profissional Turma Multiprofissional
– 2020.1 apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família –
PROFSAÚDE, vinculado à Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Alagoas,
como requisito para a obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças
Monte Mello Taveira

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Divanise Suruagy
Correia

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde, acesso e
qualidade na Atenção Básica em Saúde

**Maceió
2022**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

L732a Lima, Erica Thaisa Alcantara.
Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde no município de
Sergipe / Erica Thaisa Alcantara Lima. – 2022.
91 f. : il. color.

Orientadora: Maria das Graças Monte Mello Taveira.

Coorientadora: Divanise Suruagy Correia.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade
Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 74-79.

Apêndices: f. 80-81.

Anexos: f. 82-91.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Acolhimento. 4. Unidade Básica de Saúde – Neópolis/SE. I. Título.

CDU: 614 (813.7)

Dedico aos usuários da Unidade Básica de
Saúde Centro 2.

AGRADECIMENTOS

E encerra-se mais um ciclo. Ao final desses 24 meses foram muitos aprendizados, trocas, partilhas e parcerias. Durante o período pandêmico houve, entre outras coisas, readequação das aulas e distanciamento físico. Situações bastante desafiadoras para todos nós, discentes, docentes, coordenadoras, administrativo, porém contribuíram para o crescimento individual e coletivo, em uma construção dialógica contínua. E gratidão é o sentimento que fica em reconhecimento a oportunidade dos encontros proporcionados por todo o mestrado.

Inicialmente gostaria de agradecer à Deus por ter me guiado e me guiar sempre em todos os meus caminhos.

Ao meu filho, Arthur Alcântara Freire, meu maior e melhor presente, de onde vem minha inspiração e força diária, agradeço por estar ao meu lado cuidado de mim como um anjo e me ensinando todos os dias.

Ao meu marido Roosevelt Batista Freire por todo o cuidado, incentivo e compreensão nos períodos de ausência.

À minha mãe, Joana Alcântara dos Reis, exemplo de humanidade, força e fé, por todo amor e ensinamentos durante toda a minha vida.

Ao meu irmão e demais familiares e amigos por todo amor, carinho e estímulo durante esse período e tantos outros.

À minha orientadora Dr.^a Maria das Graças Monte Mello Taveira e a minha co-orientadora Dr.^a Divanise Suruagy Correa, que me guiaram com maestria na construção dessa pesquisa com tanto conhecimento, experiência e empatia. Presente incrível ter vocês em minha orientação. Muito obrigada!

À minha banca examinadora professora Dr.^a Josineide Francisco Sampaio e Dr.^a Luciana Carla Barbosa de Oliveira por terem aceitado o convite e por terem partilhado preciosas contribuições.

À Universidade Federal de Alagoas, à Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), às coordenadoras, ao corpo administrativo e a todos os nossos professores de excelência do PROFSAÚDE/UFAL pelo acolhimento e construção proporcionado nas disciplinas e que também foram basilares para desenvolvimento desse estudo. Uma honra poder dizer que fui alunas de cada um de vocês.

Aos amigos de curso que, mesmo até o presente momento não tendo a oportunidade de conhecê-los pessoalmente, não diminuiu a nossa parceria. Nossos momentos de trocas,

compartilhamento de angústias e experiências exitosas foram primordiais nessa estrada em busca da realização desse sonho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Neópolis por possibilitar o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde (família) Centro 2, parceiros da Atenção Básica/Saúde da Família de tantos anos, por se disporem a entrar nessa jornada coletiva em busca de mudanças de processos de trabalho. Juntos somos mais fortes!

Aos usuários pela confiança e por todo ensinamento diário proporcionado. É por vocês!

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente ao desenvolvimento desse estudo.

Gratidão a todos!

E que venham as próximas etapas e desafios, seguindo no exercício da fé e perseverança!

Viva o SUS!

*Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo:
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira e pura.... Enquanto durar.*

CORA CORALINA

RESUMO

As dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde são apontadas como grande entrave para sua consolidação como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. O acolhimento é visto como mecanismo que possibilita ampliação do acesso ao usuário e efetivação da missão da Atenção Básica como principal porta de entrada do sistema. Esse estudo teve como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde do município de Neópolis, Sergipe. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Os participantes da pesquisa foram 13 profissionais de saúde e 10 usuários de uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana do referido município. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, as quais foram gravadas. A análise de dados foi embasada na teoria de análise de conteúdo, em quatro fases, conforme recomendações de Malheiros. A partir dos dados foram estabelecidas duas categorias, a primeira categoria “Percepção do acolhimento” e subcategorias “nas relações”, “na qualidade do atendimento”, “na rotina de trabalho” e “na qualificação profissional” e a segunda categoria “Acolhimento no processo de trabalho” com as subcategorias “dificuldades e barreiras de acesso” e “fluxo dos usuários na Unidade Básica de Saúde”. Os resultados evidenciaram que tanto os profissionais quanto os usuários correlacionaram acolhimento ao campo das relações entre ambos, sendo reconhecido em todos os espaços. Também foi possível identificar a necessidade de melhor gerenciamento da agenda, condutas e posturas como barreiras de acesso e déficit de materiais e medicamentos. O treinamento dos profissionais é um fator para efetivação do acolhimento e a falta de preparo profissional foi outro ponto observado. O profissional deve se sentir preparado de acordo com sua competência clínica e essa identificação de necessidade de treinamento pode sugerir deficiência de oferta de capacitações sobre a temática pela gestão. O acolhimento é identificado como ferramenta de qualidade no SUS e reflexões quanto ao fluxo dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional de modo articulado entre os profissionais com envolvimento dos gestores locais para sua efetivação. Deste modo, esta pesquisa gerou como produto a proposta de realização de oficinas pedagógicas com o objetivo de capacitar os profissionais para estruturação da prática do acolhimento na organização do processo de trabalho. A Educação Permanente em Saúde nesse cenário impulsiona o trabalho colaborativo através da problematização e, para tanto, além dos profissionais, se buscou incluir usuários e gestores no percurso metodológico, dentro do escopo de suas responsabilidades.

Palavras-chaves: acolhimento; acesso aos serviços de saúde; unidade básica de saúde; estratégia de saúde da família; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The population's difficulties in accessing health services in Primary Health Care are identified as a major obstacle to its consolidation as the organizer of the Health Care Network in the Unified Health System. Welcoming is seen as a mechanism that makes it possible to expand access to the user and carry out the Primary Care mission as the main gateway to the system. This study aimed to know the understanding of professionals and users about the organization and implementation of user embracement in the work process in a Basic Health Unit in the city of Neópolis, Sergipe. This is a qualitative, descriptive study. The research participants were 13 health professionals and 10 users of a Basic Health Unit in the urban area of that municipality. Data were collected through individual interviews, which were recorded. Data analysis was based on the theory of content analysis, in four phases, as recommended by Malheiros. From the data, two categories were established, the first category "Perception of reception" and subcategories "in relationships", "in the quality of care", "in the work routine" and "in professional qualification" and the second category "Reception in the work process" with the subcategories "difficulties and barriers to access" and "user flow in the Basic Health Unit". The results showed that both professionals and users correlated reception with the field of relationships between them, being recognized in all spaces. It was also possible to identify the need for better management of the agenda, behaviors and postures as barriers to access and shortage of materials and medicines. The training of professionals is a factor for effective reception and the lack of professional preparation was another point observed. Professionals must feel prepared according to their clinical competence and this identification of the need for training may suggest a deficiency in the provision of training on the subject by management. Welcoming is identified as a quality tool in the SUS and reflections on the flow of users in the unit must be carried out, evaluating professional practice in an articulated way among professionals with the involvement of local managers for its effectiveness. Thus, this research generated as a product the proposal to carry out pedagogical workshops with the objective of training professionals to structure the practice of welcoming in the organization of the work process. Permanent Education in Health in this scenario encourages collaborative work through problematization and, for that, in addition to professionals, it sought to include users and managers in the methodological path, within the scope of their responsibilities.

Keywords: user embracement; access to health services; basic health unit; family health strategy; primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de usuários de acordo com os profissionais da Unidade Básica de Saúde.....	46
Figura 2 – Fluxo dos usuários em situação aguda de acordo com os profissionais da UBS.....	47
Figura 3 Fluxograma de acolhimento dos usuários em demanda espontânea equipe Centro 2.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Detalhamento do produto técnico.....	30
Quadro 2 – Categorias e subcategorias de análise.....	35
Quadro 3 – Oficina 1 Capacitar os profissionais da unidade de saúde sobre os conceitos e objetivos da prática do acolhimento no processo de trabalho.....	62
Quadro 4 – Oficina 2 Estimular a reflexão do acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado.....	62
Quadro 5 – Oficina 03 Reorganizar fluxo de acolhimento na unidade básica.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAMED	Faculdade de Medicina
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Acesso como direito	15
2.2 Acolhimento na atenção primária à saúde e suas dimensões	20
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral.....	24
3.2 Objetivos Específicos.....	24
4 MÉTODO	25
4.1 Tipo de Estudo	25
4.2 Caracterização do local de Estudo	25
4.3 Período de coleta de dados	26
4.4 Participantes do Estudo	26
4.5 Seleção dos participantes	27
4.6 Coleta dos dados.....	27
4.7 Análise dos dados	28
4.8 Aspectos éticos.....	29
5 RESULTADOS	30
5.1 Artigo Científico	31
5.2 Produto Técnico	51
6 CONCLUSÃO DO TCM	72
REFERÊNCIAS GERAIS	74
APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS	80
APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS	81
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS	82
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS	84
ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA.....	86
ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	87

1 INTRODUÇÃO

Em setembro de 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma-Ata, na antiga União Soviética. Foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e expressou a necessidade urgente de todos os líderes mundiais, os trabalhadores do campo da saúde, do desenvolvimento e a comunidade mundial no intuito de promover a saúde de todos os povos do mundo. A Declaração de Alma-Ata defende que Cuidados Primários de Saúde correspondem ao primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde dos indivíduos, família e comunidade. Portanto são por meio deles que os cuidados em saúde são direcionados ao mais próximo possível onde as pessoas vivem e trabalham (WHO, 1978).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada como sendo os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, ou seja, é a atenção ambulatorial de primeiro nível. Estes serviços são direcionados para resolução da maior parte dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Isto posto, as políticas dirigidas ao fortalecimento da APS no Brasil são reconhecidas como as que mais contribuíram para a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (MOROSINI *et al.*, 2018).

Diante dos problemas de diversas ordens enfrentados para consolidação do SUS, foi proposto em 2003 uma Política Nacional de Humanização (PHN), sendo considerada como política transversal as diferentes ações e instâncias gestoras do sistema. No âmbito dos parâmetros para implementação das ações da PNH na Atenção Básica, têm-se a organização do acolhimento de maneira a favorecer a ampliação efetiva do acesso a esse tipo de atenção e aos demais níveis do sistema, estruturando o atendimento com base na hierarquização dos riscos, eliminação de filas e adequação da capacidade resolutiva (BRASIL, 2016).

Segundo a Portaria nº 2436 de 23 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde equivalentes. Destaca a Atenção Básica como porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo coordenadora do cuidado e ordenadora em todos os pontos de atenção à saúde dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações. A participação no acolhimento dos usuários é apresentada nas atribuições dos profissionais da Atenção Básica, conferindo atendimento humanizado (BRASIL, 2017).

Existem vários conceitos para acolhimento revelando múltiplos significados ao termo, tornando-se mais importante a clareza da noção assumida, sinalizando perspectivas e intencionalidades. Acolher é uma prática constitutiva das relações de cuidado, sendo mais

apropriado analisar como ele se dá em determinado serviço. No contexto da Atenção Básica, para que se tenha resolutividade é preciso haver capacidade ampliada de escuta e um escopo amplo de ofertas, pois lida com situações e problemas de saúde de grande variedade. Deste modo, a capacidade de acolhimento e escuta das equipes aos usuários é um elemento-chave (BRASIL, 2013a).

No processo de implantação/reestruturação das práticas de acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica é preciso levar em conta os diferentes sentidos relacionados, como: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia de cuidados; e dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013a). Assim, o acolhimento é instituído para ampliar o acesso e efetivar a missão da Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do sistema, onde busca o resgate da agilidade do acesso e o aumento da equidade e da resolutividade do primeiro contato (BRASIL, 2013a; TESSER *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado em 2014 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma regional do Distrito Federal, foi possível constatar que ainda prevalecia o cuidado em saúde nos moldes tradicionais: centralização na consulta médica e distribuição de fichas para a demanda espontânea. Por conseguinte, muitos usuários deixavam a unidade sem resolver seus problemas, não contemplando a proposta do acolhimento. É uma realidade ainda prevalente em outros estados além do Distrito Federal, onde o acesso ocorre obedecendo critérios burocráticos, por ordem de chegada, sem priorização dos riscos. Os autores atentaram para a necessidade de qualificação dos trabalhadores e ponderaram não ser suficiente o desejo dos profissionais incorporarem o acolhimento no seu processo de trabalho, sendo necessário uma articulação em rede de atenção (CAMELO *et al.*, 2016).

No município de Neópolis do Estado de Sergipe, a dificuldade no processo de acolhimento do usuário é uma constante no processo de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), principalmente da Unidade Básica de Saúde onde a gestão centraliza vários procedimentos e serviços de saúde. Com base no exposto, este estudo se debruça sobre o seguinte questionamento: como é a compreensão dos profissionais e usuários sobre acolhimento e seu funcionamento em uma UBS do município de Neópolis, Sergipe?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta uma contextualização sobre a garantia do direito social à saúde e perspectivas conceituais relacionadas ao acolhimento na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, foi realizado levantamento bibliográfico e incluído resultados de pesquisas e relatos de experiência para fundamentação teórica do tema. Está dividido em 02 tópicos gerais, a saber: 1) Acesso como direito; 2) Acolhimento na Atenção Primária à Saúde e suas dimensões.

2.1 Acesso como direito

São recentes os sistemas de saúde com estruturas públicas e privadas de atenção e sua consolidação ocorreu em meados do século XX. Esses sistemas se desenvolveram com o aumento da participação dos Estados no controle de mecanismos que interferem na saúde e no bem-estar de suas populações e, conseqüentemente, no desenvolvimento das nações (LOBATO *et al.*, 2012).

Sistemas nacionais de saúde universais são relacionados com fazer mais com menos recursos, sendo, portanto, considerados mais eficientes. Além disso, são apontados como mais equânimes e, mediante essas características, apresentam maior impacto positivo nas condições de saúde (WHO, 2010). De modo geral o Estado presta diretamente os serviços de saúde e tem grande capacidade de regulação e controle de custos nos casos de serviços contratados ao setor privado. O primeiro sistema universal no Ocidente em um país capitalista foi o National Health Service (NHS) britânico, criado em 1946 (LOBATO *et al.*, 2012).

A proteção à saúde envolve sistemas universais, públicos e direito à cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde brasileiro que teve como objetivo mudar como o Brasil garante a atenção à saúde de seus cidadãos e surgiu como resultado de um longo processo social (LOBATO *et al.*, 2012). No contexto de redemocratização do Brasil, lideranças políticas, profissionais de saúde, intelectuais e movimentos estudantis e sindicais, agrupados no Movimento de Reforma Sanitária, promoveram debates e reflexões fundamentais que culminaram na criação do SUS (MOLINA, 2018).

Antes de 1988, somente tinham direito à assistência médica os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e com as contribuições pagas à previdência social. A medicina previdenciária era associada a ações curativas e individuais. Aos que não tinham acesso à assistência médica da previdência social restava o pagamento por serviços médicos e hospitalares ou ser atendido em instituições filantrópicas, postos e hospitais de Estados e

municípios. Outrossim, mesmo na medicina previdenciária, a saúde não era prioridade, uma vez que a assistência médica, hospitalar e farmacêutica era dependente dos recursos não gastos com aposentados, viúvas e órfãos. Acrescidos a isso, tinha-se desvio de recursos para empreendimentos econômicos (PAIM, 2015). O antigo modelo de atenção à saúde era excludente e centrado no hospital e na assistência a casos agudos (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Com a Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e equânime a serviços de saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2016). Deste modo a saúde passa a ser reconhecida como um direito social, ligada à condição de cidadania, onde todos os indivíduos têm direito à saúde (PAIM, 2015).

Todavia muito do que é previsto em lei ainda não se tornou realidade. As razões envolvem: maior resistência a realização de algumas mudanças ou necessitam de decisões mais difíceis para viabilização; instituições ou profissionais não terem preparo suficiente ou não aceitaram tais mudanças; ou ainda alguns governos não concordarem com elas, evitando a implantação (LOBATO *et al.*, 2012). Várias políticas foram e são instituídas para viabilização dos princípios e diretrizes do SUS ao longo dos anos. Noronha *et al.* (2012) atentam que para implementação do SUS era imperativo romper com o antigo modelo pois era bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais. Porém, têm-se hoje cenários bastantes paradoxos, onde apresenta-se nítidos avanços ao passo que é possível se deparar com complexos desafios, sendo mandatário mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo.

Após a primeira década do SUS, o Ministério da Saúde (MS) inseriu a humanização em sua agenda institucional. Isso ocorreu devido à problemas relacionados a atenção aos usuários e as condições de trabalho dos Agentes de Saúde, acarretando em prejuízos ao acesso e qualidade dos serviços de saúde. Deste modo, o tema central da 11ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 2000 foi “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social” (CNE, 2001; COELHO, *et al.*, 2018).

Concomitantemente o MS criou o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar o qual objetivava a melhoria da qualidade da atenção à saúde, entretanto restrito ao ambiente hospitalar e à dimensão assistencial. Inicialmente focou no usuário e posteriormente no trabalhador, com grande enfoque nas transformações das relações interpessoais. Pelo fato desse programa ser direcionado apenas ao ambiente hospitalar e restrito à assistência sem avanço à raiz dos problemas relacionados ao esgotamento da saúde, o MS o extinguiu em 2002 (COELHO, *et al.*, 2018).

Em 2003, após análise situacional do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar assim como análise de novas propostas, surgiu a Política Nacional de Humanização. A mesma buscava efetivar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde ao produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, promovendo a comunicação entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto (BRASIL, 2013b).

A PNH é estruturada a partir de: princípios, método, diretrizes e dispositivos. É a partir dos princípios que a PNH se desdobra enquanto política pública de saúde. Método é a condução de um processo, isto é, seu modo de caminhar. Já as diretrizes são as orientações gerais de uma determinada política e os dispositivos são as atuações dessas diretrizes em arranjos de processo de trabalho. Esta política está direcionada pelo método da “tríplice inclusão”, caminhando na inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010c).

As diretrizes norteiam o trabalho da PNH com orientações clínicas, éticas e políticas que figuram em determinados arranjos de trabalho. A PNH tem como diretrizes: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013b).

Na PNH, o acolhimento significa o reconhecimento do que o outro traz como necessidade de saúde legítima e singular. Gestão participativa/cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão além da expansão das tarefas de gestão. Ambiência é a criação de espaços saudáveis com perfil acolhedor e confortável, com respeito à privacidade e que sejam lugares de encontro entre pessoas capazes de proporcionar mudanças no processo de trabalho. Clínica ampliada possibilita enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e consequentemente de seus danos e ineficácia. Valorização do trabalhador inclui o trabalhador na tomada de decisão, acreditando na capacidade de análise, definição e qualificação dos processos de trabalho. Defesa dos direitos dos usuários fomenta o conhecimento aos usuários da saúde de seus direitos e assegura que sejam cumpridos (BRASIL, 2013b).

Nessa política acolher traduz-se em uma escuta qualificada às necessidades do usuário oferecida pelos trabalhadores, possibilitando a garantia do acesso oportuno às tecnologias adequadas as necessidades desses usuários, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013a), sendo o foco desse estudo.

Conforme o Ministério da Saúde, a sistemática de acolhimento deve ser implantada na rede SUS de forma integrada. Deve significar qualificação da produção de saúde, com

responsabilização também do que não pode ser respondido de imediato, encaminhando o usuário ao direcionamento de modo ético, resolutivo e com segurança de acesso. Nesse sentido todos os profissionais fazem acolhimento, porém as portas de entradas dos serviços (como prontos-socorros, ambulatorios de especialidades, centro de saúde, entre outros) podem demandar a necessidade de preparação por promover o primeiro contato do usuário com esses serviços (BRASIL, 2010a).

Em junho de 2009 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, a qual foi publicada na Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009. A carta dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e na primeira diretriz se encontra descrito como direito de todo cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. Em seu art. 2º, parágrafo 1º, esse acesso deve se dá preferencialmente pelos serviços de saúde da atenção básica que estiverem mais pertos do local de residência (BRASIL, 2012).

No que concerne a Política Nacional de Atenção Básica, esta serve para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, assim sendo, essa política contempla como os princípios e diretrizes do SUS devem ser operacionalizados na Atenção Básica. A Atenção Básica tem como princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade e como diretrizes: Regionalização e Hierarquização, Territorialização e Adscrição, População adscrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação das redes e Participação da Comunidade. Dentro do princípio da Universalidade, a Atenção Básica possibilita acesso universal e contínuo, sendo porta de entrada aberta e preferencial das Redes de Atenção à Saúde, acolhendo os indivíduos e promovendo a vinculação e corresponsabilização (BRASIL, 2017).

A política nacional brasileira adotou o termo Atenção Básica pois considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde equivalentes (BRASIL, 2017). Segundo Mendonça *et al.* (2018) não há oposição ao uso dos termos citados pois ambos podem ser direcionados a um propósito de sistema público universal de qualidade.

A portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde como estratégia de superação da atenção e da gestão fragmentada nas Regiões de Saúde¹ e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS,

¹ O Decreto Federal 7508 de 28 de junho de 2011 considera Regiões de Saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Em cada região de saúde deve ser oferecido serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde, reiterando a regionalização com princípio organizativo do SUS.

assegurando aos usuários um conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência. Deste modo, é conceituada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas, que buscam garantia da integridade do cuidado (BRASIL, 2010_a).

Mendes (2011) refere que as propostas de RAS são recentes, com origem na primeira metade dos anos 90 nas experiências de sistemas integrados de saúde nos Estados Unidos. As redes não são apenas um arranjo poliárquico entre diferentes atores com certa autonomia e sim um sistema que procura aprofundamento e estabelecimento de padrões estáveis de inter-relações.

A Atenção Primária à Saúde é descrita por meio de atributos: quatro considerados atributos essenciais e 03 atributos derivados (STARFIELD, 2004). Os atributos essenciais são: acessibilidade ao serviço de saúde, devendo-se avaliar como ocorre o acolhimento do usuário com escuta qualificada para direcionamento da assistência e articulação com redes integradas; longitudinalidade, sendo importante a relação profissional-usuário, e os fatores que podem influenciar essa relação como a rotatividade de profissionais e precarização das relações de trabalho; integralidade, com identificação dos serviços disponíveis para abordagem resolutive; coordenação do cuidado, com análise do acompanhamento dos casos clínicos e da continuidade de atenção entre os profissionais e os serviços da rede de atenção à saúde. E como atributos derivados, orientação familiar e comunitária e competência cultural, que conferem maior força a APS ao também estarem presentes.

Starfield (2004) ao considerar como um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde a sua constituição como serviço de primeiro contato, o refere como porta de entrada do sistema de saúde, onde o usuário procura quando necessita de atenção. E como requisito é necessário que seja acessível com eliminação de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais. Ou seja, o acesso deve ser garantido principalmente através dos serviços de Atenção Primária à Saúde por conta de sua proximidade com o usuário e facilitar desenvolvimento de vínculo longitudinal.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido implementada na maioria dos municípios brasileiros como política prioritária para organização da APS. Em 2017, mais de 95% dos municípios tinham equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e em alguns estados, como Piauí, Paraíba, Tocantins e Sergipe, a cobertura populacional é maior que 90%. É uma estratégia que incorpora em sua concepção elementos como centralidade na família e direcionamento para a comunidade (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Tendo como finalidade a ampliação do acesso na APS, é necessário o fortalecimento e expansão da ESF associada a diminuição da população vinculada a cada equipe. Na prática da

APS deve haver uma atenção à saúde abrangente, cuidados centrados na pessoa, família e comunidade pela mesma equipe e coordenação dos cuidados especializados cabíveis e, para tanto, o acesso é a base que possibilita a viabilização desses atributos (TESSER *et al.*, 2018). Martins *et al.* (2019) em um estudo descritivo da implantação do Projeto AcolheSUS em uma Unidade Básica de Saúde em Brasília, Distrito Federal, conferiram que a construção de modo conjunto de protocolos sólidos e ajustes relacionados ao processo de trabalho contribuíram para melhorar a oferta de serviço e oportunizar maior acesso do usuário.

Acesso à saúde e, particularmente à Atenção Básica, é um direito fundamental dos cidadãos, e vem se fortalecendo com o aumento gradativo da oferta de serviços no país. A melhoria do acesso é um desafio permanente para gestores e trabalhadores e essa melhoria é essencial para maior adesão e engajamento em defesa do SUS (SOUZA *et al.*, 2021).

Resultados de estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2019) em uma unidade de APS localizada em uma cidade metropolitana da região sudeste do país, apontam o acolhimento como ferramenta de qualidade do SUS, visto que pode levar a mudanças na relação estabelecida entre profissionais e usuários. Deste modo, pode proporcionar benefícios na corresponsabilização dos sujeitos na saúde, fomentando também a ressignificação relacionada a produção do cuidado. O acolhimento colabora com a qualificação dos sistemas de saúde, sendo uma ferramenta que oportuniza o SUS desempenhar seus princípios constitucionais (COUTINHO *et al.*, 2015).

2.2 Acolhimento na atenção primária à saúde e suas dimensões

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de modo a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, orientando a outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando indicado e promovendo articulações com esses serviços para garantia da eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010_b). Constitui elemento central da PNH e vem sendo implantado progressivamente em unidades de emergência/urgência, programas de extensão universitária, estágios curriculares e equipes de Saúde da Família (PAIM, 2012).

Falar em acolhimento não é se referir a um espaço, local ou triagem. Sob a ótica da efetivação dos princípios do SUS e da Atenção Básica, o acolhimento se mostra como possibilidade de reorganização dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A revisão integrativa relacionada ao acolhimento nos âmbitos da APS e da ESF realizada por Coutinho *et*

al. (2015), revelou a falta de uniformidade relacionada a prática do acolhimento. Todavia os autores afirmam ser necessário haver alguma forma de organização dos serviços pautados em normatizações e em incentivos à educação permanente, mesmo considerando as peculiaridades e individualidades destes serviços. Ou seja, o serviço necessita se organizar para promover o acolhimento.

Affonso *et al.* (2015) realizaram investigação em unidades básicas de saúde de um interior paulista que apontaram diversos entraves para a realização do acolhimento de modo adequado como falta de condições estruturais básicas, precarização do trabalho e também relações de poder dentro das equipes.

Souza *et al.* (2021) ao analisarem o acesso à Atenção Básica no Brasil no período de 2012 a 2018, verificaram que, com relação ao acolhimento à demanda espontânea, a maioria das equipes implantaram e/ou qualificaram, atentando a: inclusão de atendimento às urgências, melhoria dos modos de organização da agenda e qualificação dos modos de agendamento, diminuindo tempo de espera. Apesar desses resultados, ainda persistiam problemas recorrentes que necessitam de enfrentamento para melhoria do acesso à Atenção Básica no país.

Uma grande parte das necessidades de saúde dos usuários podem ser atendidas na Atenção Básica e, para tanto, o acolhimento, a escuta qualificada e a problematização são essenciais. São as demandas de baixo risco e sua resolutividade ocorre na própria unidade, mesmo não estando programadas. Quando essa resolutividade não ocorre, reflete em retornos repetidos, queixas, reclamações e busca por outros serviços de saúde que sejam mais resolutivos (RODRIGUES, *et al.*, 2020; SUSSEKIND, *et al.*, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, existem três dimensões constitutivas do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica. A primeira delas é o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, onde o acolhimento aparece como inclusão dos usuários ao pressupor que os objetos do trabalho das equipes não são apenas determinados grupos populacionais. Além disso favorece a ampliação do acesso, ao contemplar agenda programada e a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações de acordo com suas especificidades (BRASIL, 2013_b).

A segunda dimensão é o acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado, podendo inclusive facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos. O acolhimento está relacionado ao território das tecnologias leves, representado nas relações que se estabelecem entre profissionais e usuários (BRASIL, 2013_b).

Merhy (1997) classifica as tecnologias que envolvem o trabalho em saúde em duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras compreendem todas as ferramentas e instrumentos

produzidos para uso de maneira determinada em dadas situações – equipamentos, normas, estruturas organizacionais. As leve-duras abrangem os saberes estruturados das profissões de saúde. E as tecnologias leves correspondem as tecnologias no campo relacional, representando tudo o que é utilizado para beneficiar o encontro, como a escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, entre outros.

Como terceira dimensão, tem-se o acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, provocando mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. (BRASIL, 2013_b, p. 22).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde oferece um fluxograma para representar um padrão de fluxo dos usuários nas unidades de saúde. Esse fluxograma não pode ser tomado em caráter absoluto, pois pode ocasionar problemas pela falta de mediação e ajuste com a realidade e suas singularidades. Algumas situações demandam ajustes no mesmo, sendo importante considerar o objetivo de ampliação de resolutividade e capacidade de cuidado, não burocratizando o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade de saúde (BRASIL, 2013_b).

A lógica do fluxograma supõe resumidamente: que os usuários com atividades agendadas ou da rotina sejam devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias; que situações imprevistas requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho para compreensão e intervenção; que os trabalhadores encarregados da escuta das demandas espontâneas devem ser capazes de analisá-las, ter clareza das ofertas de cuidado, haver possibilidade de diálogo entre os colegas e ter algum grau de resolutividade e respaldo para acionamento das ofertas de cuidado considerando a necessidade dos usuários. Deve ser encarado como possibilidade de ponto de partida, representando uma estratégia para organização do trabalho coletivo, sob o prisma usuário-centrada (BRASIL, 2013_b).

O acolhimento na ESF deverá ser de acordo com as necessidades locais, favorecer a escuta qualificada dos usuários, disponibilizar espaços para efetivação do controle social, articular membros da equipe, promover comunicação e mudanças no processo de trabalho e estar interligado a todos os níveis de atenção à saúde, firmando parcerias entre comunidade, equipe e gestão (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Em pesquisa publicada por Lopes *et al.* (2014)

realizada em uma unidade de saúde docente-assistencial que funciona na Estratégia de Saúde da Família em Salvador/BA, identificou-se que os usuários percebem os processos de trabalho constituídos para gerar maior acolhimento como mecanismo que promovem maior acessibilidade ao serviço e resolutividade das demandas dos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar como está organizado o acolhimento no processo de trabalho dos profissionais da UBS para atendimento às necessidades de saúde dos usuários;
- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde e usuários sobre acolhimento em saúde;
- Conhecer o entendimento dos profissionais de saúde e usuários sobre o acolhimento realizado na unidade de saúde selecionada.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. O método qualitativo foi escolhido porque, segundo Minayo (2014), é o que corresponde ao produto das interpretações que os humanos realizam de como vivem, de como constroem a si e a seus instrumentos, de como sentem e pensam.

4.2 Caracterização do local de Estudo

O estudo ocorreu na Unidade Básica de Saúde Centro II, localizada na zona urbana do município de Neópolis, do Estado de Sergipe, na região do Baixo São Francisco, a 121 km da capital Aracaju. O município tem população de 18.506 pessoas, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), pertence a Regional de Saúde do município de Propriá e conta com 08 Equipes de Saúde da Família, das quais 04 atuam em territórios na zona urbana e 04 atual na zona rural, possibilitando cobertura de 100% da população (BRASIL, 2021). O município tem 04 equipes de Saúde Bucal e um Centro de Atenção Psicossocial também compõem a APS do município.

Os dados do município referem salário mensal de 1.8 salários mínimos em 2019 e a proporção de pessoas ocupadas em relação a população em geral era de 12,6% no mesmo ano (IBGE, 2021). Tem um elevado número de população de baixa renda e SUS dependente, apresentando grande desigualdade social.

A Unidade Básica Centro II situa-se atualmente em um imóvel alugado, sem previsão de mudança para local definitivo, localizado em seu território de abrangência, o qual compreende o centro comercial até a região da orla da cidade, com um total de 2083 pessoas. Uma equipe de saúde da família com 08 micro áreas atua na unidade e, adicionado aos demais profissionais do ambulatório, perfaz um total de 14 profissionais de saúde. A UBS não tem Equipe de Saúde Bucal.

De modo geral, o território de abrangência da unidade já foi caracterizado como a área mais privilegiada do município, uma vez que se localiza na região central da cidade, no centro comercial, onde abarcava uma grande parte das famílias de melhor poder aquisitivo da cidade, porém ultimamente o perfil vem mudando. Também abrange uma região periférica, ribeirinha que vive da pesca e outra parte que vive de pequenos serviços/informalidade. A área não tem

atividades de entretenimento aos adolescentes e jovens da cidade, mesmo comportando a praça principal do município e a orla. Também detém grande número de idosos e acamados do município, uma vez que muitas famílias mais antigas da cidade residem nela.

Na UBS Centro 2 atualmente tem: uma recepção, sala de espera, sala de procedimentos, 02 consultórios, sala de vacina, espaço para nebulização/observação, copa, espaço de convivência equipe. Não há telefone nem acesso à internet de modo institucional. Também não há outros recursos tecnológicos, como computador, notebook ou tablete. Funciona todos os dias da semana, de segunda a sexta, das 7:00 às 15:00, conforme pactuado em reunião em conselho de saúde. No mês de maio de 2022, realizou 265 atendimentos, dentre os quais 206 correspondiam a agendamento e os demais a demanda do dia, perfazendo um total de 77,7% de atendimento por consulta agendada. Os dados de atendimento total foram retirados do sistema e-sus Atenção Básica e os dados de agendamento foram retirados das planilhas de monitoramento realizadas pela equipe.

4.3 Período de coleta de dados

Os dados foram coletados no ano de 2022, após qualificação e aprovação no conselho de ética. A coleta de dados com os usuários iniciou-se em 22 de março de 2022 até o dia 05 de maio de 2022. E com os profissionais entre os dias 01 a 18 de abril de 2022.

4.4 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram treze profissionais que desenvolvem atividades na Unidade Básica e usuários da Unidade Básica referida, sendo preestabelecido o número de dez sujeitos.

Os critérios de inclusão dos profissionais que participaram da pesquisa foram: ser profissional da UBS e atuar na unidade de saúde por período igual ou maior que um ano. Como critérios de exclusão: profissionais afastados no período da pesquisa por motivo de doença, férias ou algum outro tipo de licença.

Para seleção dos usuários foram adotados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos de idade e estar cadastrado na UBS há um período igual ou maior que um ano. E como critérios de exclusão: usuários acamados e com transtornos mentais.

4.5 Seleção dos participantes

A seleção dos profissionais de saúde foi de forma intencional, com todos os que trabalham na referida unidade. No período de realização da pesquisa, todos os profissionais da unidade se encaixaram nos critérios para participarem do estudo.

Os usuários foram selecionados por sorteio simples aleatório. Foram selecionados representantes das 08 micro áreas, dos quais um 01 representante de cada uma das 06 micro-áreas com menor quantitativo de pessoas e 02 representantes de cada uma das 02 micro-áreas com maior número de pessoas.

4.6 Coleta dos dados

Os dados foram coletados com os profissionais por meio de entrevista com perguntas abertas mediada por um roteiro com 09 perguntas (apêndice 1) versando sobre a percepção do acolhimento entre os profissionais e sua organização na prática diária dos mesmos. Foi aplicado de modo individual pela pesquisadora uma vez que não houve conflito de interesse, em local reservado na UBS que permitiu produção de áudios com qualidade, gravadas em aparelho celular da pesquisadora, respeitando-se as normas de biossegurança para enfrentamento da COVID-19.

As entrevistas tiveram uma duração média de 9min 56seg. Na entrevista aberta o informante foi convidado a falar com liberdade sobre determinado tema, onde as perguntas do pesquisador, quando realizadas, buscam maior profundidade às reflexões segundo a literatura estudada (MINAYO, 2014).

A coleta de dados com os usuários também ocorreu por meio de entrevista aberta, guiada por um roteiro construído pela pesquisadora com 07 perguntas norteadoras que abordam a percepção do acolhimento entre os usuários e sua organização na unidade básica de saúde (apêndice 2). Para tanto, foi realizado o sorteio dos usuários de cada uma das micro-áreas até formar o total de 10 sujeitos entre os que compareceram à unidade no período da coleta de dados, sendo um 01 representante de cada uma das 06 micro-áreas com menor quantitativo de pessoas e 02 representantes de cada uma das 02 micro-áreas com maior número de pessoas. Após o sorteio, o usuário foi abordado e se deu os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a entrevista foi realizada na própria UBS. Não houve negativa de aceitação entre todos os sorteados.

As entrevistas com os usuários ocorreram em local reservado na UBS também de modo que permitiram a produção de áudios com qualidade e foram gravadas em aparelho celular da pesquisadora. Tiveram uma duração média de 4min 26seg. Foi observado as normas de biossegurança para enfrentamento da COVID-19.

Os dois roteiros de entrevistas mencionados foram elaborados pela pesquisadora baseados na literatura referente ao tema da pesquisa. Na expectativa de avaliação e adequação dos mesmos, foram realizadas duas entrevistas como pré-teste em outros territórios. Uma entrevista ocorreu com um profissional de saúde de uma unidade de saúde da zona urbana utilizando o roteiro para entrevista com os profissionais. A outra entrevista aconteceu com um usuário de uma unidade de saúde da zona rural com aplicação do roteiro para entrevista com os usuários. O objetivo desse pré-teste compreendeu a identificação de possíveis ambiguidades nas conduções e análise de nitidez dos termos e expressões. Após essa fase de pré-teste, iniciou-se a fase de coleta de dados, conforme descrição anterior.

4.7 Análise dos dados

A análise de dados se deu manualmente seguindo a teoria de Análise de Conteúdo segundo Malheiros (2011). A primeira fase se deu com a transcrição na íntegra dos dados das entrevistas, ou seja, houve uma migração dos áudios para a escrita, onde ocorreu uma análise preliminar, aumentando a proximidade com os dados. Nessa fase foi definida a unidade de contexto. Ocorreu uma leitura aprofundada, identificando as ideias que iriam emergir das respostas, objetivando a identificação de categorias, uma vez que as mesmas não irão ser elaboradas previamente.

Na segunda fase ocorreu a elaboração de uma planilha para identificação dos sentidos, sendo composta pelas ideias explícitas as quais corresponderam a categorias provisórias e pelas ideias implícitas que constituíram os focos, sendo mais precisos. Para organização das categorias e focos foram considerados os três princípios de Malheiros (2011): princípio da exclusão – quando um dado ou conjunto de dados pertencer a uma categoria será excluído de todas as outras de modo automático; princípio da pertinência – é necessário que um dado seja pertinente à categoria a qual for enquadrado; princípio da objetividade – é necessário ser objetivo na ligação do dado a uma categoria.

A terceira fase é onde se buscou a resposta para a pergunta da pesquisa por meio de unidades de registro, havendo a elaboração de uma terceira planilha relacionando a fala com o foco ou tema. A unidade de registro pode ser uma palavra ou frase.

A quarta fase consistiu a construção de duas planilhas, sendo que na primeira houve a interpretação dos focos e suas unidades de registro e elaboração de síntese para cada foco e a segunda planilha abrangeu a elaboração das categorias e suas respectivas subcategorias.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em cumprimento à resolução de nº 510, de 07 de abril de 2016 e à resolução de nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi aprovado no dia 10 de fevereiro de 2022, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) em anexo, Processo nº 53407021.8.0000.5013.

5 RESULTADOS

Neste capítulo os resultados e discussão da pesquisa serão apresentados em formato de artigo científico e de um produto técnico, conforme estabelece o padrão PROFSAÚDE/CAPES.

O artigo será submetido a **APS em Revista**, revista eletrônica da Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e que tem publicação quadrimestral (APS EM REVISTA, 2022). O produto corresponde a uma atividade de educação, onde o público compreende os profissionais que trabalham na UBS de origem da pesquisa. O detalhamento do produto encontra-se no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Detalhamento do produto técnico

Eixo	2 - Formação
Tipo de Produto	Curso de Formação Profissional
Subtipo	Atividade docente; capacitação criada ou organizada

Fonte: elaborado pela autora

Caracterização dos participantes

As entrevistas foram realizadas com 13 profissionais que desenvolvem atividades na Unidade Básica, sendo:

- 01 profissionais de nível superior: 01 médico ESF;
- 11 profissionais de nível médio: 01 auxiliar de enfermagem de ESF, 01 auxiliar de enfermagem de ambulatório, 01 auxiliar de serviços de saúde (administrativo), 08 agentes comunitários de saúde;
- 01 profissional de nível fundamental: 01 serviços gerais

Entre os profissionais, 01 é do sexo masculino e 12 são do sexo feminino. A idade variou entre 35 e 63 anos. A auxiliar de enfermagem de ambulatório faz parte do quadro de funcionários de contrato temporário e todos os demais são do quadro efetivo.

Quanto aos usuários, foram realizadas 10 entrevistas dialogadas e todas entrevistadas foram mulheres. A idade das entrevistadas variou entre 21 e 67 anos. Com relação a escolaridade, 06 tinham ensino médio, 01 nível superior e 03 com ensino fundamental. Como garantia do anonimato, foi utilizado códigos para apresentação dos resultados: P seguido de um número de 0 a 13 para os profissionais e a letra U seguida de um número de 1 a 10 para os usuários. Os números foram distribuídos aleatoriamente.

5.1 Artigo Científico

ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE: PERCEPÇÕES E ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

RESUMO

As dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde são apontadas como grande entrave para sua consolidação como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. O acolhimento é visto como mecanismo que possibilita ampliação do acesso ao usuário e efetivação da missão da Atenção Básica como principal porta de entrada do sistema. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde do município de Neópolis, Sergipe, Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Os participantes da pesquisa foram 13 profissionais de saúde e 10 usuários de uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana do referido município. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, as quais foram gravadas. A análise de dados foi embasada na teoria de análise de conteúdo, em quatro fases, conforme recomendações de Malheiros. A partir da análise dos dados foram estabelecidas duas categorias, a primeira categoria “Percepção do acolhimento” e subcategorias “nas relações”, “na qualidade do atendimento”, “na rotina de trabalho” e “na qualificação profissional” e a segunda categoria “Acolhimento no processo de trabalho” com as subcategorias “dificuldades e barreiras de acesso” e “fluxo dos usuários na Unidade Básica de Saúde”. Os resultados evidenciaram que tanto os profissionais quanto os usuários correlacionaram acolhimento ao campo das relações entre ambos, sendo reconhecido em todos os espaços. Também foi possível identificar a necessidade de melhor gerenciamento da agenda, condutas e posturas como barreiras de acesso e déficit de materiais e medicamentos que podem contribuir como obstáculos. A falta de preparo profissional foi outro ponto o qual pode sugerir deficiência por parte da gestão. O acolhimento é identificado como ferramenta de qualidade no Sistema Único de Saúde e reflexões quanto ao fluxo dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional de modo articulado entre os profissionais e envolvendo os gestores locais para sua efetivação.

Palavras-chaves: acolhimento; acesso aos serviços de saúde; unidade básica de saúde; estratégia de saúde da família; atenção primária à saúde

ABSTRACT

The population's difficulties in accessing health services in Primary Health Care are identified as a major obstacle to its consolidation as the organizer of the Health Care Network in the Unified Health System. Welcoming is seen as a mechanism that makes it possible to expand access to the user and carry out the Primary Care mission as the main gateway to the system. This research aimed to know the understanding of professionals and users about the organization and implementation of the reception in the work process in a Basic Health Unit in the city of Neópolis, Sergipe, Brazil. This is a qualitative, descriptive study. The research participants were 13 health professionals and 10 users of a Basic Health Unit in the urban area of that municipality. Data were collected through individual interviews, which were recorded. Data analysis was based on the theory of content analysis, in four phases, as recommended by Malheiros. From the data analysis, two categories were established, the first category "Perception of reception" and subcategories "in relationships", "in the quality of care", "in the work routine" and "in professional qualification" and the second category " Welcoming in the work process" with the subcategories "difficulties and access barriers" and "user flow in the Basic Health Unit". The results showed that both professionals and users correlated reception with the field of relationships between them, being recognized in all spaces. It was also possible to identify the need for better management of the agenda, behaviors and postures as barriers to access and shortage of materials and medicines that can contribute as obstacles. The lack of professional preparation was another point which may suggest a deficiency on the part of the management. Welcoming is identified as a quality tool in the Unified Health System and reflections on the flow of users in the unit must be carried out, evaluating professional practice in an articulated way among professionals and involving local managers for its effectiveness.

Keywords: user embracement; access to health services; basic health unit; family health strategy; primary health care.

INTRODUÇÃO

Cuidados primários de saúde correspondem ao primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde dos indivíduos, família e comunidade. Por meio deles os cuidados em saúde são direcionados ao mais próximo possível onde as pessoas vivem e trabalham (WHO, 1978).

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) é a sua constituição como serviço de primeiro contato e para tanto é necessária eliminação de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais. Ou seja, o acesso deve ser garantido principalmente através dos serviços de APS devido sua proximidade com o usuário e facilitação do desenvolvimento de vínculo longitudinal (STARFIELD, 2004).

Com a constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e equânime a serviços de saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2016). Várias políticas foram e são instituídas para viabilização dos princípios e diretrizes do SUS e, dentre elas, temos a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003. Essa política buscou produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, promovendo a comunicação entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto (BRASIL, 2013_a).

O acolhimento está entre as diretrizes da PNH, onde traduz-se em uma escuta qualificada às necessidades do usuário oferecida pelos trabalhadores, possibilitando a garantia do acesso oportuno à tecnologia adequadas a essas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013_a). Vem sendo implantado progressivamente em unidades de emergência/urgência, programas de extensão universitária, estágios curriculares e equipes de Saúde da Família (eSF) (PAIM, 2012).

Segundo a Portaria nº 2436 de 23 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a Atenção Básica como porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentro do princípio da universalidade, a Atenção Básica possibilita acesso universal e contínuo, sendo porta de entrada aberta e preferencial da RAS, acolhendo os indivíduos e promovendo a vinculação e corresponsabilização (BRASIL, 2017).

Acolher é uma prática constitutiva das relações de cuidado. No processo de implantação/reestruturação das práticas de acolhimento é preciso levar em conta os diferentes sentidos, como: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia de cuidados; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013_a). Assim, é instituído para ampliar o acesso e efetivar a missão da APS como principal porta de

entrada do sistema. Busca o resgate da agilidade do acesso e o aumento da equidade e da resolutividade do primeiro contato (BRASIL, 2013a; TESSER *et al.*, 2018).

O acolhimento na eSF deverá ser de acordo com as necessidades locais, favorecer a escuta qualificada dos usuários, disponibilizar espaços para efetivação do controle social, articular membros da equipe, promover comunicação e mudanças no processo de trabalho e estar interligado a todos os níveis de atenção à saúde, firmando parcerias entre comunidade, equipe e gestão (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Resultados de estudo realizado por Oliveira *et al.* (2019) em uma unidade de APS localizada em uma cidade metropolitana da região sudeste do país, apontam o acolhimento como ferramenta de qualidade do SUS, visto que pode levar a mudanças na relação estabelecida entre profissionais e usuários. Deste modo, pode proporcionar benefícios na corresponsabilização dos sujeitos na saúde, fomentando também a ressignificação relacionada a produção do cuidado.

O acolhimento é apontado como uma forma de possibilitar ao usuário acesso a um atendimento justo e integral de modo multiprofissional e intersetorial. Se realizado de modo desarticulado e pontual pode ficar reduzido a uma atividade de triagem, descaracterizando sua principal função (COUTINHO *et al.*, 2015).

Souza *et al.* (2021) ao analisarem o acesso à Atenção Básica no Brasil no período de 2012 a 2018, verificaram que, com relação ao acolhimento à demanda espontânea, a maioria das equipes implantaram e/ou qualificaram, atentando a: inclusão de atendimento às urgências, melhoria dos modos de organização da agenda e qualificação dos modos de agendamento, diminuindo tempo de espera. Apesar desses resultados, ainda persistiam problemas recorrentes que necessitam de enfrentamento para melhoria do acesso à Atenção Básica no país.

A pesquisa ocorreu na Unidade Básica de Saúde Centro II, localizada na zona urbana do município de Neópolis, Sergipe, Brasil. O município tem população de 18.506 pessoas, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), pertence a Regional de Saúde do município de Propriá e conta com 08 eSF, possibilitando cobertura de 100% da população (BRASIL, 2021). O município tem também 04 equipes de Saúde Bucal e um Centro de Atenção Psicossocial. A unidade lócus da pesquisa tem 01 eSF com 08 micro-áreas e não tem equipe de Saúde Bucal.

Após contextualização realizada acerca do acolhimento como tecnologia estruturante para prática profissional, a presente pesquisa tem como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizada com 13 profissionais de saúde e 10 usuários da Unidade Básica de Saúde Centro II da zona urbana do município de Neópolis, Sergipe. Foi desenvolvido no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFAL. A coleta de dados com os usuários iniciou-se em 22 de março de 2022 até o dia 05 de maio de 2022. E com os profissionais entre os dias 01 a 18 de abril de 2022.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser profissional da UBS e atuar na unidade de saúde por período igual ou maior que um ano. Como critérios de exclusão: profissionais afastados no período da pesquisa por motivo de doença, férias ou algum outro tipo de licença. Para seleção dos usuários foram adotados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos de idade e estar cadastrado na UBS há um período igual ou maior que um ano. E como critérios de exclusão: usuários acamados e com transtornos mentais.

A seleção dos profissionais de saúde foi de forma intencional, com todos os que trabalham na referida unidade. Quanto aos usuários, foram selecionados por sorteio simples aleatório, com representação das 08 micro-áreas que pertencem ao território de atuação da UBS.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com perguntas abertas mediadas por roteiros elaborados pela pesquisadora, com 09 perguntas para os profissionais e 07 perguntas para os usuários. Ocorreu a realização de pré-teste dos dois roteiros de entrevista com o objetivo de identificação de possíveis ambiguidades e análise de nitidez dos termos e expressões.

As entrevistas foram aplicadas de modo individual pela pesquisadora uma vez que não houve conflito de interesse, em local reservado na UBS, gravadas em áudio eletronicamente e foram respeitadas as normas de biossegurança para enfrentamento da COVID-19. Os sujeitos foram codificados para garantir o anonimato.

Foram realizadas com 13 profissionais que desenvolvem atividades na unidade básica Centro 2, sendo 01 médico da eSF, 01 auxiliar de enfermagem da eSF, 01 auxiliar de enfermagem de ambulatório, 01 auxiliar de serviços de saúde (administrativo), 08 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 serviços gerais. Apenas 01 profissional é do sexo masculino e 12 profissionais são do sexo feminino. A idade varia entre 35 e 63 anos. A maioria dos profissionais faz parte do quadro de funcionários efetivos.

Quanto aos usuários, todas as entrevistadas foram mulheres. A idade variou entre 21 e 67 anos. Com relação a escolaridade, 06 com ensino médio, 01 nível superior e 03 ensino fundamental incompleto.

A análise de dados foi embasada na teoria de análise de conteúdo, em quatro fases, seguindo recomendação de Malheiros (2011). A primeira fase se constituiu na organização dos dados, analisando as respostas e buscando as ideias que emergem delas. Foi realizado uma pré-análise dos dados através de uma leitura aprofundada objetivando identificação de categorias. A segunda fase houve elaboração de uma planilha para identificação dos sentidos, composta pelas ideias explícitas (categorias provisórias) e ideias implícitas (focos). A terceira fase compreendeu a procura da resposta à pergunta da pesquisa, por meio da identificação das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou tema. A quarta fase envolveu duas planilhas, onde na primeira houve a interpretação dos focos e suas unidades de registro e a segunda abrangeu a elaboração das categorias e suas respectivas subcategorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sendo aprovada pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), Processo nº 53407021.8.0000.5013. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas abordaram a percepção do acolhimento dos profissionais e usuários e sua organização na Unidade Básica de Saúde. Em busca de responder à questão norteadora deste artigo, a análise dos dados permitiu a organização em 02 categorias: Percepção do acolhimento e Acolhimento no Processo de Trabalho. As categorias identificadas estão representadas no Quadro 2, com suas respectivas subcategorias.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Percepção do acolhimento	Nas relações Na qualidade do atendimento Na rotina de trabalho Na qualificação profissional
Acolhimento no Processo de trabalho	Dificuldades e Barreiras de acesso Fluxo dos usuários na Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaborado pelas autoras.

Categoria 1:

Percepção do acolhimento

A percepção é vista como uma relação complexa e, segundo Smith (2014), é definida como uma relação entre uma pessoa que percebe e um objeto/evento. Deste modo, não significa apenas um estado subjetivo que uma pessoa passa e sim se refere a uma situação que a pessoa tem certo tipo de relação com um objeto/evento. Não se percebe o mundo de modo direto, uma vez que a percepção é uma interpretação desse mundo (MATOS *et al.*, 2016).

O acolhimento na atenção básica é um dispositivo reconhecido como basilar para reorganização do serviço de saúde, promove modificações nas relações e nos modos de cuidar (BRASIL, 2013a). E é nesse contexto que se configura a importância de compreender a perspectiva do acolhimento pelos profissionais e usuários como ponto de partida para sua efetivação, uma vez que essa organização deve ser usuário-centrada.

Sub-categorias:

a - Percepção do acolhimento nas relações

Os profissionais quando solicitados a falar sobre acolhimento em saúde trouxeram em seus depoimentos as relações estabelecidas com os usuários, correlatando acolhimento a receber bem, a ter boa educação, a dar suporte, a atenção, a ter empatia, a inclusão, a tratar o outro como faria com um familiar, isto é, perpassando entre vínculo, escuta e sensibilidade do profissional.

“Acolhimento em saúde, eu acho assim, como o SUS é porta aberta, o acolhimento tem que ser sem preconceito, sem distinção de cor, de raça, você acolher quem procura ser atendido, [...] dando atenção, procurando saber os problemas familiares” (P8).

“Eu acho que acolhimento é quando você tenta resolver os problemas daquelas pessoas que procuram o posto, da melhor forma. Com empatia, [...] pensando no outro, como se fosse você. Aí eu acho que isso é acolher o outro, com responsabilidade também, e respeito” (P9).

Entre os usuários também houve a mesma correlação, os quais associaram acolhimento a atender/tratar bem, a boa escuta, a ser gentil, se colocar no lugar do outro e ajudar quando alguém precisa.

“Acolhimento é receber bem, ser gentil, saber tratar, escutar o que a pessoa está sentindo, está querendo falar para poder passar direitinho, saber [...] ouvir a pessoa quando chegar e saber receber” (U10).

“Eu acho que acolhimento, assim, [...] quando você precisa de uma ajuda a pessoa chega junto, eu acho que é isso” (U3).

Apenas uma usuária disse não saber o significado do termo, porém referiu se sentir acolhida por ser atendida no que precisa.

“É porque eu me sinto acolhida aqui pelas pessoas, me acolhem muito bem. E eu não tenho o que dizer não, elas me acolhem aqui, o que eu preciso e eu sou bem acolhida aqui” (U1).

Para ambos, usuários e profissionais, a procura por uma unidade de saúde está relacionada a doença/estar doente e não ser bem acolhido pode prejudicar mais a situação, piorando o quadro clínico e afetando o vínculo.

“Porque assim, o paciente já está com algum problema, já está doente e chegar em um ambiente e ser tratado mal, não ser bem recebida, não ser bem acolhido, dificulta mais ainda. Deixa o paciente mais para baixo, mais doente, ainda” (U9).

“Em questão de que, quando ele vem ao posto de saúde, ele já vem [...] com algum tipo de doença, porque ninguém vem para o posto de saúde sem está doente. Então ele já vem doente, ele já vem fragilizado [...] e por isso que ele precisa ter um bom acolhimento, de uma boa recepção [...] para que ele se sinta acolhido e que ele retorne mais vezes a unidade, sem ter medo [...] de se sentir mal, de tratarem ele mal” (P13).

Durante as entrevistas, todos os usuários relataram se sentirem acolhidos na UBS. Quando indagados o motivo, associam a serem bem atendidos/recebidos, por não haver distinção, por sempre serem atendidos quando precisam e pelo fato de estar sempre de “portas abertas”, mesmo com algumas falhas. As falhas relatadas foram relacionadas ao tempo de duração das consultas.

“Sim, sim. Assim, quando a gente precisa, está aqui de portas abertas, né? Querendo, tendo às vezes algumas falhinhas, mas está aqui de portas abertas né?” (U5).

“[...] eu me sinto acolhida sim, o atendimento até aqui eficiente. Porque elas nos recebe bem, num tem aquele negócio de dizer “é por cara, hoje eu vou atender primeiro você, depois...” [...] (U6).

Dentre as dimensões constitutivas do acolhimento, encontramos o mesmo na esfera das tecnologias leves, exercendo inclusive enorme influência no modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Nessa dimensão, o acolhimento é evidenciado como postura, atitude, no modo de escutar, nos vínculos, na forma de lidar com o não previsto, na sensibilidade e no posicionamento ético situacional (BRASIL, 2013a), pontos referidos tanto pelos usuários como pelos profissionais, indicando a extrema importância desse aspecto.

Na literatura encontramos pesquisas onde os profissionais relacionam o acolhimento com escuta, receber bem, ser atencioso, empático, valorização do outro, respeito às diferenças, ajuda, ser resolutivo (NOBRE, *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019; RODRIGUES, *et al.*, 2020). Já os usuários percebem o acolhimento como a busca pelo serviço e conseguir ser recebido sem dificuldade, sendo uma via de mão dupla (MACIEL *et al.*, 2019).

Acolher é realizar o reconhecimento do que o outro traz como necessidade de saúde legítima e singular. Tem como objetivo construir relações de confiança, compromisso e vínculo envolvendo equipes, serviços e usuários, devendo ser realizado com escuta qualificada (BRASIL, 2013_a). No estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2020), a escuta foi considerada pelos profissionais como circunstância favorável para distinguir fluxos de atendimento de acordo com as demandas, assim como também permite direcionamento externo para os casos que necessitam de apoio de outros pontos da rede de assistência.

Em trabalho realizado por Protásio *et al.* (2017), quando o médico não deixa tempo suficiente para a realização das consultas, diminui a chance de obter satisfação do usuário, por diminuição ou ausência de consideração com suas preocupações e problemas. Os autores argumentam sobre o fato de quando o usuário se sente acolhido e com suas necessidades ouvidas, promove o favorecimento para estreitamento das relações e construção de plano terapêutico relacionado a essas necessidades.

Nas entrevistas das usuárias, o fato de duas delas terem demonstrado insatisfação pelo tempo das consultas foi relacionado a demora na sala de espera que isso pode acarretar para quem vai aguardar a vez. Todos os usuários agendados chegam aproximadamente no mesmo horário para realização da pré-consulta com a auxiliar de enfermagem e aguardar a vez de ser atendido. A integralidade do cuidado é afetada quando o tempo de espera é grande e gera impacto na satisfação do usuário (SILVA, *et al.*, 2019). Sendo assim, outros aspectos devem ser considerados e discutidos com os usuários, como agendamento por bloco de horário, por exemplo, para os que serão atendidos mais para frente não tenham que esperar muitas horas na unidade.

b - Percepção do acolhimento na qualidade do atendimento

Os usuários consideram de modo geral o atendimento na unidade bom. As queixas que surgiram foram com relação ao tempo de duração das consultas e a falta de organização por condição de saúde (ex. dia para atendimento de hipertensos, renovação de prescrição de

psicotrópico, etc.). Na entrevista, 03 usuárias comentaram quanto à forma inoportuna a qual são recebidas, porém justificam e demonstram compreensão.

“É ótimo o atendimento aqui, mas sempre às vezes a gente encontra uma carinha feia ou outra, que isso é normal, que é muito ruim lidar com ser humano, mas é assim mesmo. A gente releva e está tudo certo” (U8).

Para a maioria dos profissionais o acolhimento é considerado bom, havendo apenas duas referências como sendo parcialmente bom, devendo ser melhorado ainda mais. Essa parcialidade ocorre porque esses dois relatos informam a existência de profissional de nível médio que trata mal os usuários e com distinção. Houve também profissional que não opinou por não ver como o acolhimento ocorre.

“O acolhimento aqui no posto de saúde a gente tenta ao máximo para receber eles bem [...] e resolver os problemas que eles tão precisando no dia a dia [...] Aqui na Ubs da gente eu acho que a gente faz o que pode. E até o que não pode” [...] (P8).

“[...] porque tem pessoas que não sabem o que é acolhimento e trata da forma que acha que tem que tratar, às vezes porque está com problema [...] em casa e desconta às vezes no paciente [...]. É que algumas pessoas têm de aprender que, para tratar o paciente, não tem que ter diferença de classe social, [...] todo mundo é igual e tem que ser tratado do jeito que a gente quer ser tratada a gente tem que tratar o paciente né” (P2).

Em pesquisa realizada a partir de dados do PMAQ por Souza *et al.* (2021), a proporção aumentou em 20% de usuários que avaliaram positivamente a maneira como são acolhidos na UBS, passando de 66,4% em 2012 para 85,8% em 2018. Entretanto, ao passo de haver avanço na existência e qualidade do acolhimento, ainda permanecem obstáculos e desafios para haver acolhimento satisfatório. O acolhimento é destacado como ferramenta de qualidade no SUS, podendo originar mudanças na relação profissional/usuário e refletir em benefícios na corresponsabilização dos sujeitos e ressignificar a produção de cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A falta de humanização enquanto postura por alguns profissionais também foi registrado como um dos desafios para desenvolver o acolhimento realizado por Nobre *et al.* (2016). Humanizar é construir relações e incluir as diferenças nos processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2013a). Por mais que estejam disponíveis definições objetivas e fundamentadas cientificamente sobre necessidades de saúde, o usuário também define quais as necessidades de saúde para ele, com forma e graus variados. Nos momentos de sofrimento são onde, muitas vezes, há o estabelecimento e estreitamento de vínculos e o fator de conhecer o usuário facilita

a identificação e acompanhamento do problema pelo profissional (BRASIL, 2013_b). O fato das próprias usuárias buscarem justificativas pelo trato inadequado, pode estar amparado nesse vínculo e confiança estabelecido.

c - Percepção do acolhimento na rotina de trabalho

Quanto a rotina de trabalho, todos os profissionais percebem que desenvolvem atividade ou prática relacionada ao acolhimento.

“Eu acho que o agente de saúde é o acolhimento, ele é o vínculo das pessoas com o posto de saúde. Antes do paciente vim, ele já é atendido pela gente” (P9).

“De uma certa forma pratico, porque senão era só como balconista de farmácia, “tome isso, vá embora” e já entra o próximo. Um atendimento assim eu terminaria em que? Meia hora, quarenta minutos dava para atender todo mundo, não é?” (P11).

A partir dos relatos acima, os profissionais da unidade percebem o acolhimento diuturnamente na rotina de trabalho de cada um, sendo reconhecido em todos os espaços e situações, já que a pesquisa envolveu todos os trabalhadores em suas diferentes funções. A base do acolhimento é a escuta qualificada por permitir a tomada de decisões durante o “trabalho vivo”, sendo, portanto, imprescindível, o conhecimento ampliado do território e suas necessidades de saúde (RODRIGES, *et al.* 2020).

Nos depoimentos é possível identificar o acolher como um momento de troca e partilha entre profissionais e usuários. Acolhimento não presume um horário ou profissional específico ou espaço físico. É um momento de compartilhamento de saberes e angustias, não sendo uma etapa de um processo e sim uma ação que ocorre em todos os locais e situações nos serviços de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013_b; BRASIL, 2016).

“Sim, sim. Que eu atendo as pessoas, eu converso, eu procuro entender mais elas e até chegar no ponto, eles chegam depressivas, eu deixo alegre, feliz, graças à Deus” (P12).

“Ah sim, eu acho, porque nós somos agentes de saúde, nós somos também “psicólogo”, “psiquiatra” e às vezes até “médico”, né...” (P4).

d - Percepção do acolhimento na qualificação profissional

O acolhimento tem a capacidade de promoção da equidade e universalidade da atenção à saúde e para ocorrer a sua efetivação é indispensável o preparo e a capacitação dos profissionais que irão operacionalizá-lo (BRASIL, 2013_a; RODRIGUES, *et al.*, 2020). Rodrigues *et al.* (2020) identificaram que uma dificuldade de implantação pela equipe de Saúde da Família é pela falta de perfil e de conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Durante as entrevistas realizadas nessa pesquisa, também emergiu essa problemática, com falas que denotam a dificuldade de lidar com o estresse do usuário, a vontade de mais preparo para acolher e o reconhecimento da necessidade de treinamento.

“[...] eu acho que deveria ter um treinamento de acolhimento para algumas pessoas para poder a pessoa entender direito o que é um acolhimento. Porque tem pessoas que não sabem o que é [...] e trata da forma que acha que tem que tratar” (P2).

“[...] eu gostaria de estar mais preparada, mas no pouco que eu consigo eu tento fazer da melhor maneira possível” (P3).

Como vimos há evidências de tratamento inadequado advindo dos profissionais apontados tanto por alguns profissionais como pelas usuárias e a falta de perfil e/ou qualificação profissional podem indicar o embasamento para tal situação. Essa identificação da necessidade de treinamento pode sugerir deficiência por parte da gestão da oferta de capacitações desses trabalhadores sobre a temática. Para haver o acolhimento preconizado pela PNH é preciso integração entre cuidado e gestão, espaço para reflexão sobre práticas, formação dos trabalhadores e maiores investimentos para implantação da PNH nos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2013_a; NOBRE, *et al.* 2016). A prática do acolhimento remete a escuta qualificada para identificação das necessidades de saúde, considerando riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013_b) e o profissional deve se sentir preparado de acordo com a sua competência clínica.

Também foi apontado nos depoimentos recolhidos com os trabalhadores a evidencia de tratamento ruim dos usuários para com os profissionais. Na literatura foi encontrada referência de violência presente no dia-a-dia das equipes das unidades de saúde, trazendo desgaste ao trabalhador. Deste modo, debates referentes ao manejo de situações como estas devem ser consideradas, na ótica do cuidar de quem cuida (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

“[...] acontece situações que tira a gente do eixo, às vezes o paciente não está legal, mas o paciente é paciente, a gente tem que entender isso, que às vezes ele não está

bem. E às vezes a gente fica chateado, com a forma dele se dirigir a nós, [...] não é tudo flores, [...] trabalhar com pessoas não é fácil, é difícil!” (P3)

“[...] a depender do paciente, da forma como ele trata o profissional, ele é bem recebido [...] nós funcionários também recebemos tratamentos ruins dos pacientes [...] a depender do tratamento que nós recebemos, nós devolvemos. Então, se o paciente chega bem, trata a gente bem, com certeza ele vai ter um bom acolhimento. Mas se ele chegar aqui com ignorância, trata o funcionário mal, então a gente vai falar na linguagem dele entendeu...” (P13).

Categoria 2:

Acolhimento no processo de trabalho

Acolhimento como diretriz necessita transformações na organização e funcionamento em um trabalho conjunto envolvendo os 03 atores: gestores, trabalhadores e usuários. O debate para essas transformações inclui discussões sobre a definição do modo como os diferentes trabalhadores da saúde irão atuar, mesmo que essas discussões sejam provisórias, já que é algo dinâmico. O reflexo disso é o reconhecimento da importância da ampliação da capacidade clínica da equipe para escuta ampliada, identificação de riscos e vulnerabilidade e realização de ações/intervenções (BRASIL, 2013_b).

De acordo com o exposto, nessa categoria encontra-se o conhecimento da dinâmica da unidade e das práticas dos profissionais sob a ótica dos mesmos e dos usuários, resultando em duas subcategorias: dificuldades e barreiras de acesso e fluxo dos usuários na UBS.

Sub-categorias:

a - Dificuldades e Barreiras de acesso

O acolhimento como um recurso de ampliação/facilitação do acesso na prática aparece como forma de inclusão dos usuários, sem distinção, contemplando tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea. A agenda dos profissionais neste contexto serve como garantia da retaguarda do acolhimento e para continuidade do cuidado, programático ou não. A gestão de agendas deve conter a agenda programada para grupos específicos, agenda de atendimentos agudos e agenda de retorno/avaliação (BRASIL, 2013_b).

As formas de agendamento identificadas e utilizadas pelos usuários foram: a maioria realiza presencial ou por meio do ACS. Também teve quem referiu realizar por meio da auxiliar de enfermagem. Durante a entrevista apenas uma usuária criticou o agendamento presencial, pois acaba indo ao posto duas vezes. Por causa disso, referiu que preferia como era

anteriormente no antigo Sesp, por meio de distribuição de fichas no dia. Em seu depoimento não demonstrou conhecer outras formas de agendamento.

“É... assim, porque a gente vem agenda, aí vem cedo para agendar, aí no outro dia vem para consultar [...] quer dizer, perde dois dias, no caso, quem trabalha como eu [...] acho que seria melhor que, se fosse assim, viesse, como antes lá no sesp, que recebia a ficha e consultava” (U10).

As formas de agendamento podem ser uma ferramenta para auxiliar na garantia do acesso, porém, se for imposto condicionantes e/ou não houver recursos materiais/tecnológicos suficientes, podem representar uma barreira. Na unidade de saúde pesquisada não há telefone institucional. Trabalhar com usuários as diferentes formas de realização de agendamento, com o comprometimento de todos os trabalhadores da unidade e o envolvimento do gestor para solucionar a questão relacionada aos recursos materiais/tecnológicos, se faz urgente para mitigar a problemática acima referida.

Para haver otimização da oferta de cuidados, diminuição do absenteísmo e melhor gerenciamento da agenda, torna-se importante o debate para inclusão de formas mais ágeis para o agendamento e cancelamento, considerando a popularização do acesso à internet e aparelhos portáteis (SOUZA *et al.*, 2021). Com a pandemia e a necessidade de seguir as recomendações e normas de biossegurança, a amplificação desse debate deveria ser primordial.

Na pesquisa realizada por Protásio *et al.* (2017) referente a satisfação dos usuários com os serviços de Atenção Básica, no Nordeste, a distância de casa até a unidade de saúde, a marcação de consultas quando não realizada todos os dias da semana e quando a marcação não é no mesmo dia, levaram a diminuição da chance de obter essa satisfação. No caso da presente pesquisa, não foi referido a distância, mas o fato de ir mais de uma vez na unidade para ter a consulta realizada.

Com relação aos serviços que precisam de agendamento, pelos depoimentos dos profissionais, todas as consultas médicas foram mencionadas e para a enfermeira as consultas com as gestantes e citologia. Três referiram que a justificativa para esse agendamento se encontra na COVID-19, com o objetivo de redução de fluxo excessivo de pessoas na unidade. A pandemia da COVID-19 e o papel relevante da APS no enfrentamento, resultou em mudanças nos processos de trabalho dos profissionais em atendimento a nova realidade imposta pela emergência sanitária (GERALDO *et al.*, 2020). Dentre as mudanças necessárias, englobaram modificações do fluxo de atendimento, porém todos os usuários agendados são orientados a chegar no mesmo horário, não condizendo com o argumento de redução de fluxo por conta da pandemia.

“Agendamento: consulta médica, consulta com a enfermeira para gestante, e a realização de exames de lâmina, são agendados” (P2).

“O serviço com o médico e com a enfermeira. Diante a pandemia, teve que fazer esse processo, né, de agendamento. Para evitar o fluxo” (P8).

Quanto ao intervalo de tempo entre o agendamento e o dia do atendimento, os profissionais consideram que não demora muito, sendo bastante rápido. Dois relatos queixaram-se de identificar tratamento desigual para agendar e realização do agendamento para o outro dia, mesmo tendo vaga. Em relação as usuárias, as que relataram sobre esse tempo referiram que o agendamento não demora.

“Ah, bem rápido. Às vezes até no outro dia já consegue” (P10).

“Um absurdo, [...] porque tem vagas e o paciente tem que esperar ainda para próxima vaga, para o outro dia. É isso aí que eu não concordo. Não, não é tão demorado. Mas incomoda porque a pessoa procura um posto de saúde é porque está doente, ninguém vem de brincadeira. Quem vem porque precisa” (P12).

“Não, no meu caso nunca demorou não. Porque sempre eu fui agendada rápido. Só se tiver a agenda lotada mesmo, mas nunca ocorreu, ainda bem, comigo” (U8).

Nos depoimentos dos profissionais da unidade foram identificadas outras condutas que também podem servir de barreira de acesso, como dizer para o usuário voltar se não tiver máscara, condicionar atendimento a apresentação do cartão do SUS e não agendamento para o dia solicitado pelo usuário, mesmo com vaga disponível na agenda.

“Bom, depende como ele vem, se ele tiver de máscara ele entra, se ele não tiver ele volta para colocar a máscara para ser atendido” (P6).

“Não, às vezes bom e às vezes ruim. Porque tem gente que destrata paciente, pelo cartão que não traz, pelo uma... tem vaga e não é marcada...” (P12).

Quando os usuários chegam, mesmo com o agendamento prévio, eles são colocados na ordem de chegada do dia para atendimento de consulta médica e/ou de enfermagem, com respeito ao atendimento preferencial.

“[...] ele é atendido pela recepcionista, colocado na ordem de chegada, sendo que prioridade do idoso, gestante, crianças menores de 2 anos e a técnica de enfermagem faz a pré-consulta para ser atendida pelo médico” (P13).

A maior flexibilização nos processos organizativos nas rotinas das equipes pode representar significativo elemento para modificação do acesso dos usuários aos serviços da

APS. Em diferentes estudos, ainda é possível verificar, mesmo diante de avanços de modo geral, equipes que atuam impondo barreiras em como os usuários acessam consultas, com dias e horários específico para marcação, filas e entrega de fichas por exemplo (SILVA, *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2021). Por conseguinte, obstáculos e barreiras de acesso podem representar agravamento do quadro clínico do usuário, piora de anseios e frustrações e perda de oportunidade para identificação de outras necessidades de saúde.

b - Fluxo dos usuários na Unidade Básica de Saúde

A unidade deve ter diversificada oferta de cuidados e ser capaz de realização de apoio e acionamento de redes de cuidado comunitárias. A organização a partir do acolhimento necessita de reflexão referente as essas ofertas de cuidados para lidar com as necessidades de saúde (BRASIL, 2013_b) e, para haver essa reflexão, o ponto de partida é a compreensão que ofertas são essas na unidade de saúde.

Quando questionados sobre os serviços na UBS, todos os profissionais demonstraram ter noção das atividades diversificadas realizadas na unidade, não se atendo apenas as consultas médica e de enfermagem. As carências relatadas foram quanto a ausência de dentista na UBS, pois não há Equipe de Saúde Bucal, e a falta de realização de curativo na unidade por não haver sala adequada.

“Esse posto de saúde temos vacinação, exame de lâmina, consulta médica, consulta com a enfermeira, verificação de pressão, de glicemia capilar, peso, altura, [...] só, não tem ubs de dentista, é o que está faltando para nós para poder ser completo” (P2).

“[...] O que falta só, é, curativo, que a gente não tem uma sala adequada para isso, mas a gente tem verificação de pressão, verificação de glicemia, a gente tem consulta de médico, de enfermeira, tem vacina...” (P10).

Ao longo da história do SUS, a Saúde Bucal é um grande desafio mesmo havendo vários programas específicos, impactando na participação desses profissionais no sistema único (CARVALHO, *et al.*, 2016; MOYSÉS, 2012; VIACAVA, *et al.*, 2018). Gurgel Filho *et al.* (2021) em pesquisa realizada em 2019 concluem que, após 19 anos de integração da Saúde Bucal nas equipes de Atenção Básicas, ainda há necessidade do aumento do número de equipes de Saúde Bucal para que possam ir além das atividades curativas.

Os estados de Sergipe, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Norte atingiram o desempenho alto-alto a respeito do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática (SOUZA, *et al.* 2022). Ainda assim, é alto a dificuldade de acesso

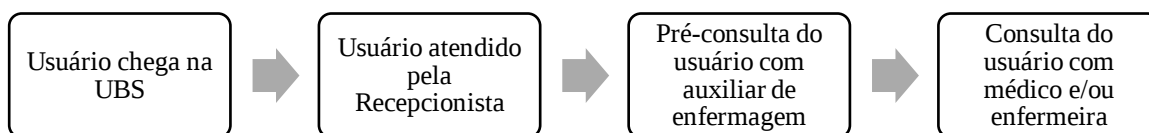
aos serviços odontológicos na Atenção Básica, com 45,1% dos usuários apresentando essa dificuldade e existência de interrupção de continuidade de tratamento para aqueles que conseguem, devido ao tempo de espera na especialidade (NEVES *et al.*, 2019).

Como uma das diretrizes da PNH, a clínica ampliada integra os trabalhadores da saúde de diferentes áreas, objetivando o cuidado e tratamento de acordo com cada situação. Organizar o trabalho confluindo vários saberes, incluindo aqui os saberes dos usuários, fomenta amplificação da capacidade de avaliação dos profissionais. Assim o cuidado não fica resumido ao tripé queixa-conduta-medicação (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016; CAMPOS, *et al.*, 2014).

Para realização do acolhimento e atenção, a UBS precisa ter estrutura física e ambiência adequadas, além de materiais, equipamentos e insumos de acordo (BRASIL, 2013b). Em que pese haver padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos disponíveis, a organização dos serviços de saúde, a gestão das equipes de saúde da família e a prática dos profissionais enfrentam problemas ligados a oferta de ações e cuidados incompletos, problemas estruturais e de provimento de pessoal (FACCHINI *et al.*, 2018).

Ao serem questionados qual fluxo de atendimento rotineiro percorrido pelos usuários na UBS, a maioria dos profissionais descreve conforme esquema a seguir (Figura 1):

Figura 1 – Fluxo dos usuários de acordo com os profissionais da Unidade Básica de Saúde



Fonte: elaborado pelas autoras.

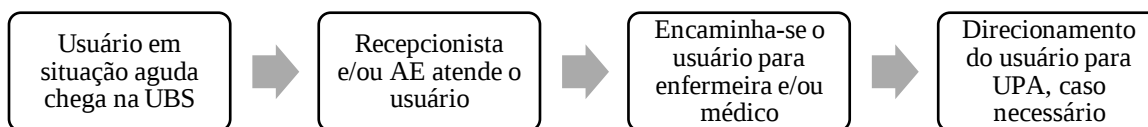
Já os usuários quando questionados como e por quem são recebidos quando chegam na unidade, a maioria identifica a Auxiliar de Enfermagem (AE) da eSF como primeiro contato. A UBS passou muito tempo sem recepcionista. Depois a gestão designou algumas que foram rotativas e no momento existe uma lotada com portaria municipal pertencente ao quadro efetivo. Porém, a maioria dos usuários ainda identificam a AE como primeiro contato e isso pode ser relacionado ao vínculo anterior estabelecido.

Mesmo havendo identificação das diferentes ofertas de cuidado na UBS, pelo desenho acima visualiza-se uma configuração centrada na consulta, quando se menciona fluxo de atendimento. Apenas uma profissional relatou que, ao chegar no posto, o usuário é direcionado de acordo com a necessidade do mesmo.

“Então, chega aqui no posto, fala com a recepcionista [...] e de lá ela encaminha para onde a pessoa quer ir. Tipo, [...] se for para o médico, passa pela auxiliar [...] para fazer pré-consulta. Se vai para vacina, vai para vacinadora, e assim...” (P10).

No caso de situação aguda, o direcionamento dos usuários relatado pelos profissionais ocorre da seguinte forma (Figura 2):

Figura 2 – Fluxo dos usuários em situação aguda de acordo com os profissionais da UBS



Fonte: elaborado pelas autoras.

A situação aguda é considerada apenas em cenário de urgência/emergência pela maioria dos profissionais. Nas entrevistas foi identificado depoimentos referindo que o posto de saúde não é “pronto socorro”, por isso o direcionamento é para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Também há relato que indica a falta de materiais e medicamentos para a abordagem de urgência/emergência na unidade. Este mesmo relato também destaca que antes da municipalização esse tipo de atendimento era realizado, porém não havia UPA no município.

“[...] porque aqui é [...] um posto de saúde, não é um pronto socorro, aí se o médico não tiver solução, é encaminhado para o hospital, que a gente tem o transporte para levar...” (P1).

“Aí é encaminhado para o hospital, porque aqui não tem medicação de urgência. Se tivesse se resolvia aqui. No tempo que tinha o Sesp, não era municipalizado, a gente tinha no ambulatório medicação de urgência. Também naquela época não tinha nem hospital, era a gente que fazia tudo né” (P11).

Os usuários quando questionados de como é a experiência em situação não agendada, a maioria informou que a AE encaixou quando precisou de atendimento no dia. Três referiram nunca terem precisado e apenas uma referiu ir para a UPA.

“Quando eu não estou agendada que eu adoço de um dia para outro, [...] num sabia que ia adoecer assim nas carreiras, ela pede para eu aguardar um pouco e fala com o médico e [...] me atende...” (U1).

“Vou para o hospital [...] se a necessidade tiver que ser naquele momento e aqui eu não tiver como ser atendida, eu tenho que procurar um hospital” (U6).

O acolhimento às urgências de baixa gravidade e complexidade faz parte do escopo de atribuições dos serviços da APS (RODRIGUES, *et al.*, 2020). Uma forma de avaliação do

acolhimento é se os usuários procuram a UBS quando necessitam de urgência. A realização de um bom acolhimento possibilita o usuário o reconhecimento da UBS também como um local para resolver seus problemas imediatos de saúde (SOUSA *et al.*, 2021).

Situações que servem de embasamento para melhor compreensão da dificuldade na oferta de serviços, entre outros, são a falta de insumos e de medicamentos imprescindíveis para o processo de trabalho e as precariedades das unidades de saúde, sobretudo nos municípios de pequeno porte. Impossibilitar atendimento às situações agudas e referenciar emergências para outros níveis de atenção representam, dentre outros, obstáculos de acesso do usuário (PIRES FILHO, *et al.*, 2019; SOUZA, *et al.*, 2022). Portanto, reflexões quanto ao fluxo dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional de modo articulado entre os profissionais e envolvendo os gestores locais.

CONCLUSÃO

A pesquisa proporcionou a compreensão da perspectiva do acolhimento pelos profissionais e pelos usuários, importante para servir como ponto de partida para sua avaliação e efetivação. Tanto os profissionais como os usuários correlacionaram acolhimento ao campo das relações estabelecidas entre ambos, perpassando entre vínculos, escuta e sensibilidade do profissional. Não ser bem acolhido foi associado a piora do quadro clínico e maior fragilidade do usuário, como também a prejuízo de vínculo.

Este estudo possibilitou também a realização da análise da organização do processo de trabalho e identificação das dificuldades e barreiras de acesso. Apesar de os profissionais perceberem o acolhimento em sua rotina de trabalho, com reconhecimento em todos os espaços, na pesquisa houve identificação de falhas no acolhimento, com distorções dos modelos de atenção e obstrução de ações para garantia de acesso. O treinamento dos profissionais é destacado na literatura para efetivação do acolhimento e a necessidade de preparo dos profissionais da unidade foi um ponto também observado nesta pesquisa.

O acolhimento é apresentado como ferramenta de qualidade no SUS, podendo ressignificar a produção de cuidado. Ao acolher o usuário, o profissional reconhece suas necessidades de saúde, considerando riscos e vulnerabilidades. Por conseguinte, garante o acesso aos serviços de saúde como direito do usuário e possibilita melhor articulação da APS com outros níveis de atenção para os casos que necessitam. Portanto, reflexões quanto ao direcionamento dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional

de modo articulado entre os profissionais e envolvendo os gestores locais, em uma integração dos 03 atores para efetivação do acolhimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PHN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, V. I). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: nov. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JUNIOR, N. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, n. supl 1, p. 983-95, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CARVALHO M. N.; COSTA E. M. O. D.; SAKAI M. H. *et al.* Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201610912.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

GURGEL FILHO, A. A. G.; AMARAL, R. C. O papel do cirurgião dentista na equipe multiprofissional da Atenção Básica em Saúde, após 19 anos de sua implantação. **Arch Health Invest**, v. 10, n. 8, p. 1287-1291, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i8.5307>.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research Society and Development**, v. 10, n. 8, e42010817359, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17359>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Censos Demográficos**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MACIEL, M. A. S.; SILVA, P. C. S.; OLIVEIRA, L. F. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. **REAS/EJCH**, v.11, n. 14, e1095, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1095.2019>.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MATOS, D. A. S.; JARDILINO, J. R. L. Os conceitos de concepção, percepção, representação e crença no campo educacional: similaridades, diferenças e implicações para a pesquisa. **Educação & Formação**, Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 20-31, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.25053/edufor.v1i3.1893>.

MOYSÉS, S. J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

NEVES M.; GIORDANI J. M.; HUGO F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Cien Saude Colet**. v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>.

NOBRE, J. P. S.; VIEIRA, J. P. A.; GADELHA, R. R. M. *et al.* A Percepção dos Trabalhadores de Saúde sobre o Acolhimento no Contexto da Atenção Básica. **Revista Expressão Católica (Saúde)**, v. 1, n. 1, jul - dez, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v1i1.1364>.

OLIVEIRA, M. C. M.; CONSTANTINIDIS, T. C. Práticas de Acolhimento na perspectiva de profissionais da atenção básica em saúde. **Rev Interinst Bras Ter Ocu**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 494-507, 2019. DOI: 1047222/2526-3544rbto23964.

OLIVEIRA, C. V. S.; CORIOLANO-MARINUS, M. W. L. Desafios do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**. v. 2, n. 2, p. 211-225, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p211-225>.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PIRES FILHO L. A.; AZEVEDO-MARQUES J. M.; DUARTE N. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**. v. 43, n. 121, p. 605-613, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.

RODRIGUES, K. J. M.; MOREIRA, K. F. A.; RODRIGUES, D. E. F. *et al.* O acolhimento em uma Equipe de Saúde da Família em Porto Velho – RO: Oficinas pedagógicas para sua implantação. In: MOREIRA, K. F. A.; CASTRO, R. F.; FARIAS, E. S. (Orgs.). **Estratégia de saúde da família: educação e produção de conhecimento para a atenção primária à saúde no Estado de Rondônia**. Rio Branco: Stricto Sensu, 2020.

SILVA, L. A. N.; HARAYAMA, R. M.; FERNANDES, F. P. *et al.* Acesso e acolhimento na Atenção básica da região Oeste do Pará. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, jul-set, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>.

SMITH, P. J. A. percepção como uma relação: uma análise do conceito comum de percepção. **Analytica**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 1, p. 109-132, 2014.

SOUZA, K. O. C.; RIBEIRO, C. J. N.; SANTOS, J. Y. S. *et al.* Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no Nordeste brasileiro. **Acta Paul Enferm**. v. 35, eAPE01076, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO010766>.

SOUZA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2981-2995, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 361-378, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Declaração de alma-ata**. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios, 1978.

5.2 Produto Técnico



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

ERICA THAISA ALCANTARA LIMA

ACOLHIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: OFICINAS
PEDAGÓGICAS PARA ESTRUTURAÇÃO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA

Maceió

2022

ERICA THAISA ALCANTARA LIMA

**ACOLHIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: OFICINAS
PEDAGÓGICAS PARA ESTRUTURAÇÃO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Produto técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Monte Mello Taveira

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Divanise Suruagy Correia

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde

**Maceió
2022**

RESUMO

Acesso à saúde é direito fundamental dos cidadãos e o acolhimento é instituído para ampliação desse acesso, devendo ser ágil e altamente empático. Protocolos sólidos e ajustes nos processos de trabalho contribuem para oportunizar maior acesso aos usuários. No decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família foi desenvolvido uma pesquisa onde os resultados motivaram o desenvolvimento desse produto técnico. O treinamento dos profissionais é um fator para efetivação do acolhimento e a falta de preparo profissional foi um ponto observado na pesquisa. O profissional deve se sentir preparado de acordo com sua competência clínica e essa identificação de necessidade de treinamento pode sugerir deficiência de oferta de capacitações sobre a temática pela gestão. Deste modo, a pesquisa gerou como produto a proposta de realização de oficinas pedagógicas com o objetivo de capacitar os profissionais para estruturação da prática do acolhimento na organização do processo de trabalho de uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe. Será realizado com 13 profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde da zona urbana do município. A Educação Permanente em Saúde nesse cenário impulsiona o trabalho colaborativo através da problematização e, para tanto, além dos profissionais, se buscou incluir usuários e gestores no percurso metodológico, dentro do escopo de suas responsabilidades. Os resultados que se pretende alcançar são: sensibilizar os profissionais sobre a importância do acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, melhoria da organização do processo de trabalho dos profissionais, garantia de retaguarda para a continuidade do cuidado e diminuição de conflitos entre profissionais que prejudicam o processo de acolhimento na unidade referida. O produto pode servir como piloto para as demais unidades se os usuários e os profissionais dos demais territórios e a gestão do município assim julgarem pertinentes.

Palavras-chave: acolhimento; unidade básica de saúde; estratégia de saúde da família; atenção primária à saúde; educação permanente em saúde.

ABSTRACT

Access to health is a fundamental right of citizens and reception is instituted to expand this access, and must be agile and highly empathetic. Solid protocols and adjustments to work processes contribute to providing greater access to users. During the Professional Master's in Family Health, a research was developed where the results motivated the development of this technical product. The training of professionals is a factor for effective reception and the lack of professional preparation was a point observed in the research. Professionals must feel prepared according to their clinical competence and this identification of the need for training may suggest a deficiency in the provision of training on the subject by management. Thus, the research generated as a product the proposal to carry out pedagogical workshops with the objective of training professionals to structure the practice of welcoming in the organization of the work process of a basic health unit in the city of Neópolis, Sergipe. It will be carried out with 13 health professionals from a basic health unit in the urban area of the municipality. Permanent Education in Health in this scenario encourages collaborative work through problematization and, for that, in addition to professionals, it sought to include users and managers in the methodological path, within the scope of their responsibilities. The results that are intended to be achieved are: to sensitize professionals about the importance of reception as a mechanism for expanding and facilitating access, improving the organization of the professionals' work process, guaranteeing back-up for the continuity of care and reducing conflicts between professionals who harm the reception process in the referred unit. The product can serve as a pilot for the other units if users and professionals from other territories and the municipality's management deem it relevant.

Keywords: user embracement; basic health unit; family health strategy; primary health care; permanent education in health.

INTRODUÇÃO

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

Acesso à saúde e, particularmente à Atenção Básica, é um direito fundamental dos cidadãos, e vem se fortalecendo com o aumento gradativo da oferta de serviços no país. A melhoria do acesso é um desafio permanente para gestores e trabalhadores e essa melhoria é essencial para maior adesão e engajamento em defesa do SUS (SOUZA *et al.*, 2021). Houve aumento do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família, porém esse acesso ainda é heterogêneo e permanece precário. Dentre as principais barreiras de acesso, encontra-se: subdimensionamento/subfinanciamento da APS, quantidade de usuários em excesso vinculados às equipes de Saúde da Família; burocratização e problemas funcionais dos serviços, entre outros (TESSER *et al.*, 2018).

O acolhimento é instituído para ampliação do acesso, devendo ser ágil e altamente empático (TESSER *et al.*, 2018). Martins *et al.* (2019) em um estudo descritivo da implantação do Projeto AcolheSUS em uma Unidade Básica de Saúde em Brasília, Distrito Federal, conferiram que a construção de modo conjunto de protocolos sólidos e ajustes relacionados ao processo de trabalho contribuíram para melhorar a oferta de serviço e oportunizar maior acesso do usuário.

De acordo com o Ministério da Saúde existem três dimensões constitutivas do acolhimento. A primeira delas é o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, onde o acolhimento aparece como inclusão dos usuários ao pressupor que os objetos do trabalho das equipes não são apenas determinados grupos populacionais. Além disso, favorece a ampliação do acesso, ao contemplar agenda programada e a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações de acordo com suas especificidades (BRASIL, 2013_b).

A segunda dimensão é o acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado, podendo inclusive facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos². O

² Projeto terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados pelos profissionais de saúde, para resolver determinado problema de saúde. Nessa perspectiva, são concebidos para produção de cuidado ao usuário, sendo um conjunto de atos pensados podendo se transformar em “Atos Assistenciais”, dependendo da sua execução total ou parcial, isto é, da sua transformação de projetos em atos concretos.

acolhimento está relacionado ao território das tecnologias leves, representado nas relações que se estabelecem entre profissionais e usuários (BRASIL, 2013_b).

Merhy (1997) classifica as tecnologias que envolvem o trabalho em saúde em duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras compreendem todas as ferramentas e instrumentos produzidos para uso de maneira determinada em dadas situações – equipamentos, normas, estruturas organizacionais. As leve-duras abrangem os saberes estruturados das profissões de saúde. E as tecnologias leves correspondem as tecnologias no campo relacional, representando tudo o que é utilizado para beneficiar o encontro, como a escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, entre outros.

Como terceira dimensão tem-se o acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, provocando mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar (BRASIL, 2013_b).

Nessa perspectiva o Ministério da Saúde oferece um fluxograma para representar um padrão de fluxo dos usuários nas unidades de saúde. Esse fluxograma não pode ser tomado em caráter absoluto, pois pode ocasionar problemas pela falta de mediação e ajuste com a realidade e suas singularidades. Algumas situações demandam ajustes no mesmo, sendo importante considerar o objetivo de ampliação de resolutividade e capacidade de cuidado, não burocratizando o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade de saúde (BRASIL, 2013_b).

A lógica do fluxograma supõe resumidamente: que os usuários com atividades agendadas ou da rotina sejam devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias; que situações imprevistas requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho para compreensão e intervenção; que os trabalhadores encarregados da escuta das demandas espontâneas devem ser capazes de analisá-las, ter clareza das ofertas de cuidado, haver possibilidade de diálogo entre os colegas e ter algum grau de resolutividade e respaldo para acionamento das ofertas de cuidado considerando a necessidade dos usuários. Deve ser encarado como possibilidade de ponto de partida, representando uma estratégia para organização do trabalho coletivo, sob o prisma usuário-centrada (BRASIL, 2013_b).

Camelo *et al.* (2016) atentaram para a necessidade de qualificação dos trabalhadores e ponderaram não ser suficiente o desejo dos profissionais incorporarem o acolhimento no seu processo de trabalho, sendo necessário uma articulação em rede de atenção.

O fato de existir protocolos para orientação das ações a serem desenvolvidas é um importante indicador relacionado a qualidade do acolhimento praticado. A literatura indica necessidade de aumento de investimento em aperfeiçoamento do ponto de vista organizativo e da qualificação de práticas clínicas (SOUZA *et al.*, 2021).

Carlos *et al.* (2017) relataram as experiências sobre acolhimento vivenciadas por acadêmicas do curso de medicina em uma UBS no município de Natal/RN. Por meio de uma prática de intervenção, as acadêmicas realizaram uma análise prévia das condições de acolhimento na UBS e posteriormente capacitaram os profissionais. Em seguida também elaboraram um fluxograma para o fluxo dos usuários na unidade de saúde. Por fim concluíram que a intervenção teve um impacto positivo na qualidade do acolhimento e foi um primeiro passo para a sua melhoria na unidade referida.

Educação Permanente em Saúde (EPS) são as ações educativas que tem embasamento na problematização do processo de trabalho em saúde. O objetivo consiste em transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, tendo como uma de suas referências as necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades (BRASIL, 2013c).

A EPS é uma ferramenta primordial na reconstrução de práticas em saúde, fomentando o fortalecimento do trabalho em equipe ao discutir os “nós críticos” no ambiente de trabalho e do trabalho colaborativo, sendo seu eixo norteador a integralidade da atenção à saúde. A prática dialógica problematizadora busca articular o conteúdo (teoria) com a realidade (prática), transformando saberes existentes (ARAÚJO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020).

No decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde/FIOCRUZ/UFAL), iniciado em 2020, foi desenvolvido uma pesquisa intitulada “ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE” que teve como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe. Os resultados desta pesquisa e a necessidade de construção de um produto do mestrado vinculado à pesquisa, motivou o desenvolvimento deste produto técnico.

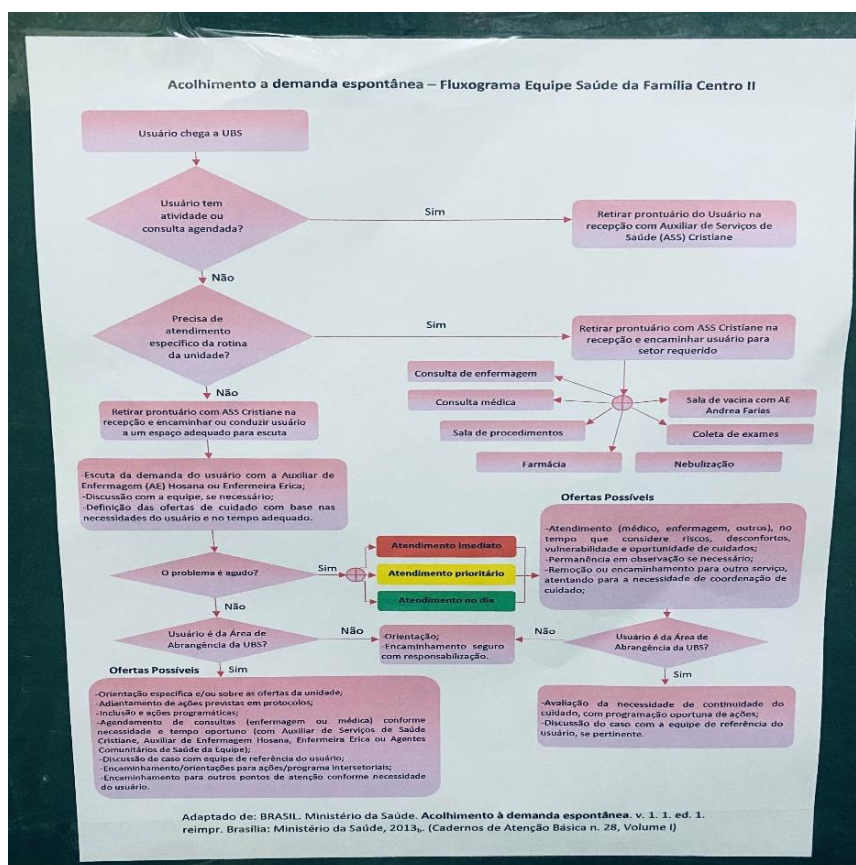
A proposta deste produto é a realização de capacitação dos profissionais no lócus da pesquisa e será realizada na Unidade Básica de Saúde Centro II, localizada na zona urbana do município de Neópolis, na região do Baixo São Francisco do Estado de Sergipe, a 121 km da capital Aracaju. O município tem população de 18.506 pessoas, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), pertence a Regional do município de Propriá e conta com 08 Equipes de Saúde da Família, das quais 04 atuam em territórios na zona urbana e 04 atual na zona rural, possibilitando cobertura de 100% da população (BRASIL, 2021).

A Unidade Básica Centro II situa-se atualmente em um imóvel alugado, localizado em seu território de abrangência, o qual compreende o centro comercial até a região da orla da

cidade, com um total de 2083 pessoas. Abrange uma região periférica, ribeirinha, que vive da pesca, e outra parte que vive de pequenos serviços/informalidade. Uma equipe de saúde da família atua na unidade e adicionado aos demais profissionais do ambulatório, perfaz um total de 14 profissionais de saúde.

Muito embora na unidade de saúde Centro 2 exista um fluxograma para acolhimento dos usuários em demanda espontânea no mural exposto (Figura 3), na pesquisa realizada foi identificado a necessidade de melhor gerenciamento da agenda concernente as formas de agendamento, horário de chegada dos usuários agendados, melhor direcionamento para os atendimentos do dia e prática de inclusão e respeito às diferenças.

Figura 3 – Fluxograma de acolhimento dos usuários em demanda espontânea equipe Centro 2



Fonte: Acervo – documentos administrativos da unidade de saúde

Outra situação que foi apontada para discussão na unidade pesquisada são as outras condutas e posturas que também podem servir de barreira de acesso, como condicionar o atendimento a apresentação do cartão do SUS, déficit de materiais e medicamentos para abordagem de emergência/urgência e problemas para identificação da UBS como local de resolução de problemas imediatos de saúde. Deste modo ainda é possível encontrar falhas no

acolhimento, onde alguns profissionais atuam sob a ótica da prática de trabalho com distorções na concepção dos modelos de atenção e obstruindo ações de garantia de acesso.

O treinamento dos profissionais é um ponto para efetivação do acolhimento e na pesquisa referida houve identificação da necessidade de preparo dos profissionais da unidade. Isto pode sugerir deficiência por parte da gestão quanto a oferta de capacitação para qualificação profissional nessa temática.

Anteriormente a pesquisa mencionada, houve um levantamento de situação-problema na prática diária na Unidade Básica mencionada e foi elaborado um projeto de intervenção pela pesquisadora em um curso de Pós-graduação em Saúde Pública. Considerando o estudo desenvolvido no decorrer do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde/FIOCRUZ/UFAL), os resultados justificaram a pertinência do projeto, sendo adaptado e readequado para o desenvolvimento deste produto técnico.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Capacitar os profissionais para reestruturação da prática do acolhimento na organização do processo de trabalho de uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar os profissionais sobre importância do acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso;
- Estimular a compreensão do acolhimento no campo relacional, como postura, atitude e tecnologia do cuidado;
- Reorganizar fluxo de acolhimento na unidade de saúde selecionada;

MÉTODO

Ações

O percurso metodológico a ser realizado se dará inicialmente com a apresentação dos resultados da pesquisa e da proposta de produto técnico à gestão, à equipe e ao conselho municipal de saúde. A proposta abrange a realização de oficinas pedagógicas com o objetivo de capacitar os profissionais para reestruturação da prática do acolhimento na organização do processo de trabalho. Este produto técnico, de acordo com a classificação ProfSaúde/CAPES, encontra-se no Eixo 2 (Formação), Tipo de Produto - Curso de Capacitação Profissional, subtipo – atividade docente; capacitação criada ou organizada.

As oficinas ocorrerão na Unidade Básica de Saúde Centro II, localizada na zona urbana do município de Neópolis, na região do Baixo São Francisco do Estado de Sergipe. A princípio será contemplada esta unidade de saúde por ter sido lócus da pesquisa e poderá servir como piloto para as demais unidades que os usuários, profissionais e gestão assim julgarem pertinentes. Foi realizado um levantamento bibliográfico para elaboração de um referencial teórico e para planejamento de oficinas com intuito do alcance dos objetivos propostos.

Nesse contexto serão realizadas 03 oficinas com temas diferentes com todos os profissionais da Unidade de Saúde referida, onde as datas e turnos para realização serão pactuados em comum acordo entre a facilitadora e os atores envolvidos, sendo informado com antecedência para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Paviani *et al.* (2009) definem oficina como uma maneira de construção do conhecimento realçando a ação sem perder de vista a base teórica. O professor ou o coordenador das atividades realizadas oportunizam aos participantes o que necessitam saber, sendo a oficina centrada no aprendiz e na aprendizagem. Deste modo, é “uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseadas no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos”.

As oficinas abrangerão as 03 dimensões constitutivas do acolhimento de acordo com o Ministério da Saúde, com ênfase no acolhimento como um dispositivo de inclusão. A primeira oficina abrangerá as dimensões de acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. A segunda será direcionada a compreensão do acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado. E a terceira e última oficina será direcionada para o acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, onde haverá reorganização do fluxo de acolhimento existente (BRASIL, 2013_b).

Segundo o Ministério da Saúde, não basta conduzir o processo de acolhimento na atenção básica somente aos profissionais e gestores, uma vez que se parte da perspectiva de incorporar novas formas de escutar e receber os usuários. Deste modo, as experiências de acolhimento vividas, sentidas ou percebidas pelos usuários são mais efetivas (BRASIL, 2013_b). Neste sentido, com o objetivo de oferecer um espaço de expressão popular, estabelecer diálogo com os usuários e subsidiar o processo de análise da intervenção a ser desenvolvida, será realizada uma pesquisa de opinião do usuário na unidade de saúde referida.

O usuário será solicitado a opinar a respeito de 12 parâmetros, onde serão confrontados com uma série de 05 ícones, escolhendo qual das imagens expressa melhor a opinião do mesmo relacionado a cada parâmetro (apêndice 01). Também conterà a seguinte questão aberta: “sugira como melhorar o atendimento”. O formulário não terá identificação e serão entregues aos usuários que comparecerem a unidade de saúde durante os 30 dias anteriores ao início das oficinas, com incentivo a utilização, porém de modo não obrigatório. Após preenchimento, será solicitado que sejam depositados em uma caixa de sugestões e os mesmos serão recolhidos pela pesquisadora ao final do dia. Em seguida a realização da última oficina, será repetido o procedimento de pesquisa de opinião durante os 30 dias posteriores, conforme cronograma.

O formulário de pesquisa de opinião do usuário referido acima foi adaptado conforme série 1 de um questionário elaborado por Kloetzel *et al.* (1998) por ser de fácil aplicabilidade e por ter uma questão aberta que oportuniza abordagens não contempladas nos parâmetros avaliados, porém consideradas importantes mediante opinião dos usuários. Os autores produziram este questionário como parte de um estudo com o objetivo de desenvolver uma metodologia para a avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais.

Para a realização das oficinas, haverá o cumprimento das normas de biossegurança para enfrentamento da COVID-19. Todos os participantes das oficinas assinarão um Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz para captação, uso, guarda e exibição/execução de imagem e voz para fins exclusivamente educacionais e científicos. Cada oficina terá duração prevista de 3 horas e estarão estruturadas conforme a seguir.

Quadro 3 - Oficina 01 - Capacitar os profissionais da unidade de saúde sobre os conceitos e objetivos da prática do acolhimento no processo de trabalho.

Descrição das atividades	• Apresentação dos objetivos das oficinas pedagógicas e da proposta da oficina 01; • Socialização das percepções dos profissionais pedindo para cada um descrever “O que é acolhimento?”, utilizando até 03 palavras no aplicativo Mentimeter³, para criação de nuvem de palavras; • Exposição dialogada sobre os conceitos de acolhimento, acesso, porta de entrada, redes de atenção à saúde, demanda espontânea e agenda programada; • Exposição de vídeo e debate contextualizando acesso como direito do cidadão e sua garantia como dever do trabalhador e do gestor;
Facilitadores	Pesquisadora
Participantes	Profissionais da Unidade Básica de Saúde Centro 2
Duração da oficina	03 horas

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 4 - Oficina 02 - Estimular a reflexão do acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado.

Descrição das atividades	• Apresentação da proposta da oficina 02; • Dinâmica avaliativa – “O que ficou da oficina anterior?”, onde os profissionais respondem com uma frase referente as atividades desenvolvidas na oficina anterior; • Estudo de casos realizado em grupo sobre acolhimento e o processo de trabalho; • Situação-problema: problematizações de situações do cotidiano da unidade para reflexão sobre triagem x acolhimento; • Exposição dialogada sobre noções de tecnologias leve, leve-duras e duras e do acolhimento como tecnologia do cuidado; • Roda de conversa sobre a percepção dos profissionais dos principais pontos de conflitos que prejudicam as práticas de acolhimento e as intervenções positivas que melhoram o desenvolvimento das atividades;
Facilitador	Pesquisadora
Participantes	Profissionais da Unidade Básica de Saúde Centro 2
Duração da oficina	03 horas

Fonte: elaborado pela autora.

³ Plataforma online para criação e compartilhamento de apresentação interativas. Por meio de um código de acesso é possível por quem assiste responder a vários tipos de perguntas, via smartphone – www.mentimeter.com

Quadro 5 - Oficina 03 - Reorganizar fluxo de acolhimento na Unidade Básica.

Descrição das atividades	• Apresentação da proposta da oficina 03; • Dinâmica avaliativa – “O que ficou da oficina anterior?”, onde os profissionais respondem com uma frase referente as atividades desenvolvidas na oficina anterior; • Dinâmica de grupo onde serão distribuídas placas de um lado escrito “Mito” e do outro “Verdade”. A facilitadora lerá afirmações referentes ao modo como os profissionais participam do acolhimento e os profissionais irão respondendo conforme entendimento dos mesmos para fomento de discussão em grupo sobre o assunto. Será abordado afirmações referente a quem deve receber o usuário que chega, o que deve ser feito de imediato, de quem é a responsabilidade de avaliação do risco desse usuário, quando encaminhar e quando agendar consulta médica e as ofertas de cuidado oferecidas na unidade conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013_b); • Apresentação do fluxograma existente e discussão para aprimoramento coletivo do fluxo de acolhimento da unidade de saúde; • Dinâmica avaliativa final – “O que levo? O que deixo?”, onde os profissionais relatam o que aprenderam e o que puderam contribuir após realização das 03 oficinas.
Facilitador	Pesquisadora
Participantes	Profissionais da Unidade Básica de Saúde Centro 2
Duração da oficina	03 horas

Fonte: elaborado pela autora.

Recursos humanos e materiais

As oficinas envolverão os quatorze profissionais que desenvolvem atividades na Unidade de Básica de Saúde. A responsável pela coordenação e execução das ações das oficinas será a pesquisadora.

Os encontros para as atividades ocorrerão na sala de reunião da unidade básica de saúde Centro 2, em horário preestabelecido em comum acordo com os profissionais da unidade, onde será necessário a garantia de tempo na agenda dos profissionais para participação dos encontros. Os materiais utilizados serão:

- Impressora (previamente agendado na SMS);

- Notebook (de uso pessoal da mediadora da ação);
- Data show (previamente agendado na SMS);
- Materiais didáticos para metodologia ativa a ser desenvolvida pela mediadora previamente solicitados a secretaria municipal de saúde de Neópolis (cartolinas, caneta hidrocor, papel madeira, papel A4).

Monitoramento e avaliação

Para o monitoramento das ações a serem realizadas serão levadas em consideração as listas de presença dos profissionais em cada oficina além do registro fotográfico e/ou filmagem. Também será executado pela facilitadora da oficina o registro de todas as atividades e demandas do dia.

Ademais, o processo de monitoramento e avaliação das oficinas incluirá a dinâmica avaliativa “O que ficou da oficina anterior?”, onde os profissionais no início das oficinas 02 e 03 responderão à pergunta com uma frase pensando nas atividades desenvolvidas na oficina imediatamente anterior. O objetivo dessa dinâmica é o resgate do que já foi trabalhado e oportunizar a facilitadora as conduções da oficina do dia, promovendo identificação de quais informações devem ser reforçadas e se o método utilizado até o momento da dinâmica está condizente com os objetivos.

Ao final da última oficina, será realizado a dinâmica “O que levo? O que deixo?”, onde os profissionais poderão relatar tudo o que aprenderam e tudo o que puderam contribuir após realização das 03 oficinas, com o objetivo de reforçar a importância do trabalho coletivo, onde todos podem colaborar para mudanças de processos de trabalho. Esta dinâmica poderá ser realizada de modo oral ou escrito, a depender da pactuação entre os envolvidos.

Após a realização das oficinas, serão utilizados alguns indicadores para o processo de avaliação, conforme sugerido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013_b):

- Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
- Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe;
- Proporção de faltosos às consultas agendadas;
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Além disso, feedbacks de modo periódico realizados pelos profissionais nas reuniões mensais da equipe da unidade de saúde serão registrados para avaliação do alcance dos

resultados a médio e longo prazo. A avaliação se dará também com a análise da pesquisa de opinião do usuário realizada no mês anterior a realização da primeira oficina e no mês imediatamente posterior a realização da última oficina, como um modo de acompanhar a evolução do acolhimento na UBS sob o prisma usuário-centrada.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados que se pretende alcançar com esta proposta de intervenção são os seguintes:

- Sensibilizar os profissionais sobre importância do acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso;
- Melhorar organização do processo de trabalho no atendimento as necessidades de saúde;
- Garantir retaguarda para o acolhimento e a continuidade do cuidado;
- Diminuir conflitos entre os profissionais da unidade que prejudicam o processo de acolhimento, sobretudo concernente à melhoria da comunicação.

Os resultados alcançados serão divulgados à equipe de saúde da unidade, à secretaria municipal de saúde e ao conselho municipal de saúde do referido município. Também poderá haver divulgação através de congressos, artigos e encontros técnico-científicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é um processo de inclusão que deve envolver toda a equipe e deve ser resolutivo. Falhas no acolhimento na Unidade Básica de Saúde lócus da pesquisa foram observadas no estudo realizado. Nesta perspectiva, o produto técnico foi embasado na utilização de práticas direcionadas à atenção à saúde envolvendo seu caráter inclusivo como um meio para organização dos processos de trabalho, assegurando o direito do usuário ao acesso aos serviços de saúde.

A EPS nesse cenário funciona como mecanismo para reconstrução de práticas, impulsionando o trabalho colaborativo através da problematização do processo de trabalho de modo articulado entre todos os profissionais. Durante a elaboração do produto, buscou-se abranger os usuários no processo, em uma construção dialógica contínua. Os gestores também foram incluídos no percurso metodológico, dentro do escopo de suas responsabilidades.

O produto pode servir como piloto para as demais unidades se os usuários e os profissionais dos demais territórios e a gestão do município assim julgarem pertinentes. Por conseguinte, poderá permitir reordenação do processo de trabalho dos profissionais e dos serviços prestados para os usuários, envolvendo para tanto gestores, conselho municipal de saúde e demais UBS do município.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, B.O.; NASCIMENTO, M.A.A. **Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família**: em busca da resolubilidade da produção do cuidado. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, V. I). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: nov. 2021.

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R. DE; VOLPE, C. R. G.; *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 463–468, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>.

CARLOS, I. L.; COSTA, J. F. DA; FILHO, B. F. DE L. *et al.* Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev Med Minas Gerais**. v. 27, e-1916, 2017. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170095>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Censos Demográficos**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: abr. 2021.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul.-set., 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300020>.

MARTINS, A. C. T.; PAULA, A.P.; CARDOSO, J.R. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, v. 14, n. 2, maio/ago. 2009.

RODRIGUES, K. J. M.; MOREIRA, K. F. A.; RODRIGUES, D. E. F. *et al.* O acolhimento em uma Equipe de Saúde da Família em Porto Velho – RO: oficinas pedagógicas para sua implantação. *In*: MOREIRA, K. F. A.; CASTRO, R. F.; FARIAS, E. S. (Orgs.). **Estratégia de saúde da família: educação e produção de conhecimento para a atenção primária à saúde no Estado de Rondônia**. Rio Branco: Stricto Sensu, 2020.

SOUZA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2981-2995, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 361-378, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.

APÊNDICE I - PESQUISA DE OPINIÃO DO USUÁRIO**PESQUISA DE OPINIÃO DO USUÁRIO**

Responda as questões escolhendo qual das imagens expressa melhor sua opinião

1) Facilidade de acesso ao atendimento/consulta:



A



B



C



D



E

2) Tempo gasto na sala de espera:



A



B



C



D



E

3) Cordialidade por parte da recepção:



A



B



C



D



E

4) Cordialidade do profissional:



A



B



C



D



E

5) Atenção dada pelos profissionais as suas queixas:



A



B



C



D



E

6) Impressão do exame clínico/procedimento realizado pelo profissional:



7) Confiança despertada pelo profissional:



8) Confiança na receita:



9) Explicações do profissional com respeito a doença/queixa:



10) Explicações quanto a evolução da doença/queixa:



11) Satisfação com o agendamento:



12) Avaliação geral do atendimento/consulta:



13) Sugira como melhorar o atendimento:

Adaptada de: KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C. *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul.-set., 1998.

ANEXO I - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Eu, abaixo assinado e identificado (a), vinculado à Unidade Básica de Saúde Centro 2, neste ato, e para todos os fins em direito admitidos, autorizo expressamente a pesquisadora Erica Thaisa Alcantara Lima, portadora da cédula de RG 1412623, SSP/SE, com contato telefônico (79) 99931-1400, a captação, uso, guarda e exibição/execução da minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, em toda e qualquer participação minha na capacitação intitulada **Acolhimento na organização do trabalho: oficinas pedagógicas para estruturação em uma Equipe de Saúde da Família**, para fins exclusivamente educacionais e científicos em congressos, artigos e encontros técnico-científicos, podendo ser utilizada a qualquer tempo pela autorizada. A presente autorização abrange todas as formas de uso e modalidade de utilização permitidas, conhecidas ou que venham a ser conhecidas.

O presente instrumento particular de autorização é celebrado em caráter definitivo, gratuito, irrevogável e irretratável, obrigando as partes por si e por seus sucessores a qualquer título, a respeitarem integralmente os termos e condições estipuladas no presente instrumento.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e voz ou a qualquer outro.

Neópolis, ____ de _____ de _____.

Nome do (a) autorizante: _____, portador da cédula de RG: _____, com contato telefônico: _____, com o cargo/função de: _____.

Assinatura do (a) autorizante

6 CONCLUSÃO DO TCM

Na realidade vivenciada no município de Neópolis-Sergipe existem inúmeros desafios, desde centralização excessiva, fragmentação institucional, fragilidade em articulação intersetorial, problemas relacionados ao acesso, distorções dos modelos de atenção com medicalização exorbitante, fragilidade na participação social, entre outros. Portanto sendo ainda possível visualizar no município o predomínio do antigo modelo biomédico, com organização de trabalho médico centrada, baseado na queixa-conduta e presença de centralização de determinados procedimentos de saúde que contribuem para dificuldade do acesso e continuidade da assistência.

O acolhimento é um processo de inclusão que deve envolver toda a equipe e deve ser resolutivo. Falhas no acolhimento na Unidade Básica de Saúde lócus da pesquisa foram observadas no estudo realizado. A pesquisa proporcionou a compreensão da perspectiva do acolhimento pelos profissionais e pelos usuários, importante para servir como ponto de partida para sua efetivação. Tanto os profissionais como os usuários correlacionaram acolhimento ao campo das relações estabelecidas entre ambos, perpassando entre vínculos, escuta e sensibilidade do profissional. Para ambos, a procura por uma unidade de saúde foi relacionada ao adoecimento e não ser bem acolhido pode piorar o quadro clínico do usuário, deixá-lo mais fragilizado e prejudicar o vínculo.

O estudo possibilitou também realizar a análise da organização do processo de trabalho, reconhecendo dificuldades e barreiras de acesso. Durante as entrevistas emergiu problemática relacionada a necessidade de melhor gerenciamento da agenda, dificuldade de lidar com o estresse dos usuários, vontade de ter mais preparo para o acolher e evidencia de tratamento ruim dos usuários para com os profissionais. O treinamento dos profissionais é um ponto para efetivação do acolhimento e nesta pesquisa a identificação da necessidade de preparo pode sugerir deficiência por parte da gestão quanto a oferta de capacitação para qualificação profissional nessa temática.

O acolhimento é identificado como ferramenta de qualidade no SUS, podendo ressignificar a produção de cuidado. Ao acolher o usuário, o profissional reconhece suas necessidades de saúde, considerando riscos e vulnerabilidades. Assim sendo, garante o acesso aos serviços de saúde como direito do usuário e possibilita melhor articulação da APS com outros níveis de atenção para os casos que necessitam. Reflexões quanto ao direcionamento dos usuários na unidade devem ser realizadas, avaliando a prática profissional de modo articulado

entre os profissionais e envolvendo os gestores locais, em uma integração dos 03 atores para efetivação do acolhimento.

Nesta perspectiva, o produto técnico foi embasado na utilização de práticas direcionadas à atenção à saúde envolvendo seu caráter inclusivo como um meio para organização dos processos de trabalho, assegurando o direito do usuário ao acesso aos serviços de saúde. A EPS nesse cenário funciona como mecanismo para reconstrução de práticas, impulsionando o trabalho colaborativo através da problematização do processo de trabalho de modo articulado entre todos os profissionais.

O produto será inicialmente realizado em uma UBS que poderá servir como piloto para as demais unidades que os usuários, profissionais e gestão assim julgarem pertinentes. Por conseguinte, poderá permitir reordenação do processo de trabalho dos profissionais e dos serviços prestados para os usuários, envolvendo para tanto gestores, conselho municipal de saúde e demais UBS do município.

REFERÊNCIAS GERAIS

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trab Educ Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 23-43, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>.

ARAUJO, B.O.; NASCIMENTO, M.A.A. **Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família**: em busca da resolubilidade da produção do cuidado. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010_a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm. Acesso em: abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010_b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para os gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010_c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PHN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013_b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013_a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013_c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 10 nov. 2021.

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R. DE; VOLPE, C. R. G.; *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 463–468, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JUNIOR, N. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, n. supl 1, p. 983-95, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CARLOS, I. L.; COSTA, J. F. DA; FILHO, B. F. DE L. *et al.* Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, e-1916, 2017. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170095>.

CARVALHO M. N.; COSTA E. M. O. D.; SAKAI M. H. *et al.* Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201610912.

COELHO, E. B. S.; BOLSONI, C. C.; CONCEIÇÃO, T. B.; *et al.* **Políticas públicas no enfrentamento da violência por parceiro íntimo**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/144671/mod_resource/content/19/MOOC-PolíticasPublicas-comficha.pdf. Acesso em: out. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - CNE, 11, 2000, Brasília. **Relatório final**. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1495-relatorio-final-da-11-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em: 10 out. 2021.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research Society and Development**, v. 10, n. 8, e42010817359, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17359>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GURGEL FILHO, A. A. G.; AMARAL, R. C. O papel do cirurgião dentista na equipe multiprofissional da Atenção Básica em Saúde, após 19 anos de sua implantação. **Arch Health Invest**, v. 10, n. 8, p. 1287-1291, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i8.5307>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Censos Demográficos**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Cadastro Central de Empresas 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: nov. 2021

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul.-set., 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300020>.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MARTINS, A. C. T.; PAULA, A.P.; CARDOSO, J.R. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019>.

LOPES, G.V.D.O.; MENEZES, T.M.O.; MIRANDA, A.C. *et al.* Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 1, p. 104-10, jan.-fev., 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140014>.

MACIEL, M. A. S.; SILVA, P. C. S.; OLIVEIRA, L. F. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. **REAS/EJCH**, v.11, n. 14, e1095, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1095.2019>.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MATOS, D. A. S.; JARDILINO, J. R. L. Os conceitos de concepção, percepção, representação e crença no campo educacional: similaridades, diferenças e implicações para a pesquisa. **Educação & Formação**, Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 20-31, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.25053/edufor.v1i3.1893>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, M. H. M. M.; GONDIM, R.; MATTA, G. C.; *et al.* Introdução: os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINA, J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, p. e173, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601

MOYSÉS, S. J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

NEVES M.; GIORDANI J. M.; HUGO F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Cien Saude Colet**. v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>.

NOBRE, J. P. S.; VIEIRA, J. P. A.; GADELHA, R. R. M. *et al.* A Percepção dos Trabalhadores de Saúde sobre o Acolhimento no Contexto da Atenção Básica. **Revista Expressão Católica (Saúde)**, v. 1, n. 1, jul - dez, 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1364>. Acesso em: 10 out. 2021.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, M. C. M.; CONSTANTINIDIS, T. C. Práticas de Acolhimento na perspectiva de profissionais da atenção básica em saúde. **Rev Interinst Bras Ter Ocu**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 494-507, 2019. DOI: 1047222/2526-3544rbto23964.

OLIVEIRA, C. V. S.; CORIOLANO-MARINUS, M. W. L. Desafios do acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**. v. 2, n. 2, p. 211-225, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p211-225>.

OLIVEIRA, J. R.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z. *et al.* Concepções e Práticas de Acolhimento Apresentadas pela Enfermagem no Contexto da Atenção Básica à Saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. supl. 10, p. 1545-55, dez., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10869/12104>. Acesso em: 10 out. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, v. 14, n. 2, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://www.anpof.org.br/periodicos/conjectura-filosofia-e-educacao/leitura/692/25305>. Acesso em: 10 out. 2021.

PIRES FILHO L. A.; AZEVEDO-MARQUES J. M.; DUARTE N. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**. v. 43, n. 121, p. 605-613, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S. *et al.* Satisfação do usuário da atenção básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.

RODRIGUES, K. J. M.; MOREIRA, K. F. A.; RODRIGUES, D. E. F. *et al.* O acolhimento em uma Equipe de Saúde da Família em Porto Velho – RO: Oficinas pedagógicas para sua implantação. In: MOREIRA, K. F. A.; CASTRO, R. F.; FARIAS, E. S. (Orgs.). **Estratégia de saúde da família: educação e produção de conhecimento para a atenção primária à saúde no Estado de Rondônia**. Rio Branco: Stricto Sensu, 2020.

SILVA, L. A. N.; HARAYAMA, R. M.; FERNANDES, F. P. *et al.* Acesso e acolhimento na Atenção básica da região Oeste do Pará. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, jul-set, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>.

SMITH, P. J. A percepção como uma relação: uma análise do conceito comum de percepção. **Analytica**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 1, p. 109-132, 2014.

SOUZA, K. O. C.; RIBEIRO, C. J. N.; SANTOS, J. Y. S. *et al.* Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no Nordeste brasileiro. **Acta Paul Enferm**. v. 35, eAPE01076, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO010766>.

SOUZA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2981-2995, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

SUSSEKIND, A. C.; MUNARI, D. B.; PEIXOTO, M. K. A.V. *et al.* Forças impulsoras e restritivas do trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.15962>.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 361-378, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Declaração de alma-ata**. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Relatório Mundial da Saúde 2010: funcionamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal**. Genebra: WHO, 2010.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

Roteiro para entrevista aberta com os profissionais da Unidade Básica de Saúde Centro II para a pesquisa “Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Sergipe”

Elaborado por Erica Thaisa Alcantara Lima

1. Gostaria que você falasse sobre o acolhimento em saúde.
2. Você poderia falar como o acolhimento é realizado na UBS que atua? De que forma? Poderia relatar alguns exemplos?
3. Na sua rotina de trabalho você desenvolve alguma atividade ou prática relacionada ao acolhimento? Gostaria que falasse um pouco sobre elas.
4. Gostaria que falasse sobre como está organizado o acolhimento e qual o fluxo de atendimento rotineiro percorrido pelos usuários na UBS.
5. Fale sobre os serviços disponibilizados para os usuários na UBS.
6. Você poderia me dizer quais desses serviços requer agendamento?
7. Qual o intervalo de tempo entre o agendamento e a realização do atendimento desses serviços?
8. Como é feito o direcionamento do usuário em situação aguda?
9. Deseja acrescentar alguma coisa que não foi falada?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

Roteiro para entrevista aberta com os usuários da Unidade Básica de Saúde Centro II para a pesquisa “Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Sergipe”

Elaborado por Erica Thaisa Alcantara Lima

1. Quando você chega neste posto de saúde, como e por quem você é recebido?
2. Quando você precisa de atendimento do posto de saúde, o que faz?
3. Fale de alguns atendimentos que recebeu no posto e o que achou.
4. Como é sua experiência quando necessita de atendimento que não foi agendado previamente?
5. Para você o que é acolhimento?
6. Você se sente acolhido neste posto de saúde? Por quê?
7. Deseja acrescentar alguma coisa que não foi falada?

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Sergipe**, da pesquisadora Érica Thaisa Alcantara Lima. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde do município de Neópolis, Sergipe.
2. A importância deste estudo é a de para direcionamento do processo de acolhimento no município, inicialmente sendo realizado em uma Unidade Básica de Saúde que poderá servir como piloto para as demais unidades que os usuários, profissionais e gestão assim julgarem pertinentes.
3. O resultado que se deseja alcançar é o seguinte: melhor compreensão do acolhimento na Unidade Básica de Saúde envolvendo seu caráter inclusivo e resolutivo ao final da pesquisa.
4. A coleta de dados começará em fevereiro de 2022 e terminará em março de 2022.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: pesquisa qualitativa, observacional, por meio de uma entrevista aberta utilizando um roteiro semiaberto com os profissionais da unidade básica de saúde Centro 2 para coleta de dados.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: na coleta de dados respondendo uma entrevista aberta com um total de 09 perguntas, aplicado de modo individual pela pesquisadora, não havendo conflito de interesse, em local reservado na UBS e gravadas eletronicamente.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: a presente pesquisa não apresenta riscos à vida. A entrevista, por tratar questões subjetivas, pode causar desconforto emocional.
8. Os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: garantia de anonimato nas respostas a entrevista e garantia de suspensão da aplicação da entrevista.
9. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: contribuir para mudanças nas práticas de acolhimento da unidade básica de saúde.
10. Você poderá contar com a seguinte assistência: assistência da FAMED-AL, sendo responsável por ela a direção da instituição.
11. Você será informado (a) do resultado final do projeto e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

12. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

14. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

15. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.

16. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Unidade/órgão: Faculdade de Medicina (FAMED)

Endereço: Campus A.C. Simões, S/N. KM97, BR 104. Tabuleiro do Martins.

Cidade/CEP: Maceió/AL, 57072-900. Telefone: (82) 3214-1140 / 1141

Contato de urgência: Sr (a). Erica Thaisa Alcantara Lima

Endereço: Av. Murilo Dantas, 1409, Farolândia. Complemento: Ed. Ismael Pereira, Ap. 704

Cidade/CEP: Aracaju/SE, 49032-490

Telefone: (79) 99931-1400

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa, em cumprimento à resolução de nº 510, de 07 de abril de 2016 e à resolução de nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo ou ainda dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contatar o:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Através do Telefone: (82)3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

Ou preferencialmente, neste período de pandemia, por e-mail: cep@ufal.br

Endereço: Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Maceió, ____ de ____ de ____.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)
---	---

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS USUÁRIOS

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Sergipe**, da pesquisadora Érica Thaisa Alcantara Lima. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde do município de Neópolis, Sergipe.
2. A importância deste estudo é para direcionamento do processo de acolhimento no município, inicialmente sendo realizado em uma Unidade Básica de Saúde que poderá servir como piloto para as demais unidades que os usuários, profissionais e gestão assim julgarem pertinentes.
3. O resultado que se desejam alcançar é o seguinte: melhor compreensão do acolhimento na Unidade Básica de Saúde envolvendo seu caráter inclusivo e resolutivo ao final da pesquisa.
4. A coleta de dados começará em fevereiro de 2022 e terminará em março de 2022.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: pesquisa qualitativa, observacional, por meio de uma entrevista aberta utilizando um roteiro semiaberto com usuários do território de abrangência da unidade básica de saúde Centro 2 para coleta de dados.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: na coleta de dados respondendo uma entrevista aberta com um total de 07 perguntas, aplicado de modo individual pela pesquisadora, não havendo conflito de interesse, em local reservado na UBS ou em domicílio, decidido em comum acordo. Será gravada eletronicamente.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: a presente pesquisa não apresenta riscos à vida. A entrevista, por tratar questões subjetivas, pode causar desconforto emocional
8. Os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: garantia de anonimato nas respostas a entrevista e garantia de suspensão da aplicação da entrevista
9. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: contribuir para mudanças nas práticas de acolhimento da unidade básica de saúde
10. Você poderá contar com a seguinte assistência: assistência da FAMED-AL, sendo responsável por ela a direção da instituição
11. Você será informado (a) do resultado final do projeto e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

12. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

14. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

15. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.

16. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Unidade/órgão: Faculdade de Medicina (FAMED)

Endereço: Campus A.C. Simões, S/N. KM97, BR 104. Tabuleiro do Martins.

Cidade/CEP: Maceió/AL, 57072-900. Telefone: (82) 3214-1140 / 1141

Contato de urgência: Sr (a). Erica Thaisa Alcantara Lima

Endereço: Av. Murilo Dantas, 1409, Farolândia. Complemento: Ed. Ismael Pereira, Ap. 704

Cidade/CEP: Aracaju/SE, 49032-490

Telefone: (79) 99931-1400

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa, em cumprimento à resolução de nº 510, de 07 de abril de 2016 e à resolução de nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo ou ainda dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contatar o:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Através do Telefone: (82)3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

Ou preferencialmente, neste período de pandemia, por e-mail: cep@ufal.br

Endereço: Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Maceió, ____ de ____ de ____.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)
---	---

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE SERGIPE

Pesquisador: Erica Thaisa Alcantara Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53407021.8.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.236.548

Apresentação do Projeto:

As dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde são apontadas como grande entrave para sua consolidação como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. O acolhimento quando realizado de forma contínua e estruturada direciona o usuário para o atendimento de acordo com sua necessidade, partindo de uma ótica onde todos devem ser atendidos.

Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde do município de Neópolis, Sergipe.

Trata-se de um estudo qualitativo, observacional. Os participantes da pesquisa serão 14 profissionais de saúde e 10 usuários de uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana do referido município.

Os dados serão coletados por meio individual que será gravada e transcrita.

A análise de dados será embasada na teoria de análise de conteúdo, em quatro fases. A primeira fase se constituirá na organização dos dados, analisando as respostas e buscando as ideias que emergem delas. Será realizado uma pré-análise dos dados através de uma leitura aprofundada objetivando identificação de categorias. A segunda fase haverá elaboração de uma planilha para identificação dos sentidos, composta pelas ideias explícitas (categorias provisórias) e ideias implícitas (focos). A terceira fase compreenderá a

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.236.548

procura da resposta à pergunta da pesquisa, por meio da identificação das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou tema. A quarta fase envolverá duas planilhas, onde na primeira haverá a interpretação dos focos e suas unidades de registro e a segunda abrangerá a elaboração das categorias e suas respectivas subcategorias. O resultado que se deseja alcançar é conhecer a compreensão do acolhimento na Unidade Básica de Saúde envolvendo seu caráter inclusivo e resolutivo ao final da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Conhecer a compreensão dos profissionais e usuários sobre a organização e realização do acolhimento no processo de trabalho em uma unidade básica de saúde do município de Neópolis, Sergipe.

Objetivo Secundário:

- Identificar como está organizado o acolhimento no processo de trabalho dos profissionais da UBS para atendimento às necessidades de saúde dos usuários;
- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde e usuários sobre acolhimento em saúde;
- Conhecer o entendimento dos profissionais de saúde e usuários sobre o acolhimento realizado na unidade de saúde selecionada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Convém destacar que a presente pesquisa não apresenta riscos à vida. As entrevistas, entretanto, por tratar de questões subjetivas, podem causar desconforto emocional. Deste modo, a pesquisadora adotará as seguintes medidas para minimizar esse risco: garantia de anonimato nas respostas e garantia de suspensão da aplicação da entrevista. Todos os participantes assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontram em anexo ao projeto, os quais foram elaborados seguindo modelo.

Benefícios:

Faz-se necessário o presente projeto de pesquisa para direcionamento do processo de acolhimento no município, inicialmente sendo realizado em uma UBS que poderá servir como piloto para as demais unidades que os usuários, profissionais e

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.236.548

gestão assim julgarem pertinentes. Por conseguinte, poderá permitir reordenação do processo de trabalho dos profissionais e dos serviços prestados para os usuários, envolvendo para tanto gestores, conselho municipal de saúde e demais UBS do município. Espera-se contribuir para mudanças nas práticas de acolhimento da unidade básica de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho relevante para a sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram entregues, conforme solicitado para alterações: os TCLEs, cronograma, "DECLARAÇÃO CUMPRIMENTO NORMAS PUBLICIZAÇÃO E DESTINAÇÃO", "EXPLICITAÇÃO DOS CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA", "DEMONSTRATIVO DE EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA DA PESQUISA E PARA ATENDER EVENTUAIS PROBLEMAS DELA RESULTANTES", "TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR QUANTO A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA COVID", "TERMO AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE".

Recomendações:

Vide as conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.236.548

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1851427.pdf	17/01/2022 18:22:03		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_ERICA.pdf	17/01/2022 18:19:54	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Outros	TERMO_AUSENCIA_DE_CONFLITO_D E_INTERESSE.pdf	17/01/2022 18:19:06	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_D O_PESQUISADOR_QUANTO_A_REALI ZACAO_DA_PESQUISA_NO_PERIOD O_DA_PANDEMIA_COVID.pdf	17/01/2022 18:17:55	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Outros	EXPLICITACAO_DOS_CRITERIOS_PA RA_SUSPENDER_OU_ENCERRAR_A_PESQUISA.pdf	17/01/2022 18:13:04	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Outros	Declaracao_cumprimento_normas_publicacao_e_destinacao.pdf	17/01/2022 18:11:16	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DEMONSTRATIVO_DE_EXISTENCIA_DE_INFRAESTRUTURA_DA_PESQUISA_E_PARA_ATENDER_EVENTUAIS_P	17/01/2022 18:08:18	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 5.236.548

Declaração de Instituição e Infraestrutura	MAS_DELA_RESULTANTES.pdf	17/01/2022 18:08:18	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ERICA.pdf	17/01/2022 18:06:37	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ERICA_LIMA_PTCM.pdf	17/01/2022 18:06:26	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIOS.pdf	17/01/2022 18:06:00	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	17/01/2022 18:05:32	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_USUARIOS.pdf	18/11/2021 01:30:56	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_PROFISSIONAIS.pdf	18/11/2021 01:29:40	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_ERICA.pdf	18/11/2021 00:53:38	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_pesquisa_ERICA.pdf	18/11/2021 00:51:24	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Erica.pdf	18/11/2021 00:47:23	Erica Thaisa Alcantara Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

MACEIO, 10 de Fevereiro de 2022

**Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br