



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**  
**CAMPUS PASSO FUNDO**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ÁREA DE**  
**CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA**

**DEISE ZWIRTES**

**(DES)ACOMODAR: POTENCIALIDADES E ENTRAVES NO ACOLHER EM UMA**  
**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PASSO FUNDO, RS**

**2024**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**

**CAMPUS PASSO FUNDO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ÁREA DE  
CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA**

**DEISE ZWIRTES**

**(DES)ACOMODAR: POTENCIALIDADES E ENTRAVES NO ACOLHER EM UMA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde na Atenção Básica.

Orientadora: Prof. Ma. Maríndia Biffi e

Prof. Dra. Vanderléia Laodete Pulga

Coorientadora: Ma. Fabiana Schneider

**PASSO FUNDO, RS**

**2024**

## **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Zwirtes, Deise

(Des)acomodar: Potencialidades e Entraves no Acolher em uma Estratégia Saúde da Família / Deise Zwirtes, Vanderléia Laodete Pulga, Maríndia Biffi, Fabiana Schneider. -- 2024.

91 f.:il.

Orientadores: Prof. Dra. Vanderléia Laodete Pulga, Prof. Ma. Maríndia Biffi

Co-orientadora: Me. Fabiana Schneider

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo,RS, 2024.

1. Acolhimento. 2. Atenção Básica. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Pulga, Vanderléia Laodete II. Biffi, Maríndia III. Schneider, Fabiana IV. Pulga, Vanderléia Laodete, orient. V. Biffi, Maríndia, orient. VI. Schneider, Fabiana, co-orient. VII. Universidade Federal da Fronteira Sul. VIII. Título.

**DEISE ZWIRTES**

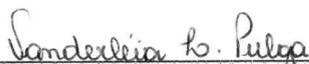
**(DES)ACOMODAR:**

**POTENCIALIDADES E ENTRAVES NO ACOLHER EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:  
19/02/2024

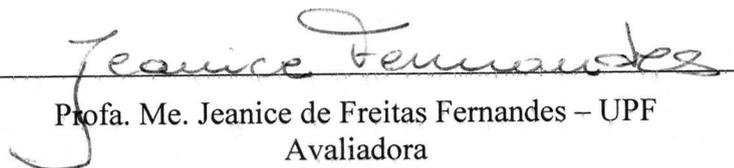
**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Vanderleia Laodete Pulga – UFFS  
Orientadora



\_\_\_\_\_  
Me. Fabiana Schneider – SMS - MARAU/RS  
Coorientadora



\_\_\_\_\_  
Profª. Me. Jeanice de Freitas Fernandes – UPF  
Avaliadora



\_\_\_\_\_  
Profª. Me. Maríndia Biffi – UFFS  
Avaliadora

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos Excepcionais
BRF	Brasil Foods S.A
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CLS	Conselho Local de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CORSAN	Companhia Riograndense de Saneamento
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégias Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
G-MUS	Gestão para a Secretaria Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Plano Terapêutico Singular
RGE	Rio Grande Energia
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde

RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

<b>1. CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO TERRITORIAL</b>	<b>9</b>
1.1. INTRODUÇÃO	9
1.2. CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL	11
1.2.1 O Município de Marau: História e Indicadores	11
1.2.2. Descrição da Saúde do Município	13
1.2.3. Descrição da Saúde do Cenário de Prática - ESF Santa Rita	15
1.3. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE E PERFIL DA POPULAÇÃO QUE À UTILIZA	20
1.4. IDENTIFICAÇÃO E BREVE CARACTERIZAÇÃO DO TEMA	24
1.4.1 Justificativa da Proposta Pesquisa-Intervenção	24
<b>2. CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO</b>	<b>32</b>
2.1. INTRODUÇÃO	32
2.2. HIPÓTESE	33
2.3. TEMA	33
2.4. PROBLEMA DE PESQUISA	33
2.5. OBJETIVOS	34
2.5.1. Objetivo Geral	34
2.5.2. Objetivos Específicos	34
2.6. JUSTIFICATIVA	34
2.7. REFERENCIAL TEÓRICO	36
2.8. METODOLOGIA	40
2.8.1. Tipo de estudo	40
2.8.2. Local e período de realização	40
2.8.2.1. Descrição do local da coleta de dados	40
2.8.2.2 Coleta de dados	41
2.8.3. Sujeitos da pesquisa	41
2.8.4. Critérios de Inclusão	42
2.8.5. Critérios de Exclusão	42
2.8.6. Técnica de Coleta de Dados	42
2.8.7. Método de análise de dados	43
2.9. ASPECTOS ÉTICOS	43
2.9.1. Análise crítica de riscos e benefícios	44
2.9.2. Medidas de proteção à confidencialidade	45
2.9.3. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	45
2.9.4. Termo de Consentimento Livre Esclarecido	45
2.10. RESULTADOS ESPERADOS	45
2.10.1. Divulgação dos Resultados Esperados	46
2.11. RECURSOS	46
2.12. CRONOGRAMA	46

<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>57</b>
<b>3. CAPÍTULO III: RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO</b>	<b>63</b>
3.1. INTRODUÇÃO	63
3.2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	63
3.2.1. Logística prévia à coleta de dados	63
3.2.2. Instrumentos de coletas de dados	66
3.2.3. Perdas e recusas	66
3.2.4. Preparação e organização do banco de dados	66
<b>4. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS</b>	<b>67</b>
<b>5. RECURSOS INVESTIDOS NA PESQUISA</b>	<b>67</b>
<b>6. PRÓXIMOS PASSOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>67</b>
<b>7. PRÓXIMOS PASSOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>68</b>
<b>4. CAPÍTULO IV: ARTIGO</b>	<b>68</b>
4.1. Introdução	68
4.2. Artigo:(Des)acomodar: Potencialidades e Entraves no Acolher em uma Estratégia Saúde da Família	68

## 1. CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

### 1.1. INTRODUÇÃO

Este diagnóstico territorial tem por objetivo trazer a visão sobre a prática profissional em consonância com a proposta teórico-prática de uma psicóloga residente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que atua na rede de saúde, na Atenção Básica de Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Marau, no estado do Rio Grande do Sul (RS).

Para contextualizar, o princípio do SUS se dá, formalmente falando, no momento em que a Constituição Federal de 1988 é implementada. Porém, a luta para que o sistema se tornasse realidade iniciou muito antes, em militâncias para que toda a população pudesse ter acesso à saúde de forma justa, igualitária e efetiva.

Desta maneira, é possível destacar que o SUS foi uma política elaborada e conduzida por profissionais da saúde, mas principalmente pela população em geral. Sendo assim, mostra a importância da união dos saberes técnicos e populares para obtenção de resultados que de modo geral, ao vermos o SUS, podem ser considerados magníficos.

Na Constituição Federal (1988) o artigo 196 afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A partir deste artigo, é plausível expor que conforme Teixeira (2011), o Estado tem responsabilidade sobre a saúde de todos os cidadãos, independente de naturalidade ou qualquer outra característica, é ele que garante a promoção da saúde, proteção dos riscos aos quais o usuário possa vir a ser exposto e também assegura o respaldo da assistência em caso de agravo ou doença.

Logo, no âmbito do SUS, a ABS se encontra em maneiras adjacentes de atuar coletiva ou individualmente. Desta forma, abrange ações de atenção integral para o cuidado dos cidadãos, sendo que envolve a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, o tratamento, a manutenção da saúde e ainda redução de danos (BRASIL, 2017).

A ABS, conforme descrito no parágrafo anterior, precisa ser melhor explicitada, pois quando se lê o conceito básico, este pode ser mal interpretado e a ideia é que se compreenda que é o início do processo de cuidado, ou ainda parte do processo de saúde. Dentro da palavra básico se tem a possibilidade de “travar”, postergar a “abertura” de algumas portas, como a da doença, para que possa haver por exemplo, apenas a prevenção dela, o cuidado e a promoção de saberes e

conhecimentos que são base para uma saúde de qualidade. Sendo assim, o conceito básico, nada mais é do que o alicerce para o aprendizado, como produzir cuidado, saúde e bem estar.

Dentro da ABS visualiza-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que considera-se o “fio condutor” dos fazeres de saúde, onde se encontram profissionais de saúde que atendem as demandas e necessidades que visualizam dentro do seu espaço de atuação. A família atendida pelos profissionais das ESFs é vista na sua integralidade e ainda sistemicamente, sendo considerada dinâmica e suscetível a crises, é olhada considerando o ambiente em que habita (BRASIL, 2013).

Dentro deste contexto, as Residências Multiprofissionais foram criadas a partir da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que “Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)”. Constituindo-se uma pós-graduação *lato sensu*, indicada para profissionais da área da saúde, no formato de especialização em uma área profissional qualificada por educação em serviço, sendo necessário dedicação exclusiva, contando com supervisão docente-assistencial (BRASIL, 2005).

Considerando que os profissionais implicados diariamente nos processos de trabalho, em qualquer que seja a área de atuação, são incluídos no todo e as necessidades de mudança nos processos se tornam, aos poucos, imperceptíveis. Há a institucionalização dos corpos, conforme Foucault (1987) descreve em sua obra *Vigiar e Punir*, pode-se dizer que as normas e regras do local são postas, normalizadas e os discursos se desenvolvem a partir daquilo que já está “dado”, pode ser raro haver o questionamento das ações realizadas, tendo tendência de se dar continuidade aos processos rigorosamente similares.

Acredita-se que ao serem pensadas as Residências Multiprofissionais, foi cogitado e projetado algo onde os saberes pudessem ser compartilhados, assim como a própria prática, e que este compartilhamento pudesse de tempos em tempos, fazer com que a prática do cuidado, de cada profissional que atua na ESF de forma contínua e diária, fosse questionada. A questão faz com que o profissional passe a refletir seu trabalho e principalmente seu papel enquanto profissional atuante no cuidado dos usuários.

Conforme Pulga *et al.* (2022) a Residência Multiprofissional da UFFS, teve início durante algumas percepções e visualização de potencialidades da ampliação das extensões formativas para o interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) esteve envolvido no processo para que tal projeto se efetivasse, tornando realidade.

“O programa de Residência Multiprofissional da UFFS desenvolveu-se num período de dois anos, perfazendo uma carga horária de 5.760 horas, articulando a formação em serviço na Prática Profissional, atividades teórico-práticas e atividades teóricas no Campo da Atenção Básica, Saúde da Família, Comunidade e Saúde Coletiva, efetivando as ações nos Núcleos Profissionais da Enfermagem, Farmácia e Psicologia.” (PULGA *et al.*, 2022, p.75).

No município, o cenário prático da Residência Multiprofissional se concentra em duas unidades de saúde, sendo elas a ESF São José Operário e a ESF Santa Rita. Desta forma, é possível visualizar neste trabalho o diagnóstico territorial do cenário de atuação, que permitirá identificar as necessidades e situações problema que apresentem relevância, para elaboração de projetos de pesquisa e intervenção, para a população que é atendida na ESF Santa Rita.

## 1.2. CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

### 1.2.1 O Município de Marau: História e Indicadores

Conforme Monken *et al.* (2008, p.3) “no processo de construção do espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a este.” Desta maneira, a autora se utiliza do seu olhar e do dos usuários para poder descrever o território da forma mais próxima a realidade que vivem e percebem no cotidiano.

A prática profissional da Residência Multiprofissional acontece na cidade de Marau no RS, com estimativa de população elaborada pelo Ministério da Saúde em 2021, de 45.523 habitantes residentes no município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2017).

A cidade apresenta 87,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 86,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

Através de busca realizada na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), é possível observar que, por exemplo, a renda média domiciliar per

capita em 2010, era de R\$ 979,81, o que supera, quase duas vezes o salário mínimo da época de R\$ 510,00 (DEBIT, 2010). Dados que justificam o desenvolvimento e crescimento empreendedor da cidade.

Já a proporção de idosos residentes em domicílios na condição de outro parente era de 15% em 2010, o que demonstra que a cidade tem envelhecido e os olhares precisam estar atentos a este envelhecimento e as necessidades destes indivíduos.

Na área de saúde, observa-se que as unidades de saúde ofertam serviços gratuitos para toda a população de Marau (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAU, 2021). Sendo que em relação à saúde mental, conforme o DATASUS, em 2021 foram notificados 47 casos de violência interpessoal/autoprovocada no Município.

Pela história do município:

a população atual formada pelos descendentes dos imigrantes vênets e de etnias como portuguesa, alemã, africana, polonesa, entre outras, gerou os novos filhos de Marau” e a cidade “está mesclada pela inserção de novas etnias e migrantes dos estados brasileiros e do próprio Rio Grande do Sul (FEDERIZZI E WOHLFART, 2015, p.7)

O município leva o nome de Marau pelo fato da história de um cacique chamado Marau, que morreu lutando em uma batalha, que fica clara na poesia “Marau de Hermínia Poletto” retirada de “Marau Ontem e Hoje” de (ALBERTO DISARZ, 1972 *apud* FEDERIZZI E WOHLFART, 2015, p.3), “Os colonos se apossam da liberdade do índio”, “combates se travam e lutas de sangue e o cacique se vai se foi despejado” e ainda “Ficou só o nome cacique Marau lembrando o herói da tribo charrua da cidade que é sua”.

Marau conta com um característico ramo industrial, que se desenvolveu inicialmente no ramo da agroindústria com a fabricação de "salame", embutido feito com a carne de suínos. A partir deste, outros empresários iniciaram as suas atividades e hoje é possível visualizar uma gama de indústrias dos mais variados portes e campos de atuação.

A partir da evolução industrial nos diferentes ramos foi criado o Projeto Caminho das Águas e Sabores (gastronomia, natureza, cultura e lazer) que segundo Prefeitura Municipal de Marau, 2022a:

nasceu da iniciativa de vinte empreendedores rurais, e beneficia indiretamente outros tantos, buscando a diversificação de atividades, promovendo crescimento de forma

sustentável, através da valorização das belezas naturais, dos costumes, da história e das potencialidades locais.

Existe ainda a Rota das Salamarias que segundo o site do município “é um mundo de autenticidade, refletindo no cotidiano a herança cultural dos antepassados que construíram essa terra, hábitos e estilo de vida preservados do nosso povo” (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2022b).

Compreende-se que Marau é uma cidade de conquistas e lutas, que foram muitas as mãos pelas quais a história do município passou e ainda passará. Pode-se dizer também que as pessoas que escreveram “o livro até aqui” foram inovadoras, criativas e esperançosas, pensar no futuro não parece ter sido um problema para elas, mas uma forma de incentivo para abertura de espaço para o investimento de trabalho, cultura e lazer.

A partir da leitura da história de Marau, é plausível fazer alusão a vida humana, mais especificamente a relação mãe-bebê vista por alguns teóricos psicanalistas como Winnicott, de quando uma mãe investe no seu filho, percebe-se que a cidade foi constituída por “boas mães”, que investiram e perceberam que quanto mais investir, mais potencialidades poderiam ser expressas. Além disso, houve um terceiro que cortou a “simbiose” que essa mãe (governos/comunidade) possuía e deu abertura para que novos ramos industriais pudessem entrar na história e assim hoje é uma cidade desenvolvida e cheia de potencialidades para dar continuidade em seu amadurecimento enquanto município, com destaque e bons exemplos.

#### 1.2.2. Descrição da Saúde do Município

Conforme o Plano Municipal de Saúde elaborado pela Prefeitura Municipal de Marau (2021) a cidade de Marau conta com 12 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que garantem 100% de cobertura no atendimento da população. Distribuídas pelas diferentes regiões da cidade, as ESFs são responsáveis pelo atendimento da população adscrita a um determinado território aqui compreendido para além do espaço geográfico, mas como o espaço onde a vida acontece.

Nas ESFs, toda a comunidade pode contar com o serviço dos seguintes profissionais: médico clínico geral, enfermeira, técnica em enfermagem, auxiliar administrativo, dentista, auxiliar de dentista, psicólogo, agente comunitário de saúde e auxiliar de limpeza, sendo que alguns dos profissionais, têm contrato de trabalho diferenciado e não ficam nas ESFs em tempo integral. Logo

os profissionais farmacêuticos se encontram em apenas cinco dos pólos existentes no município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021).

Na rede municipal há ainda uma equipe chamada de especialidades onde atuam um médico ginecologista, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Também conta com o Centro da Criança onde atuam dois pediatras, uma enfermeira consultora em amamentação e uma técnica de enfermagem. Nesse local são realizados testes de triagem neonatal e vacinas específicas para as crianças (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021).

A população conta ainda com um local de atendimento, chamado de Apoio junto a ESF Central I e II, onde os atendimentos das demandas que excedem a capacidade de todas as ESFs são centralizadas e possui horário de atendimento estendido. Já, em casos de emergência e urgência, a população conta com o Hospital Cristo Redentor, que também atende pelo SUS, e com o Hospital São Lucas, na rede privada (convênios ou particular).

Na Secretaria Municipal de Saúde, localiza-se também a Vigilância em Saúde a qual se organiza em quatro áreas de atuação: epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e ambiental. Esse setor é de extrema importância para fiscalização, coleta de dados e controle das variadas formas de agravos transmissíveis e não transmissíveis que afetam a saúde da população.

No Plano Municipal de Saúde também consta o setor de sintomas gripais que foi criado a partir do surgimento do coronavírus (COVID-19), uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. No Brasil, o vírus se alastrou em escala crescente em 2020 e tomou proporções pandêmicas, sendo que todos os serviços de saúde precisaram adaptar suas maneiras de atuação e cuidados. No município de Marau não foi diferente, o setor público de saúde necessitou adequar uma equipe para poder suprir as demandas específicas que o vírus tem proporcionado (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2021).

Na área de saúde mental, existe no momento, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), porém percebe-se que alguns dos profissionais, que se encontram no local, possuem dificuldade de compreender o serviço e propor grupos de trabalho. Além disso, a falta de profissionais especializados, como médico psiquiatra e psicólogo, faz com que o serviço somente exista e não seja efetivo dentro da rede de saúde.

Considerada *cidade educadora*, por realizar investimentos e se preocupar com assuntos no ramo educacional, possui trinta escolas dentre elas onze municipais, quatro estaduais, doze de educação infantil, um Centro Estadual de Educação para Jovens e Adultos - CEEJA e duas escolas são particulares (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021).

Além disso, há um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), um Conselho Tutelar, uma Delegacia de Polícia, uma Brigada Militar, uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), um Projeto AABB Comunidade que desenvolve atividades para as crianças, no contraturno escolar.

### 1.2.3. Descrição da Saúde do Cenário de Prática - ESF Santa Rita

Segundo informações coletadas através de entrevistas com usuários do território, antes da estrutura física da Unidade de Saúde da ESF Santa Rita existir, haviam algumas pessoas de cada parte da cidade, que recebiam cursos e auxiliavam nos cuidados da população. Os chamados voluntários de saúde, se deslocavam até as residências para realizar procedimentos em saúde, como injeções e curativos. A esterilização dos materiais era realizada pelos próprios voluntários, na residência dos usuários ou até mesmo dos voluntários.

No decorrer do tempo, surgiu uma comoção no território e com a necessidade de haver atendimento qualificado, os moradores junto de algumas lideranças realizaram movimentos para que fosse inserido uma unidade de saúde local. Sendo assim, a comunidade da Igreja Católica Santa Rita realizou a cedência do salão comunitário para a saúde do município.

Em 2002, a partir de um salão de festas da comunidade nasce a estrutura que existe hoje da ESF Santa Rita conforme Figura 1, sendo que possui divisórias de material sem isolamento acústico, mas que naquele momento da história da saúde, não pareceu problema.

Figura 1 - ESF Santa Rita



Fonte: fotografia registrada pela autora (2022).

Passados mais de 20 anos, a atual estrutura da ESF Santa Rita não comporta mais espaço físico para as necessidades da população. Faltam salas para realização das atividades, algumas precisam ser compartilhadas, mas acabam não sendo opções plausíveis, por exemplo o acolhimento psicológico ocorre, por vezes na sala da Odontologia ou Imunização, sendo que conforme já observado e vivenciado, causam prejuízos para o bom andamento do serviço.

Desta forma, a partir de nova mobilização da comunidade, representada pelo Conselho Local de Saúde, a atual gestão municipal buscou recursos por meio de uma emenda parlamentar para viabilizar o projeto para a construção de uma nova unidade de saúde, o qual se encontra em andamento. A previsão para o término e entrega da obra é início do ano de 2023 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2022c).

No cenário da ESF, a Residente Multiprofissional em Saúde tem a possibilidade de desenvolver a prática profissional. A carga horária realizada na unidade é de 40 horas semanais, sendo que as atividades iniciam às 7 horas e 30 minutos e finalizam às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

Na ESF os agendamentos de consultas médicas e odontológicas podem ser realizados através de uma central de teleagendamento (156), o usuário pode ligar a partir das 6 horas da manhã e solicitar agendamento de consulta. Logo, na parte da tarde a agenda é destinada para grupos prioritários, tais como idosos, crianças, gestantes e saúde mental, no caso da odontologia, são priorizados retornos. Tendo dois turnos para avaliação de resultados de exames, sendo que nestes turnos os usuários podem acessar o serviço para análise dos exames e em caso de bons resultados, não precisam passar por novo agendamento de consulta médica, recebendo orientações de Enfermeiras e Farmacêuticas, sobre o que é necessário fazer a partir daqueles resultados.

Durante a semana as práticas são separadas entre: Vigilância em Saúde, Saúde da Mulher e Criança, Puericultura, Acolhimento Psicológico, Educação em Saúde, Ambulatório, Supervisão e Visita Domiciliar. O acolhimento multidisciplinar não é algo que se encontra no planejamento semanal dos residentes, mas por vezes acabam realizando combinações e atendendo demandas em conjunto com outros residentes ou outros profissionais.

No período de Vigilância em Saúde, no primeiro semestre da residência, foi possível realizar algumas notificações sobre os agravos em saúde, tais como violência autoprovocada e dengue, assim como realizar e acompanhar o preenchimento, o envio e encaminhamento dos formulários sobre estas notificações. Sendo que, observa-se na unidade a informação e orientação para realização das notificações, mesmo assim há subnotificação de algumas delas, pelas altas demandas

do cotidiano profissional, como exemplo, observa-se que as notificações de diarreias acabam, por vezes, sendo esquecidas. Logo, no turno de vigilância, também ocorre o rastreamento e a busca ativa de algumas usuárias quanto a realização de coleta de preventivo, mamografia e outras questões de saúde.

No turno de saúde da mulher, criança, pré-natal e puericultura realizam-se interconsultas compartilhadas, sendo que estas ocorrem durante os exames de coleta de preventivo, consultas médicas, realização de procedimentos como curativos, triagem e testes rápidos.

As práticas de supervisão da psicologia, são momentos em que é possível discutir casos e traçar conjuntamente, com preceptoria, ideias e hipótese para elaboração de um Plano Terapêutico Singular (PTS) com os pacientes, assim como falar sobre os acolhimentos psicológicos, como foram realizados e quais serão os próximos passos para dar seguimento ao tratamento ou devidos encaminhamentos.

No período de educação em saúde elabora-se, com os outros residentes, planejamento de atividades para serem desenvolvidas com a população. Entre algumas das atividades que são realizadas, se destacam Cards informativos (Figuras 2 e 3), para serem postados nas redes sociais da ESF, sobre temas em saúde para a população. Além disso, é possível destacar a confecção de mural (Figura 4), com temática relevante, para ser exposto na entrada da unidade, com intuito de informar e/ou atualizar os usuários sobre como prevenir alguma doença e outras questões pertinentes. Nesse espaço da prática profissional, são cogitados também iniciação e criação de grupos, como grupo de mulheres, de gestantes e a partir disso, o delineamento das atividades que serão realizadas para intervenção.

Figura - 2



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Figura - 3



Fonte: elaborado pela autora (2022);

Figura - 4



Fonte: fotografia retirada dos arquivos da ESF Santa Rita (2022).

No primeiro semestre da residência, foi iniciado um grupo de caminhada (Figura 5), que ocorre todas às quartas-feiras às 15 horas e 30 minutos no campo do bairro. Foi criado ainda, o grupo de mulheres, mas no primeiro encontro não houve adesão, às residentes estão verificando junto a equipe sugestões para que as mesmas possam sentir-se motivadas a participar.

Figura - 5



Fonte: fotografia registrada pela autora (2022).

Durante as visitas domiciliares realizamos escutas, sendo possível destacar a visão de cada profissional no dia do atendimento, em discussão de caso e/ou em reunião que ocorre, semanalmente, nas sextas-feiras das 13 às 15 horas, onde se realizam algumas discussões para qualificar o PTS dos usuários, propor reunião em família, modificação nas estratégias de atendimento ou tratamento, assim como outras demandas pertinentes.

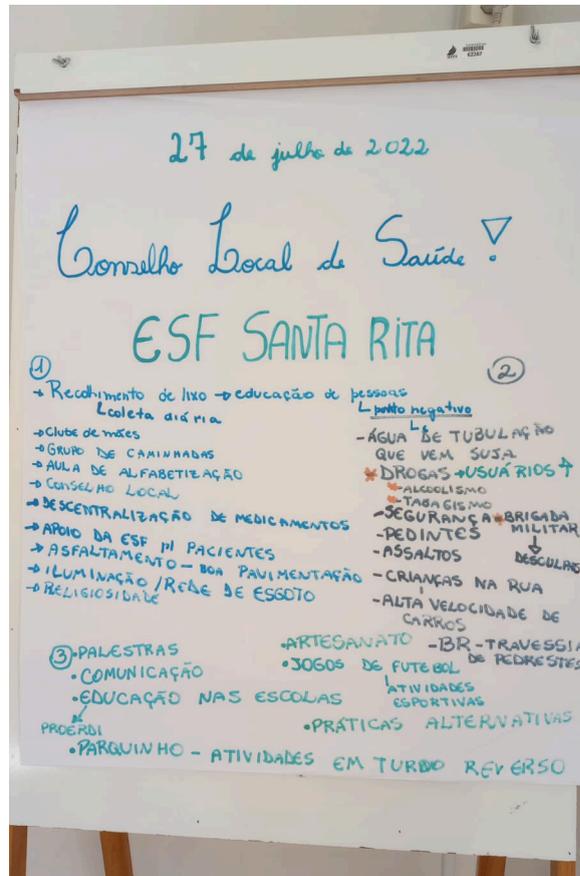
No cenário de prática, há um Conselho Local de Saúde, que no momento vem sendo reativado. Nos dois últimos anos, o mesmo esteve inativo, pois durante a pandemia de COVID-19 todas as atividades foram suspensas. Neste ano de 2022, com o plano vacinal em relação a COVID-19 em dia e os devidos cuidados em relação ao vírus, foram realizadas duas reuniões (Figuras 6 e 7) para que as pautas e questões de saúde fossem reativadas e a expectativa é de que o Conselho volte atuante no território, podendo auxiliar nas demandas que forem necessárias.

Figura - 6



Fonte: fotografia retirada dos arquivos da ESF Santa Rita (2022).

Figura - 7



Fonte: fotografia registrada pela autora (2022).

### 1.3. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE E PERFIL DA POPULAÇÃO QUE À UTILIZA

Segundo dados retirados do Sistema de Informações G-MUS, em junho de 2022, a ESF Santa Rita possui 2.572 usuários cadastrados. Sendo que 1.222 são do sexo feminino, 1.347 masculino e 3 foram considerados ignorados. O sistema não possui indicadores sobre a classe LGBTQIAP+, então não temos dados sobre essa população. Dentre estes indicadores, 458 são crianças (0 a 12 anos), 218 são adolescentes (12 a 18 anos) e 316 são idosos (acima de 60 anos).

No território há distribuição de energia elétrica pela Rio Grande Energia (RGE) e de água pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN).

A Brasil Foods S.A (BRF) (Antiga Perdigão), uma empresa frigorífica, faz parte do território e é uma das maiores fontes de renda da população local e como nesta empresa há oferta

de planos de saúde aos seus colaboradores, o acesso destes trabalhadores à ESF é menor do que a população em geral.

A partir das vivências práticas da residente psicóloga, na unidade de saúde ESF - Santa Rita, observa que a população possui um perfil diverso. No território há parte dos usuários, idosos e outros jovens, sendo que onde se encontram os idosos as residências são geralmente casas, em sua maioria de alvenaria. Diversos terrenos possuem construção de duas casas, pois os terrenos, segundo os próprios usuários, foram “mal divididos”, alguns com mais área em comprimento, sendo nestes terrenos onde geralmente existem duas casas construídas. Logo em outra parte do território há, na maior parte, apartamentos com população em que as ACSs não têm tanto controle, nem acesso das informações, pois os usuários trabalham em horário comercial e as agentes acabam tendo dificuldade de obter informações necessárias para o devido cadastramento, sendo assim os dados acabam não tendo total fidedignidade.

O território é dividido em cinco microáreas: 19, 21, 22, 41 e 47; cada ACS é responsável por uma destas. Em conversa com as ACS, cada uma delas pôde descrever como enxerga a área em que atua. A microárea 19 não possui ACS contratada no momento, mas a gestão da unidade e as próprias agentes, se organizaram para atender a demanda, pois perceberam que não há planos para que haja breve contratação, sendo assim, duas agentes, de áreas menores, dividem-se para atender a população da mesma.

Na microárea 19, percebe-se que os usuários são diversificados, mas o que prevalece é o público idoso, com hipertensão, diabetes e uso de antidepressivos. A região 21 abrange também a população idosa, sendo estes na maior parte proprietários das casas em que residem, que moram a mais tempo no território, trabalhadores da empresa BRF, pessoas com hipertensão e diabetes.

Para a ACS da microárea 22 o público que mais visualiza é idoso, com hipertensão, diabetes e questões de saúde mental, assim como relação com drogadição. Assim sendo, na microárea 47 a ACS refere verificar muitas pessoas idosas, com hipertensão, diabetes, depressão e outras questões de saúde mental, onde vê também muitos usuários do serviço com estreita relação com a drogadição e o tráfico das substâncias.

Logo para a ACS da área 41, as pessoas têm perfil bastante diferenciado, tendo também empresas de variados ramos, em desenvolvimento, porém destaca a existência da maior parte do público ser jovens e crianças, com hipertensão e uso de antidepressivos.

Diante disso, percebe-se que a população é diversa e necessita olhar adequado em todos os ciclos de vida, fases de desenvolvimento e contexto social em que vivem. Sendo que, todo o sujeito

é singular e tem suas questões subjetivas e individuais que podem ser avaliadas e repensadas pela equipe da ESF, para que o melhor possa ser feito para cada um deles.

Há um local chamado de beco no território, considerado ponto de tráfico de drogas. A comunidade tem consciência da existência, as ACSs tomam cuidado quando vão próximo ao local, nas casas das pessoas que moram por esse espaço, não deixam ninguém desassistido e de modo geral se sentem seguras, pois as pessoas respeitam muito os profissionais de saúde. Percebe-se que pelo fato de haver poucos locais de lazer na comunidade, os adolescentes e crianças ficam expostos a riscos e ao vício.

Percebe-se ainda através de dados retirados do sistema G-MUS, em junho 2022, que dentro do território há pessoas que estão gestantes (25), fumantes (166), fazem uso de álcool (47), fazem uso de drogas (16), com hipertensão arterial (372), diabetes (98), tuberculose (3), tiveram AVC/derrame (18), infarto (5), tiveram ou têm câncer (27), alguma internação nos últimos 12 meses (52), fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problemas de saúde mental (51), acamados (2), domiciliados (9) e também usuários que usam plantas medicinais (241).

Na área de saúde mental é perceptível a incidência de pessoas com algum comprometimento psicológico e principalmente, que por pensamentos, planos e/ou tentativas suicidas fazem uso contínuo de medicação ou procuram o acolhimento. Até o final do mês de maio, foram realizados pela psicóloga residente, nas segundas-feiras à tarde, por demanda espontânea ou encaminhamento de médico, 14 acolhimentos psicológicos. Destes acolhimentos, 50% tinham alguma questão relacionada ao suicídio. Destaca-se também que algumas destas pessoas não teriam tido pensamentos recentes, mas no passado.

Em acolhimento psicológico, houve incidência em situações trazidas por mães que trouxeram questões atuais dos filhos. Tais circunstâncias têm relação a dificuldade de aprendizagem ou comportamento agressivo na escola. No entanto, durante a entrevista percebe-se que estas mulheres possuem questões a serem trabalhadas, pois por vezes estão insatisfeitas com o relacionamento ou têm questões com o passado delas mesmas que não foram elaboradas. Foram realizados 4 acolhimentos psicológicos em que a queixa inicial estava relacionada ao comportamento do filho na escola, porém durante entrevista percebeu-se que estas mulheres estavam fragilizadas e tinham questões delas implicadas, como estar em relacionamentos tóxicos, não aceitação da fase de desenvolvimento que a criança se encontrava, entre outras.

Não somente a partir das entrevistas realizadas em acolhimento psicológico, mas em atendimentos acompanhados em interconsulta de coleta de preventivo, visualiza-se também uma

série de argumentos relacionados à insatisfação conjugal em um relacionamento heteroaferivo. Por vezes, as mulheres relatam que não gostam de seus companheiros, da forma que os mesmos as tratam, da falta de desejo por aquela pessoa, das dificuldades encontradas quando pensam em desistir de estar com aquela pessoa, um dos motivos mais relatados é a existência de filhos e por acreditar não possuir dinheiro para criá-los sozinhas, assim como por medo dos julgamentos familiares e sociais.

Há ainda muitas pessoas em condição domiciliar, sendo que não podem sair por questões de saúde, tendo dificuldade de locomoção até a ESF. Assim, há a necessidade da equipe de saúde se deslocar até a residência do usuário em visita domiciliar.

A ESF possui bom diálogo com a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato (uma das maiores escolas de ensino fundamental do município) e também recebe encaminhamentos de crianças com dificuldades de aprendizagem, afetivas e emocionais em relação a família ou mais variados motivos, que dificultam o desempenho acadêmico do usuário. No entanto, a Escola Municipal de Ensino Infantil Mágico de OZ é um ponto da rede que possui diálogo, mas parece não compreender a necessidade deste. Após encaminhamento a questão não tem mais relação com os seus serviços.

Na escola Afonso Volpato já foram realizadas palestras (Figuras 8 e 9) sobre o Uso Racional de medicamentos, momento em que aproveitamos para falar sobre a importância do autoconhecimento para a iniciação de uma vida sexual segura.

Figura 8



Figura 9



Figuras 8 e 9 - Fonte: fotografia retirada dos arquivos da ESF Santa Rita (2022).

Além de tudo, o território possui mais algumas potencialidades que merecem destaque, como um Clube de Mães (Abelhinhas), grupos religiosos, grupo de idosos e grupo de alfabetização que são ativos na comunidade.

Em relação ao acolhimento por demanda espontânea, ele não existe efetivamente. A equipe acolhe algumas demandas que surgem no decorrer dos dias, mas essas demandas são acolhidas, na maior parte, por solicitação de que há uma urgência por parte do usuário ou profissional que teve contato, porém não há um espaço para escuta de demanda espontânea, uma agenda para este fim. Por vezes, essas demandas surgem na sala de triagem quando as pessoas estão em atendimento com técnico de enfermagem analisando seus sinais vitais.

Desta maneira, percebe-se que no pouco espaço de tempo que é ofertado o usuário relata situações e solicita apoio, por vezes de forma clara e objetiva, outras vezes de maneira camuflada e somente uma escuta atenta e qualificada para compreender a necessidade de um acolhimento ou encaminhamento daquela demanda. Mas se este espaço não existe, não se sabe quanto tempo o usuário irá conviver com esta "dor"/"demanda" para procurar ajuda, nem mesmo se terá condições de procurar apoio.

#### 1.4. IDENTIFICAÇÃO E BREVE CARACTERIZAÇÃO DO TEMA

##### 1.4.1 Justificativa da Proposta Pesquisa-Intervenção

Conforme Benevides “é no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível” (2005, p. 4). Desta forma, no decorrer dos processos de trabalho, visualizam-se percalços, e é a partir destes que compreende-se a necessidade de olhar para os processos de acolhimento da unidade de saúde.

O acolhimento na área da saúde pode ser compreendido como diretriz ética/estética/política constitutiva das formas de fazer saúde, é também uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualidade de escuta, elaboração de vínculo, garantia de acesso com responsabilidade e resolutividade nos encargos (BRASIL, 2010).

O momento pós pandêmico também é um dos fatores que têm mostrado a importância do acolhimento, pois conforme Cartilha do Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na

COVID-19: Reconstrução Pós-desastres e Emergências em Saúde Pública “o cuidado aponta para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais global, tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser isolado” (BRASIL p.15, 2022).

Dentro do acolhimento a escuta é uma das principais estratégias e além disso acrescento a ideia de neste quesito o ideal é “incentivar o sujeito a narrar a sua história, o que está lhe acontecendo? Incentivar o sujeito a pensar saídas, a construir projetos. Ajudar o sujeito a acessar a rede de serviços (educação, SUAS, trabalho) e também suas redes de apoio.” (BRASIL, p.17, 2022)

Desta maneira, analisar as formas de acolhimento da unidade e as possíveis mudanças neste processo, havendo possibilidade de criar fluxogramas ou ferramentas tecnológicas, que possam auxiliar na configuração de atendimento destas demandas. Para que o acolhimento seja efetivo e realizado por todo e qualquer profissional, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização o acolhimento não tem hora, nem local para acontecer, mas precisa poder ser realizado por todo e qualquer profissional, que consiga ser protagonista de suas ações e dar respostas adequadas ao usuário que procura atendimento, independente de o paciente ter ou não horário agendado (BRASIL, 2010).

Espera-se que o profissional de saúde desenvolva uma comunicação assertiva, com coerência entre sentimentos, pensamentos e atitudes e que tenha um objetivo. A assertividade no atendimento na APS traz enormes vantagens nas relações interpessoais, já que permite que todos se expressem de forma sincera, clara e honesta. Isso, porém, não é motivo para que se percam os papéis de profissional e paciente, pois cabe a cada um manter sua postura e a preservação da competência e segurança, e permite-se (tão somente) ao outro a fragilidade e o desespero. (FERNANDES, MOURA, DIAS, *et al.* p.70, cap. 8, 2021).

A proposta de pesquisa-intervenção se dá pelo fato de ter-se observado algumas questões na sala de espera dos atendimentos na ESF Santa Rita e a partir disso questionou-se: “este atendimento é uma forma de acolher os usuários?”.

É observável que a maioria das demandas são atendidas, mas por vezes, os retornos entregues pela equipe são insatisfatórios ou questionáveis. Relato aqui uma situação para melhor ilustrar as indagações sobre o acolhimento:

- É sexta-feira e após a reunião de equipe, entra um usuário na unidade de saúde, refere querer requerimento para exames, os mesmos são entregues e as orientações sobre como proceder são fornecidas.
- Após explicação, o usuário começa a chorar, sem saber o porquê de tal fato, o atendente refere que é aquele o processo e não propõe fazer nada para mudar.
- O usuário saiu da unidade de saúde chorando, com os papéis nas mãos.

Com tal fato questiona-se, o usuário compreendeu as orientações? Será que o desfecho deste atendimento poderia ter sido diferente? E se houvesse um treinamento para quem recepcionou esta pessoa ou até mesmo uma orientação para que encaminhasse tal usuário para um profissional para acolher sua demanda? Talvez fazer uma escuta mais atenta, podendo o usuário sair mais calmo e o serviço ter condições de saber que este compreendeu todas as informações prestadas e que todo o apoio e orientação possível teria sido entregue.

Desta maneira, pode-se dizer ao mesmo tempo que a comunicação precisa ser melhor trabalhada, sendo que os elementos da comunicação, tais como receptor, emissor, mensagem, canal e efeito precisam estar alinhados e em dissonância no dia a dia do profissional da área da saúde.

Apesar de parecer simples, nem sempre esses elementos interagem entre si da maneira esperada e aí surgem os ruídos, ou seja, tudo aquilo que causa uma dificuldade ou perturbação no processo de comunicação. O ruído de alguma maneira perturba o envio e/ou a recepção da mensagem.” (FERNANDES, MOURA, DIAS, *et al.* p. 69)

Compreende-se que os processos de trabalho, independente da área de atuação, precisam ser constantemente atualizados e readequados. Desta maneira, este trabalho poderá fortalecer o vínculo dos profissionais para com os usuários e ainda entre os próprios profissionais que conhecerão melhor os processos de trabalho e as formas de acolher e/ou comunicar algo para o usuário.

A proposta de pesquisa se justifica pelo fato de verificar através de observações e discussões realizadas até início do mês de agosto de 2022, algumas possíveis causas para não haver um acolhimento de demanda espontânea que precisam ser melhor analisadas, como entender acolhimento como triagem, pouca capacitação dos profissionais para tal tarefa, altas demandas que sobrecarregam profissionais, falta de compreensão coletiva sobre importância do acolhimento, falta de profissional destinado para atender demandas espontâneas, desorganização no fluxo de trabalho,

retrocesso no modelo de ABS e saúde mental sendo visto cada vez mais um modelo de atenção voltado para um pronto atendimento.

Logo, como consequência de um processo de trabalho não pautado pela lógica do acolhimento, podem ser encontrados problemas em relação ao tema, tais como: sobrecarga da rede, resistência na adesão do tratamento proposto, usuário buscar orientação externa, sem ser uma orientação profissional e a falta de resolutividade.

Desta maneira a ideia é que o trabalho possa responder algumas das seguintes perguntas: Como acontece o acolhimento na equipe de saúde? Como o acolhimento é compreendido pelos profissionais de saúde? Como o acolhimento pode ser melhorado na ABS?

**Além disso, de modo embrionário é possível descrever que a metodologia de pesquisa terá abordagem qualitativa, tendo como público alvo os trabalhadores da equipe de saúde. Como proposta de intervenção esse estudo prevê a realização de encontros de educação permanente sobre o tema do acolhimento, com a finalidade de ampliar a reflexão e repensar as formas de organização do trabalho, elaborando fluxos e propostas para o acolhimento dos usuários. As ferramentas utilizadas na pesquisa podem incluir “diário de bordo”, registros dos encontros, entrevistas e questionários. Também pode-se pensar em um estudo comparativo com outra equipe da ESF do município, que não conte com residentes para analisar as diferentes formas de organização do trabalho.**

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Regina.; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)>. Acesso em: 26 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental nº 34/DF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 02 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). - Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 02 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. CABRAL, Károl Veiga. Cartilha Curso Nacional de saúde mental e Atenção Psicossocial na COVID-19: Reconstrução Pós-desastres e Emergências em Saúde Pública. **O momento atual da Síndemia**. Módulo 1. Editora FIOCRUZ, Brasília, 2022.

DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS [2022]**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>. Acesso em: 09, maio 2022.

FEDERIZZI, Roberta Bassani e WOHLFART, João Alberto. **Salame: uma história de sucesso em Marau**. Passo Fundo: Berthier, 2015.

FERNANDES, Carmen Luiza C.; MOURA, Isabel Cristina D.; DIAS, Lêda C.; *et al.* **Saúde mental na atenção primária: abordagem multiprofissional**. Editora Manole, 2021. 9786555766776. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555766776/>. Acesso em: 29 mai. 2022.

FOUCAULT, Michel . *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

MONKEN, Mauricio *et al.* O território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In.* Miranda, Ary Carvalho de *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.23-41.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal De Saúde** [2021]. Acesso em 04 junho de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Caminho das Aguas e Sabores**. Prefeitura de Marau [2022a]. Disponível em <http://www.pmmarau.com.br/caminho-das-aguas-e-sabores>. Acesso em: 02, maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Rota das Salamarias**. Prefeitura de Marau, [2022b]. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/rota-das-salamarias>. Acesso em: 02, maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Notícias**. Obra do novo posto de saúde no bairro Santa Rita entra em nova fase. [2022c]. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/noticias-geral/829-obra-do-novo-posto-de-saude-no-bairro-santa-rita-entra-em-nova-fase>. Acesso em: 24, maio 2022.

PULGA, Vanderleia Laodete *et al.* Percursos Colaborativos na Implantação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica em Marau - RS. *In.*: Pulga, Vanderléia Laodete (org.) *et al.* **Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho**. Organizadores: Vanderléia Laodete Pulga, Shana Ginar da Silva, Fabiana Schneider e Ricardo Burg Ceccim. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.p.67-83.

DEBIT. **Tabela do Salário Mínimo**. Debit [2022]. Disponível em [https://www.debit.com.br/tabelas/tabela-completa.php?indice=salario\\_minimo](https://www.debit.com.br/tabelas/tabela-completa.php?indice=salario_minimo). Acesso em: 27 maio 2022.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: Bahia, 2011.

## RESUMO

Trata-se de um projeto de pesquisa intervenção a ser realizado como parte do trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), tem como tema o acolhimento aos usuários/as em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do norte do estado do Rio Grande do Sul (RS). Possui objetivo de analisar como se dá o acolhimento aos usuários/as de uma ESF, as percepções da equipe e os fluxos de atendimento na perspectiva de contribuir na construção de propostas de organização do processo de acolhimento. A metodologia utilizada será qualitativa de caráter descritivo, tipo estudo de caso. Será realizada no período de abril a dezembro de 2023, tendo como público alvo os trabalhadores da equipe da ESF Santa Rita. Os resultados obtidos com a coleta de dados, realizada através de instrumento de pesquisa sociodemográfico e diário de bordo, serão processados pelo método da análise de conteúdo. Espera-se que este trabalho mobilize a equipe de saúde e motive a qualificar o processo de acolhimento no local em estudo.

Palavras Chave: Acolhimento; Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This is an intervention research project to be carried out as part of the final work of the Multidisciplinary Residency in Health with an emphasis on Primary Care at the Federal University of Fronteira Sul (UFFS), with the theme of welcoming users in a team of the Family Health Strategy (ESF) in the north of the state of Rio Grande do Sul (RS). It aims to analyze how users of an ESF are welcomed, the team's perceptions and service flows with a view to contributing to the construction of proposals for organizing the welcoming process. The methodology used will be qualitative and descriptive, case study type. It will be held from April to December 2023, with the target audience being ESF Santa Rita team workers. The results obtained from data collection, carried out through a sociodemographic research instrument and a logbook, will be processed using the content analysis method. It is hoped that this work will mobilize the health team and motivate it to qualify the reception process in the place under study.

Key Words: Reception; Primary Care, Family Health Strategy.

## 2. CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

### 2.1. INTRODUÇÃO

Este Projeto de Pesquisa-Intervenção integra o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade Federal da Fronteira Sul. Trabalho oriundo da inserção de residentes na Atenção Primária à Saúde no município de Marau no Rio Grande do Sul (RS). Esta vivência consiste na pesquisa de uma psicóloga residente na Estratégia Saúde da Família Santa Rita.

Conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), este abrange ações de atenção integral para o cuidado dos cidadãos, envolvendo a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, o tratamento, a manutenção da saúde e ainda redução de danos (BRASIL, 2017). Vê-se a importância da Atenção Básica (AB), que busca resolutividade desde o primeiro momento em que o usuário entra na porta da unidade de saúde (MENDES, 2015).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a porta de entrada, coordenadora e condutora da articulação das ações e serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS) com os demais pontos e dos serviços de saúde do SUS, onde estão profissionais de saúde que atendem as demandas e necessidades que visualizaram dentro do seu espaço diário de atuação de saúde da população adstrita àquele território. Assim, as equipes de Saúde da Família devem organizar seus processos de trabalho, dando a garantia à acessibilidade, ao vínculo entre profissionais e usuários, a constância, a gerência e a relação consistente do cuidado (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) existente desde 2003, auxilia profissionais de saúde a otimizar seus serviços de maneira humanizada, destaca a importância de haver acolhimento que inclua o usuário e aperfeiçoe os processos burocráticos e hierarquizados (BRASIL, 2004). Desta forma, compreende-se que é possível melhorar o serviço com a implantação ou sistematização dos processos de acolhimento na ESF.

Além disso, conforme Mendes (2015) a AB precisa estar pronta para resolver todas as adversidades encontradas nos cuidados primários, em quase sua totalidade. Mas, isso não deve ser uma preocupação apenas quantitativa, mas qualitativa, quanto a atenção disponibilizada para que se valorize os usuários.

Verifica-se assim, a importância de profissionais implicados com a saúde da população e com o fortalecimento do SUS, a fim de aprimorar e qualificar os serviços e a atenção integral à saúde das pessoas. Desta forma, uma das maneiras para tal qualificação se concretizar é utilizando a

Educação Permanente em Saúde como estratégia político-pedagógica e de gestão, pois coloca o cotidiano dos processos de trabalho no centro do debate formativo dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, p.38-39, 2012a).

Desta forma, esta Política ainda afirma que: “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.” (BRASIL, p.6, 2010).

Ademais, um dos grandes desafios do SUS é o acesso através do acolhimento e a construção de processos de cuidado integral aos usuários/as que buscam os serviços de saúde e, é nesta perspectiva, que o projeto de pesquisa-intervenção se insere.

## 2.2. HIPÓTESE

Estudos com metodologia qualitativa dificilmente apresentam hipóteses pré-determinadas. Logo justificando que o trabalho não compõe hipóteses, cito “nas ciências sociais aplicadas, a hipótese se dilui entre o problema e os objetivos, razão por que sua colocação não é obrigatória” (MICHEL, p.139, 2015).

## 2.3. TEMA

O acolhimento aos usuários/as em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do norte do estado do Rio Grande do Sul (RS).

## 2.4. PROBLEMA DE PESQUISA

Como ocorrem os processos de acolhimento em uma ESF do norte do estado do RS e quais as implicações que se colocam para a equipe de saúde?

## 2.5. OBJETIVOS

### 2.5.1. Objetivo Geral

Analisar as práticas de acolhimento aos usuários/as de uma ESF, as percepções da equipe e os fluxos de atendimento na perspectiva de contribuir com a construção de propostas de organização do processo de acolhimento.

### 2.5.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos membros da equipe da ESF;
- Identificar e analisar como ocorre o processo de acolhimento dos usuários na ESF pontuando os atuais fluxos;
- Compreender o conceito de acolhimento existente entre os integrantes da equipe da ESF;
- Promover espaços de Educação Permanente com o tema do acolhimento para os trabalhadores de saúde que atuam na ESF;
- Envolver a equipe multiprofissional na elaboração de fluxos de atendimento que visem o acolhimento integral dos usuários.

## 2.6. JUSTIFICATIVA

Na perspectiva de auxiliar os profissionais de saúde a otimizar seus serviços de maneira humanizada a Política Nacional de Humanização foi criada, sendo que nesta é destacada a importância de haver acolhimento que inclua o usuário/a e aperfeiçoe os processos burocráticos e hierarquizados (BRASIL, 2004).

A partir deste contexto, é possível destacar que a Secretaria Municipal de Saúde do município está implicada e atuante em relação a uma maneira de acolher os usuários, possui agendamento de consultas por teleatendimento e conforme Vieira-Da-Silva (2010), implantação de sistemas de marcação de consulta é uma das estratégias de melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento, mas conforme observado, ainda de forma fragilizada.

Compreende-se que é possível melhorar o serviço com a implantação ou sistematização dos processos de acolhimento na ESF. Conforme Hennington (2005), é preciso validar todo o processo, desde a entrada do paciente, percebendo-o no todo da situação.

Com um olhar apurado e intervenção para implantação do acolhimento no serviço, pode ser possível haver melhoria na relação usuário-serviço. Sendo que, esta informação se corrobora com

os estudos de Coutinho, Barbieri e Santos (2015), onde referem que há satisfação e melhoria da forma de cuidado dos usuários, quando o serviço estabelece planos para promover o acesso na instituição de saúde.

Por vezes, em algumas situações parece haver entendimento, por parte dos profissionais, de que o acolhimento se resume a uma triagem, sendo um impeditivo para implantação do acolhimento. Tal questão pode ser encontrada nos estudos de Freire *et al.*, (2008) e Junges *et al.* (2012), onde pontuam que os profissionais compreendem a prática do acolher como algo relacionado a triagem, que apura e encaminha ou que agiliza a operação e favorece o acesso ao serviço.

Desta forma, o acolhimento é uma ferramenta importante a ser estudada e compreendida na sua integralidade, sendo que para cada indivíduo pode ser percebido de maneira diferente. Logo, é possível que para cada serviço de saúde possa ser vista de uma forma distinta e, é a partir deste resultado que as melhorias e aprimoramentos são colocados em prática. Conforme pesquisa elaborada por Coutinho, Barbieri e Santos (2015), o acolhimento ainda não está totalmente “sistematizado nos modelos de atenção à saúde (p.521)” e este pode ser um dos motivos da dificuldade que encontra-se no processo de acolhimento, tanto na visão do usuário, quanto do profissional de saúde.

Para Oliveira, Tunin e Silva (2008) acolher no serviço de saúde é um desafio encontrado na prática diária dos profissionais, desta forma é preciso realizar visão do serviço como um todo de forma individualizada, percebendo cada demanda, para uma implantação de acolhimento humanizado e resolutivo.

Em relação ao acolhimento por demanda espontânea na ESF Santa Rita, observa-se que ele não acontece efetivamente. A equipe acolhe algumas demandas que surgem no decorrer cotidiano, mas essas demandas são acolhidas, na maior parte, por solicitação de que há uma urgência por parte do usuário ou profissional que teve contato, porém não há um espaço para escuta de demanda espontânea, uma agenda para este fim.

Portanto, a proposta desta pesquisa emerge de um processo de observações e discussões realizadas no diagnóstico territorial, onde observam-se fragilidades na forma de acolhimento aos usuários, assim como, não está sistematizado a forma como ocorre para orientar a equipe e usuários/as que buscam atendimento na ESF.

## 2.7. REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, com 32 anos de história, continua tendo como base a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo que dispõe ainda de outras determinações (BRASIL, 1990). Este tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, que segundo Solha “são calcados na ética e solidariedade para guiar o sistema” (p.11, 2014).

Este sistema é composto por considerável quantidade e diversificados serviços, sempre com eixo principal voltado à saúde, preconizando os princípios e diretrizes da Lei 8.080/90. Sendo que, alguns destes serviços podem partir das esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Desta forma, com o desenvolvimento do SUS, tem-se como base a ser consultada e seguida a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que direciona as ações dos profissionais de saúde, com um aglomerado de conhecimento que foi criado por personagens no decorrer da história do SUS, envolvendo movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores dos três setores de governo (BRASIL, 2012a).

Logo, no âmbito do SUS, a Atenção Básica de Saúde (ABS) se encontra em maneiras adjacentes de atuar coletiva ou individualmente, abrange ações de atenção integral para o cuidado dos cidadãos, sendo que envolve a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, à reabilitação, o tratamento, a manutenção da saúde e ainda redução de danos (BRASIL, 2017).

Dentro da ABS visualiza-se a ESF, que é considerada o “fio condutor” dos fazeres de saúde, onde se encontram profissionais de saúde que atendem as demandas e necessidades que visualizaram dentro do seu espaço de atuação. A família atendida pelos profissionais das ESFs é vista na sua integralidade e ainda sistemicamente, sendo considerada dinâmica e suscetível a crises e é olhada considerando o ambiente em que habita (BRASIL, 2013a).

Assim, os municípios têm papel central na implantação da Atenção Básica, articulada às redes de atenção à saúde no SUS. Conforme o Plano Municipal de Saúde elaborado pela Prefeitura Municipal de Marau (2021). A cidade de Marau conta com 12 equipes da Estratégia Saúde da Família que garantem 100% de cobertura no atendimento da população. Distribuídas pelas diferentes regiões da cidade, as ESFs são responsáveis pelo atendimento da população adscrita a um determinado território.

Quanto ao acolhimento, podemos destacar “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”(BRASIL, p.6, 2010).

O acolhimento é um instrumento que possibilita reorganizar os trabalhos em saúde, assim como os relacionamentos entre trabalhadores e usuários, tendo como princípios a responsabilização mútua e escuta qualificada, sem deixar de fora o compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2010; FRANCO, BUENO E MERHY, 1999; GUERRERO, ANDRADE e ERDMANN, 2013; CLEMENTINO *ET AL.*, 2015).

Visualiza-se ainda, o desdobramento do acolhimento como uma tecnologia leve essencial, indicando ser o que permite aumento efetivo de acessibilidade universal à Atenção Básica e aos outros pontos do sistema (CAMPOS, NETO e TESSER, 2010; PAULA, 2010; BREHMER e VERDI, 2014).

Franco, Bueno e Merhy (2003) propõem também, o acolhimento como ferramenta para fazeres em saúde preparados para ouvir as necessidades que surgem dos usuários no cotidiano de suas vidas. Além disso, colocam que esta prática une ações que possibilitam repensar a forma de trabalho das Estratégias Saúde da Família, envolvendo toda a equipe de profissionais no exercício da assistência, na escuta qualificada e resolução das questões de saúde dos pacientes. Neste sentido, vê-se o acolhimento como um tema de alta “relevância e centralidade” (BRASIL, 2013b).

Para isso, é preciso estar atento, rever a habilidade de cuidar e atentar para o acolher, vendo o coletivo como produtor de vida, o cotidiano como plano para criar formas e perceber os modos de viver e os de se constituir como indivíduo, inseparáveis (BRASIL, 2010).

Quando menciona-se o acolhimento como prática, a PNH é uma das orientações a ser seguida, pois foi criada pelo Ministério da Saúde e preconiza ações éticas, clínicas e políticas e o acolhimento está inserido nesta política como parte do método a ser continuado (BRASIL, 2010).

Na PNH encontra-se o trecho abaixo que descreve o acolhimento de maneira objetiva:

“[...] construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a corresponsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida.” (BRASIL, p. 15, 2010).

Importante frisar que a vida é também o que acontece individualmente com cada pessoa, mas principalmente é aquilo que ocorre nos encontros entre os indivíduos, nas conexões, e na prática do acolher iremos sem dúvida afetar e ser afetados (BRASIL, 2010).

Considerando a PNAB, destaca-se a produção do cuidado com os usuários para promoção da autonomia e a participação social da comunidade (BRASIL, 2017). Para que isto aconteça e a população compreenda a possibilidade de fazer saúde, entende-se que o acolhimento pode ser uma das tecnologias leves que deve ser considerada e utilizada com os mesmos e a favor destes.

Segundo Teixeira (2003), verificou-se que a prática nos serviços de maneira integral se debruça “a necessidade da integração trabalhador-usuário”, sobre a necessária “integração de múltiplos saberes” e a “integração das diferenças e dos diferentes”, quando não da própria integração social. Sendo ponto chave incluir a linguagem do outro na forma de acolher.

No entanto, surgem na prática, alguns empecilhos, na inaptidão da equipe de saúde, como um trabalho pautado em modelos tradicionais e ainda a falta de estrutura física adequada. Sendo que, postas as fragilidades o acolhimento aparece como uma atividade “nebulosa”, onde compreende-se os conceitos, mas ao verificar a atuação, percebe-se estar de fora (GARUZI *et al.*, 2014). Por vezes, como destacam Coutinho, Barbieri e Santos (2015), há “limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta”(p.517).

Segundo estudo realizado por Clementino *et al.* (2015) a maior parte das equipes de Atenção Básica no Brasil, afirmaram não possuir protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea e/ou situações de urgência. Logo, no estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015) pode-se verificar similaridades com o que já vem sendo falado, podendo destacar que o acolhimento ainda não tem se encaixado dentro dos processos de atenção à saúde.

Para que haja o acolhimento efetivamente, é necessário sair da “zona de conforto” e haver movimentos de todos os envolvidos, não apenas os profissionais, mas também os gestores e usuários. Para isso, se faz preciso olhar para o processo como uma prática baseada no respeito às habilidades e atendimento do sujeito, nas subjetividades, criando uma rede de conversação (MACEDO, TEIXEIRA e DAHER, 2011). Sendo algo que corrobora com o estudo de Cardoso (2009), pois refere que o acolhimento acontece no decorrer das intervenções que se realizam diariamente.

“Através da escuta, faz-se uma análise/avaliação da necessidade do usuário, distanciando-se de uma triagem, já que todos os usuários vão ser atendidos, independentemente da necessidade

posterior de acessar outros serviços da rede ou não” (LAZZAROTO e CASTRO, p. 68, 2017). Visualiza-se a importância de constante busca de aprendizado, Teixeira (2003) descreve como educativas todas as práticas de saber que se expõem no serviço, que têm relação com as nossas demandas, que não são sempre nítidas de imediato, mas são alvo de discussão e desde sempre têm sido objeto de um debate e um experimento contínuo, sendo a humanidade algo que se reinventa incessantemente.

Conforme Clementino *et al.*:

“Outras ações desenvolvidas a partir do acolhimento realizado nas unidades de saúde no Brasil pauta-se no esclarecimento de dúvidas sobre saúde sem marcação de consulta: [...] 79,9% da região Sul [...] bem como na solicitação de exames, também sem haver passado por consulta: [...] 63,0% na região Sul [...]. As medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação representaram, no geral, cerca de 66,2% das equipes de Atenção Básica (AB), enquanto que a prescrição de alguma medicação foi realizada por 52,2% das equipes de AB em todo o país.” (p. 69 e 70, 2015).

Além disso, Clementino *et al.* (2015), destaca “alta percentagem de produção do acolhimento nas Unidades de Saúde em todo o território nacional”.

Quando o acolhimento acontece de forma isolada dos processos de trabalho em saúde “muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento” (BRASIL, p. 14, 2010).

Os usuários procuram as ESFs por motivos variados, seja uma questão burocrática, um desejo, um desconforto emocional, temor por conta de uma doença, uma informação, e por este motivo, percebe-se, na maioria das vezes, a necessidade de debater situações que estão além da doença ou de manifestações determinadas (LANDSBERG *et al.*, 2012). Desta forma, os profissionais de saúde devem estar dispostos a verificar as singularidades de cada questão, agenciando os recursos e tecnologias que auxiliam “a aliviar sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono.”(BRASIL, p. 15, 2013b).

O ato de acolher em um serviço de saúde vai além de compreender uma demanda ou de estar implicado com o problema de saúde que o paciente irá relatar, precisa ir além e neste sentido insere-se a importância do vínculo entre a população usuária e os trabalhadores e vice-versa (LOPES *et al.*,2015).

No acolhimento visualiza-se uma atitude que precisa ser instaurada em todos os processos de cuidado, desde os vínculos, até no recepcionar e escutar dos usuários, humanizando o cuidado. Pode-se complementar ainda que o acolher acontece dificilmente no discurso, mas efetivamente na prática (BRASIL, 2011; LOPES, 2014).

## 2.8. METODOLOGIA

### 2.8.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, tipo estudo de caso. Esta forma de pesquisa é utilizada quando realizam-se análises diretas sobre os eventos, no estudo de caso surge a necessidade de atingir eventos sociais complexos, sendo que tendem a manter a singularidade dos fenômenos (YIN, 2005). Sendo útil, quando espera-se suscitar aprendizado sobre aspectos profundos de vivências, envolvendo intervenções e ações de mudança. Além disso, Minayo (2014) refere que esta forma de estudo elucida conexões da causa entre intervenções e questões da vida cotidiana.

### 2.8.2. Local e período de realização

#### 2.8.2.1. Descrição do local da coleta de dados

A pesquisa será realizada na Estratégia Saúde da Família Santa Rita, no bairro Santa Rita no município de Marau/RS, campo prático da Residência Multiprofissional onde a pesquisadora atua.

Desta forma, se faz necessário compreender que é uma ESF na qual se encontram conforme dados retirados do Sistema de Gestão para a Secretaria Municipal de Saúde (G-MUS), 4.419 usuários cadastrados como pertencendo a ESF (sendo que este número inclui pessoas que se mudaram ou que não realizaram atualização cadastral) e 2.821 usuários que possuem vinculação a uma unidade familiar (estes inclui famílias que são cadastradas e acessadas pelas ACSs), sendo que conforme manuais da PNAB a “população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica” (BRASIL, p.934, 2017). As áreas de atendimento são divididas em 5 microáreas, que são de responsabilidade de 4 ACSs, que cuidam dos cadastros, de

levantamentos, realizam visitas domiciliares, repassam informações de extrema importância para os profissionais de saúde que por sua vez podem realizar buscas ativas, trabalhos de promoção, prevenção e proteção aos usuários, assim como outras atividades que se fazem essenciais na prática em cuidados com a saúde.

#### 2.8.2.2 Coleta de dados

A coleta dos dados será realizada nas dependências da ESF Santa Rita, em encontros que acontecerão na sala de reuniões, em momentos destinados à reunião de equipe e Educação Permanente (EP) em Saúde, que envolvem toda a equipe de saúde, sendo o espaço protegido pela gestão municipal.

Os profissionais de saúde da ESF serão convidados previamente para reunião de equipe, através de busca na própria unidade de saúde, tendo como pauta a pesquisa, esta será realizada neste mesmo espaço, tendo exposição da proposta de trabalho para os participantes.

A devolutiva dos resultados aos participantes, se dará em outra reunião de equipe, de forma pedagógica, através de apresentação de slides, tal devolução será agendada e informada com antecedência.

Os dados coletados serão arquivados nas dependências do local de estudo, onde somente pessoas autorizadas poderão ter acesso e após decorridos 5 anos da pesquisa os mesmos serão destruídos e eliminados devidamente. Além disso, após a coleta de dados, a pesquisadora responsável realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Os indivíduos serão personagens principais participantes deste percurso, não sendo compreendidos como objetos da pesquisa-intervenção.

Serão consideradas as recomendações das instituições e autoridades sanitárias de acordo com evolução da pandemia de COVID-19, caso se mantenha a pandemia durante a realização da pesquisa-intervenção.

A pesquisa será desenvolvida no período correspondente de abril a dezembro de 2023, com início somente após aprovação do Comitê de Ética.

#### 2.8.3. Sujeitos da pesquisa

A amostragem inclui todos profissionais do quadro de funcionários da ESF Santa Rita, logo que estes são vistos como parte integrante e essencial para o desdobramento do trabalho. A

unidade conta com 17 profissionais de saúde, sendo eles: 4 residentes (2 psicólogas, 1 farmacêutica e 1 enfermeira), 1 psicóloga, 1 sanificadora, 1 auxiliar administrativo, 2 médicos, 1 enfermeira, 4 agentes comunitárias de saúde, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnica de enfermagem.

#### 2.8.4. Critérios de Inclusão

Serão incluídos no estudo os trabalhadores da equipe da ESF Santa Rita que não estiverem afastados do trabalho, ter iniciado as atividades na ESF anterior ao início da pesquisa e estar de acordo em fazer parte da mesma concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

#### 2.8.5. Critérios de Exclusão

Serão critérios de exclusão profissionais de saúde que estarão em período de férias e/ou licença.

#### 2.8.6. Técnica de Coleta de Dados

Após o aceite em participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE, as informações serão coletadas em diferentes etapas.

A coleta de dados se dará nos seguintes momentos:

- 1) A pesquisadora observará como ocorre o processo de acolhimento na ESF e registrará em um diário de campo;
- 2) 1º encontro com a equipe: Apresentação da proposta de trabalho, realização de pesquisa sociodemográfica (Apêndice 1) e entrega dos diários de bordo. O diário de bordo contará com as seguintes questões norteadoras: *Qual o seu entendimento sobre acolhimento, relate experiências de acolhimento que você vivenciar durante a próxima semana e descreva uma experiência de acolhimento que lhe marcou em sua vida profissional dentro da ESF Santa Rita.*
- 3) 2º encontro: Após prazo determinado de uma semana o retorno do “diário de bordo” será em reunião de equipe e a pesquisadora fará um compilado dos relatos obtidos, com a finalidade de identificar as vivências e a compreensão que a equipe possui sobre o acolhimento e suas implicações.
- 4) 3º encontro: Tendo como base a análise dos “diários de bordo”, será realizada devolutiva sobre as percepções impressas nos diários e em seguida proposta a Educação Permanente

para a equipe, sobre tema do acolhimento. Neste espaço pretende-se aprofundar conceitos, analisar os processos desta prática e elaborar propostas de organização de fluxo do acolhimento na ESF.

- 5) 4º encontro: Tendo o fluxo construído, este será apresentado para o Conselho Local de Saúde (CLS), (também assinarão TCLE (Anexo 2)), para aprimoramento em uma das suas reuniões que ocorrem mensalmente.

As educações permanentes serão registradas, por escrito, em relatório específico. Destaco ainda que, dentro deste trabalho não terá como verificar a forma que o usuário percebe o acolhimento, visto que o intuito é abordar o olhar dos trabalhadores em relação a esta ferramenta.

#### 2.8.7. Método de análise de dados

O referencial para análise e interpretação do estudo, se dará através da análise de conteúdo, que será obtido através dos trechos dos “diários de bordo”, diário de campo da pesquisadora e relatórios das educações permanentes. Para seguir este referencial, as fases desenvolvidas serão separadas em três fases, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados: inferência e interpretação (MINAYO, 2012). Gil (2002) refere que a técnica envolve a possibilidade de descrever as temáticas tanto manifestas, quanto latentes das comunicações.

Na visão de Câmara (2013), a primeira fase mencionada será organizar os dados coletados, ler o material e o conteúdo a ser analisado conhecido; na segunda, escolher os recortes relevantes, após agrupar os recortes por categorias, unir as informações por um esquema que ordene os acontecimentos; já, na terceira e última fase será preciso, a partir dos resultados concretos dar significado e validade ao conteúdo, indo além do que é explícito.

Segundo Minayo (2014), a análise de conteúdo inicia de uma leitura superficial de todo o material disponível, para vislumbrar níveis mais profundos. Assim, relaciona-se significantes e significados das declarações referidas nos documentos analisados e associa-os a determinantes de suas características.

## 2.9. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa se dará a partir da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b) e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL,

2016) e será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, e inserção na Plataforma Brasil. Além disso, será solicitado o Termo de Ciência e Concordância à Secretaria Municipal de Marau para a realização da pesquisa na ESF Santa Rita antes da submissão desta na Plataforma Brasil (Anexo 3).

A coleta de dados ocorrerá somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Ademais, serão consideradas as recomendações das instituições e autoridades sanitárias de acordo com evolução da pandemia de COVID-19, caso se mantenha durante a realização da pesquisa-intervenção.

Desta forma, a organização e análise dos dados e das informações está prevista da seguinte forma: os TCLEs serão enumerados e subdivididos em categorias alfabéticas, no qual cada letra representa um sujeito de pesquisa (Anexo 1 e 2).

A equipe de referência receberá o TCLE antes de iniciar a pesquisa, após seu aceite será fornecido o “diário de bordo”, onde estes anotarão as atividades sobre acolhimento, conforme lhes será explicado, sendo que estas anotações se darão nos seus respectivos ambientes de trabalho. Em outro momento, será feita a coleta dos diários para devolutiva e programação da Educação Permanente, que será realizada na sala de reuniões da ESF em horário destinado a reuniões de equipe. Após a construção do fluxo do acolhimento, este será apresentado para o CLS e os membros receberão TCLE e explicação sobre a proposta, antes de qualquer explanação. Os temas e assuntos pertinentes que emergirem destes encontros serão registrados, por escrito, em relatório específico.

#### 2.9.1. Análise crítica de riscos e benefícios

Posto que toda pesquisa oferece riscos e benefícios aos seus participantes, é possível mencionar que o risco desta pesquisa foi avaliado como leve, e tem relação a possibilidade de sentimento de desconforto dos envolvidos em rememorar e reviver situações que lhes acarretaram sofrimento ou constrangimento, principalmente pelo fato de compartilhar ou relembrar situações passadas com os colegas. Como forma de reduzir tais riscos, será disponibilizado acompanhamento psicológico e em saúde para os participantes que, por causalidade, venham se sentir emocionalmente afetados após participar desta pesquisa.

Logo, o benefício manifesto tem relação com a oportunidade de poder ressignificar experiências, práticas, vivências e até mesmo conceitos que dizem respeito às formas de acolher no serviço, ao passo de contribuir para organizar e qualificar os fluxos de trabalho.

### 2.9.2. Medidas de proteção à confidencialidade

Encontra-se descrito no TCLE que, em relação à confidencialidade, será preservado o anonimato dos indivíduos e a confidencialidade. Os TCLEs serão guardados em envelopes de acordo com a ordem alfabética e permanecerão em total anonimato. O nome dos participantes não será mencionado sob nenhuma circunstância.

Os dados serão arquivados em local seguro, na UFFS, em sala da universidade. Após o período de cinco anos, serão destruídos.

### 2.9.3. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

Para suspender ou encerrar a pesquisa será considerado critério de recusa em participar desta por todos os sujeitos que se enquadram ao perfil descrito para compô-la.

### 2.9.4. Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Exclusivamente participarão da pesquisa os trabalhadores da ESF que estiverem aptos pelos critérios de inclusão, exclusão e que aceitem fazê-lo após leitura e explicação dos objetivos e do TCLE abordada a manutenção da confidencialidade, a proteção do anonimato, e explicitados os riscos e os benefícios diretos e indiretos advindos.

Estes assinarão, então, o TCLE em duas vias, sendo que uma ficará consigo, e a outra será arquivada. Será explicado de maneira oral, que será possível interromper ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

## 2.10. RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados dizem respeito ao possível fortalecimento do vínculo dos profissionais para com os usuários e ainda entre os próprios profissionais, que conhecerão melhor os processos de trabalho e as formas de acolher e/ou comunicar algo para o usuário.

Além disso, espera-se que este trabalho possa ampliar a compreensão sobre o tema, diferenciar o acolhimento do processo de triagem e capacitar os profissionais para o atendimento de qualidade. Pretende-se ainda formar coletivamente reflexões sobre a importância desta ferramenta, organizando o fluxo de trabalho de forma multiprofissional.

Logo, como consequência de um processo de trabalho pautado pela lógica do acolhimento, haverá possibilidade de melhor adesão do usuário ao tratamento proposto, menos probabilidade do usuário buscar orientação externa e melhor resolutividade.

#### 2.10.1. Divulgação dos Resultados Esperados

Os resultados serão divulgados e discutidos com a equipe de saúde em momento posterior à conclusão do estudo, durante encontro com fins planejados para tanto.

Serão apresentados os resultados obtidos e o fluxo construído em conjunto com a equipe de profissionais para o Conselho Local de Saúde em reunião específica.

Além disso, o trabalho será apresentado à gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em momento definido junto a mesma, e por fim, se elaborará artigo científico que será submetido à revista da área (Capítulo IV).

#### 2.11. RECURSOS

<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Diários	14 unidades	5,00	70,00
Canetas	14	2,00	28,00
Xerox, impressões e livros	30	20,00	600,00
<b>TOTAL</b>			<b>698,00</b>

Todos os custos do projeto serão custeados pela pesquisadora responsável.

#### 2.12. CRONOGRAMA

O cronograma de trabalho para o período do projeto se cumprirá perante o seguinte planejamento:

<b>ETAPAS</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>
Período de execução: janeiro a dezembro de 2023	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Período de Apreciação do Comitê de Ética (CEP/UFFS)	X	X									
Envio dos Relatórios Parciais ao CEP			X			X					X
Relatório Final ao CEP											X
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Pactuação com a gestão municipal de saúde	X	X									
Aplicação de entrevista sociodemográfica e entrega dos diários de bordo			X	X							
Realização de educações permanentes				X	X	X					
Análise dos dados							X	X	X		
Redação do artigo científico									X	X	X



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Série E. Legislação em Saúde, DF, Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 07 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental n° 34/DF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 02 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: 1. ed.; 1. reimpr. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1, Ministério da Saúde, 2013b. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 10 out.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 510, De 07 De Abril De 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF, 24, mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 07 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 02 mai. 2022.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(3): 3569-78, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032)>. Acesso em: 12 out. 2022.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 6 n. 2, p. 179-191, jul. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2022.

CAMPOS, G.W.S; NETO, P.P; TESSER, C.D. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**.15(3), 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5CPdsP8KcY736w7qnJqg9PJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

CARDOSO, L. S. C. *et al.* Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. **CuidArte Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.

CLEMENTINO, F. de S.; GOMES, L. B.; VIANNA, R. P. de T.; MARCOLINO, E. de C.; ARAÚJO, J. P.; CHAVES, T. V. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-Ab) **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 4 n. 1, 2015. DOI:<https://doi.org/10.35572/rsc.v4i1.241>. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/241/239>. Acesso em: 5 set. 2022.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, pp. 514-524, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Disponível em: [scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmlZFF4SXdXS/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmlZFF4SXdXS/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 12 out.2022.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 15(2): 345-53, 1999. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2022.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, *et al.* (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: **Editora Hucitec**, p. 37-54, 2003.

DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500039>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/BQzD3SjRCYVqR4DRvcwNT3y/?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2022.

FREIRE, L. A. M. *et al.* O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. Reme : **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte , v. 12, n. 2, p. 271-277, jun. 2008 . Disponível em:  
[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622008000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622008000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 8 set. 2022.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 35(2): 144-149, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em 10 out.2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. [recurso eletrônico]. 4ª ed. São Paulo : Atlas, 2002.

GUERRERO, P.; MELO, A.S.L.F; ANDRADE, S.R.; ERDMANN, A. L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto – enferm**. 22:1: 132–403, 2013. DOI:  
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFCrD8Fj684M8grt95Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 out. 2022.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005. DOI:  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100028>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/kh3QF9YmJ6wsbQdxbYBJBg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 8 ago. 2022.

JUNGES, J. R. *et al.* O discurso dos profissionais sobre demanda e humanização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xfVppmy7w6Vx9NLDXJ5Zmht/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

LANDSBERG, G. *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, pp. 3025-3036, 2012.

DOI:<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/9LKKPNDK3CSWhYJD9w7mcjb/?lang=pt>.

LAZZAROTO, G. D. R.; CASTRO, T. da C. M. Linhas do Acolhimento na Saúde: Entre Modos de Trabalhar e Acolher. **Trabalho (En) Cena**, 2(1) pp. 65-79, 2017. Disponível em:  
<https://betas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/3989>. Acesso em: 07 set. 2022.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate.** v. 39, n. 104, pp. 114-123, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKxQnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/?lang=pt>. Acesso em 17 nov. 2022.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. enferm. UERJ.** 19(3):457 – 562, 2011.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais: Um Guia Prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos.** 3ª ed. Editora Atlas, São Paulo, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, nº 3, p. 621-626, out. 2012.

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

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS,** Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-37, 2008.

PAULA, A.F. **Acolhimento: Uma estratégia necessária para a ESF Bom Jesus.** UFMG. Minas Gerais; 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal De Saúde [2021].** Acesso em 04 junho de 2022.

SOLHA, R. K. de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas.** Editora Saraiva, 2014. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513232/>. Acesso em: 19 set. 2022.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: ROSENI, P.; MATTOS, R.A.M. (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Materno Infant,** Recife, v. 10, supl. 1, p. s131-143, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5Vf5Rxgpd3jcX6JmPShdkvz/?lang=pt>. Acesso em 19 set. 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**APÊNDICE****Apêndice 1 - Questionário Sociodemográfico**

Naturalidade: UF:

Profissão:

Se alguma pergunta possibilitar mais de uma alternativa, indicar a mais adequada.

Não deixe nenhuma resposta em branco.

01. Qual é o seu sexo?

Masculino.  Feminino.

02. Qual sua idade?

17 a 20 anos.  21 a 25 anos.  26 a 35 anos.

36 a 40 anos.  41 anos ou mais.

3. Como você se declara quanto a Raça e Etnia?

Branco  Afrodescendente  Pardo

Indígena  Amarelo

4. Qual sua identidade de gênero?

Cisgênero = é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu.

Transgênero = é o indivíduo que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer.

Não-binário = refere-se às pessoas que não se percebem como pertencentes a um gênero exclusivamente.

Outro, qual? \_\_\_\_\_

5. Qual sua orientação sexual?

Heterossexual                       Homossexual                       Bissexual

Outro, qual? \_\_\_\_\_

6. Qual seu estado civil?

Solteiro (a)                       Casado (a) / mora com companheiro (a), companheiros (as)

Separado (a) / divorciado (a)                       Viúvo (a)                       União estável

7. Qual sua escolaridade?

Ensino Fundamental Incompleto                       Ensino médio Completo

Ensino Fundamental Completo                       Ensino Médio Incompleto

Ensino Superior Incompleto                       Ensino Superior Completo

Ensino técnico Incompleto                       Ensino técnico Completo

Outro. Qual?

8. Qual é a renda total mensal de sua família? (Considere a soma de todos os salários dos membros de sua família. SM = Salário Mínimo Nacional.)

Até 1 salário mínimo ou até R\$ 1212,00.

De 1,0 a 2,0 salários mínimos ou R\$ 1212,00 a R\$ 2424,00.

De 2,0 a 3,0 salários mínimos ou de R\$ 2424,00 a R\$ 3636,00.

De 3,0 a 4,0 salários mínimos ou de R\$ 3.636,00 a R\$ 4848,00.

De 4,0 a 5,0 salários mínimos ou de R\$ 4848,00 a R\$ 6060,00.

Acima de 5,0 salários mínimos ou acima de R\$ 6060,00 .

9. Quanto tempo atua no SUS?

10. Quanto tempo atua na área?

11. Quanto tempo atua na ESF Santa Rita?

12. Descreva qual seu vínculo empregatício:

( ) Contrato/processo seletivo ( ) Concurso público ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### **Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre ACOLHIMENTO: DO DISCURSO À PRÁTICA NA ATENÇÃO BÁSICA que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Deise Zwirtes, da Residência Multiprofissional em Saúde e orientado pela Professora Ma. Maríndia Biffi, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e co-orientado pela Preceptora Ma. Fabiana Schneider da Secretaria Municipal da Saúde de Marau.

Este estudo tem como objetivo geral, analisar como se dá o acolhimento aos usuários/as de uma ESF, as percepções da equipe e os fluxos de atendimento na perspectiva de contribuir na construção de propostas de organização do processo de acolhimento. Como parte da pesquisa, serão realizados quatro (04) encontros e você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. Estes encontros consistirão na modalidade de Educação Permanente em Saúde e serão realizados na Estratégia Saúde da Família Santa Rita, no município de Marau/RS. Além disso, será entregue um “diário de bordo” no início da pesquisa para que possam ser realizados registros sobre o acolhimentos prévios e ao longo de uma semana.

Compreende-se que é possível melhorar o serviço com a implantação ou sistematização dos processos de acolhimento na ESF. Com um olhar apurado e intervenção para implantação do acolhimento no serviço, pode ser possível haver melhoria na relação usuário-serviço.

Portanto, a proposta desta pesquisa emerge de um processo de observações e discussões realizadas no diagnóstico territorial, onde observam-se fragilidades na forma de acolhimento aos usuários, assim como, não tem-se sistematizado a forma como ocorre para orientar a equipe e usuários/as que buscam atendimento na ESF.

Posto que toda pesquisa oferece riscos e benefícios aos seus participantes, é possível mencionar que o risco desta pesquisa foi avaliado como leve, e tem relação a possibilidade de sentimento de

desconforto dos envolvidos em lembrar e reviver situações que lhes acarretaram sofrimento ou constrangimento, principalmente pelo fato de compartilhar ou relembrar situações passadas com os colegas. Como forma de reduzir tais riscos, será disponibilizado acompanhamento psicológico e em saúde para os participantes que, por causalidade, venham se sentir emocionalmente afetados após participar desta pesquisa.

Verifica-se que o benefício manifesto tem relação com a oportunidade de poder ressignificar experiências, práticas, vivências e até mesmo conceitos que dizem respeito às formas de acolher no serviço, ao passo de contribuir para organizar e qualificar os fluxos de trabalho.

Os dados coletados serão arquivados na ESF em local próprio, onde somente pessoas autorizadas poderão ter acesso e após decorridos 5 anos da pesquisa os mesmos serão destruídos e eliminados devidamente. Além disso, após a coleta de dados, a pesquisadora responsável realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Estando de acordo em participar, a pesquisadora tomará todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita. Os resultados serão divulgados e discutidos com a equipe de saúde em momento posterior à conclusão do estudo, durante encontro com fins planejados para tanto. Em decorrência da pandemia da COVID-19, se faz necessário que estratégias sejam pensadas em prol da segurança dos participantes da pesquisa. Desta forma, serão respeitados todos os protocolos de segurança para apresentação, entrega de materiais e devolução à equipe de saúde.

Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar

indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 991208385 ou pelo telefone (54) 3342-8531 (entre 07:30h e 17:00h com intervalo de 11:30 a 13h), e-mail [zwirtesdeise@gmail.com](mailto:zwirtesdeise@gmail.com), endereço: Rua Miguel Magnan, nº 530, bairro Santa Rita, CEP 99150000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br) ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, ..... de ..... de 2023

Assinatura do participante: .....

---

Deise Zwirtes

E-mail: [zwirtesdeise@gmail.com](mailto:zwirtesdeise@gmail.com)

Telefone: (54) 9 9120-8385

---

Maríndia Biffi

E-mail: [marindiabiffi@hotmail.com](mailto:marindiabiffi@hotmail.com)

Telefone: (54) 9 9982-2761

CAAE:

---

Fabiana Schneider

E-mail: [fabischneider19@hotmail.com](mailto:fabischneider19@hotmail.com)

Telefone: (54) 99998-441

Aprovação CEP/UFFS Nº

Data de Aprovação

## **Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Membros do Conselho Local de Saúde**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - MEMBROS DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE**

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre **ACOLHIMENTO: DO DISCURSO À PRÁTICA NA ATENÇÃO BÁSICA**, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Deise Zwirtes, da Residência Multiprofissional em Saúde e orientado pela Professora Ma. Maríndia Biffi, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e coorientado pela Preceptora Ma. Fabiana Schneider da Secretaria Municipal da Saúde de Marau.

Este estudo tem como objetivo geral, analisar como se dá o acolhimento aos usuários/as de uma ESF, as percepções da equipe e os fluxos de atendimento na perspectiva de contribuir na construção de propostas de organização do processo de acolhimento. Como parte da pesquisa, será realizado um (01) encontro com o CLS e você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. Este encontro consistirá na modalidade de apresentação dos resultados obtidos com as Educações Permanentes em saúde, realizadas junto a equipe em momento prévio, serão realizados na Estratégia Saúde da Família Santa Rita, no município de Marau/RS. Além disso, será apresentado o fluxo construído pelos profissionais de saúde e aberto espaço em roda de conversa, para que os participantes do CLS, possam colocar suas ideias e opiniões sobre aprovação do mesmo ou mudanças a serem consideradas.

Compreende-se que é possível melhorar o serviço com a implantação ou sistematização dos processos de acolhimento na ESF. Com um olhar apurado e intervenção para implantação do acolhimento no serviço, pode ser possível haver melhoria na relação usuário-serviço.

Portanto, a proposta desta pesquisa emerge de um processo de observações e discussões realizadas no diagnóstico territorial, onde observam-se fragilidades na forma de acolhimento aos usuários, assim como, não está sistematizado a forma como ocorre para orientar a equipe e usuários/as que buscam atendimento na ESF.

Posto que toda pesquisa oferece riscos e benefícios aos seus participantes, é possível mencionar que o risco desta pesquisa foi avaliado como leve, e tem relação a possibilidade de sentimento de desconforto dos envolvidos em rememorar e reviver situações que lhes acarretaram sofrimento ou constrangimento, principalmente pelo fato de compartilhar ou relembrar situações passadas com os

colegas. Como forma de reduzir tais riscos, será disponibilizado acompanhamento psicológico e em saúde para os participantes que, por causalidade, venham se sentir emocionalmente afetados após participar desta pesquisa.

Verifica-se que o benefício manifesto tem relação com a oportunidade de poder ressignificar experiências, práticas, vivências e até mesmo conceitos que dizem respeito às formas de acolher no serviço, ao passo de contribuir para organizar e qualificar os fluxos de trabalho.

Os dados coletados serão arquivados na ESF em local próprio, onde somente pessoas autorizadas poderão ter acesso e após decorridos 5 anos da pesquisa os mesmos serão destruídos e eliminados devidamente. Além disso, após a coleta de dados, a pesquisadora responsável realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Estando de acordo em participar, a pesquisadora tomará todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita. Os resultados serão divulgados e discutidos com o CLS em momento posterior à conclusão do estudo, durante encontro com fins planejados para tanto. Em decorrência da pandemia da COVID-19, se faz necessário que estratégias sejam pensadas em prol da segurança dos participantes da pesquisa. Desta forma, serão respeitados todos os protocolos de segurança para apresentação, entrega de materiais e devolução ao CLS.

Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 991208385 ou pelo telefone (54) 3342-8531 (entre 07:30h e 17:00h com intervalo de 11:30h a 13h), e-mail [zwirtesdeise@gmail.com](mailto:zwirtesdeise@gmail.com), endereço: Rua Miguel Magnan, nº 530, bairro Santa Rita, CEP 99150000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br) ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, ..... de ..... de 2023

Assinatura do participante: .....

---

Deise Zwirtes

E-mail: [zwirtesdeise@gmail.com](mailto:zwirtesdeise@gmail.com)  
 Telefone: (54) 9 9120-8385

---

Maríndia Biffi

E-mail: [marindiabiffi@hotmail.com](mailto:marindiabiffi@hotmail.com)  
 Telefone: (54) 9 9982-2761

---

Fabiana Schneider

E-mail: [fabischneider19@hotmail.com](mailto:fabischneider19@hotmail.com)

Telefone: (54) 99998-441

CAAE:

Data de Aprovação

### **3. CAPÍTULO III: RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO**

#### **3.1. INTRODUÇÃO**

Nos dias de hoje, as práticas em saúde e o investimento em algumas modalidades de tecnologias leves não têm sido destaque, desta forma, questões relacionadas às ações cotidianas acabam despercebidas, assim como a maneira que realiza-se e organiza-se o acolhimento nos serviços de saúde.

O objetivo deste Trabalho de Conclusão de Residência consiste em analisar as práticas de acolhimento aos usuários/as de uma ESF, as percepções da equipe e os fluxos de atendimento, na perspectiva de contribuir com a construção de propostas de organização do processo de acolhimento em uma Estratégia Saúde da Família.

Deste modo, o presente Relatório de Trabalho de Campo possui o intuito de descrever as potencialidades e desafios durante todas as etapas da pesquisa. A data de início da coleta de dados ocorreu no dia 17 de maio de 2023, inicialmente com o registro da pesquisadora em diário de campo, que observou como ocorre o processo de acolhimento na ESF e destacou os principais aspectos, em seguida em reunião de equipe foi entregue pesquisa sociodemográfica e solicitado a resposta e devolução na mesma data, entregue Diários de Bordo, dado prazo aos colegas sendo que houve possibilidade de ser estendido até o dia 15 de junho de 2023, quando foi encerrada a coleta de dados, com exceção de um diário, pois foi entregue com atraso no dia 04 de agosto de 2023 e incluso na totalidade dos dados.

Além disso, vale destacar que a entrega dos diários para os profissionais ocorreu em mais de uma data, em outras três oportunidades, sendo que também foi realizada a apresentação do projeto, assim como, todas as outras etapas que ocorreram na reunião de equipe. A ocorrência deste momento, se deu com o objetivo de atingir os profissionais que não se encontravam na data da reunião, pois estavam em estágio ou o turno de trabalho não coincidiu com a data do evento.

#### **3.2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS**

##### **3.2.1. Logística prévia à coleta de dados**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no dia 26 de janeiro de 2023. Houve retorno, parecer nº 5.899.879 com pendências sugerindo alteração de alguns campos como;

aqueles relacionados à metodologia, aos critérios de exclusão, aos riscos e benefícios, ao TCLE, à inserção de duas etapas da pesquisa no cronograma e por fim ao envio do questionário separado dos demais itens.

As alterações foram enviadas no dia 05 de março de 2023 e a aprovação da pesquisa ocorreu no dia 09 de março de 2023, CAAE 66850322.7.0000.5564, com o parecer nº 5.933.446 lembrando dos cuidados em relação à pandemia e aos cuidados éticos relacionados a todas as pessoas envolvidas na pesquisa.

Após aprovação, realizou-se reunião com orientadora e preceptora sobre a realização da coleta de dados e data da reunião estabelecida para realizar a atividade, a combinação passou também pelo crivo da enfermeira gestora da ESF.

A coleta de dados com a equipe ocorreu em reunião de equipe no dia 19 de maio de 2023, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa, lido o TCLE e realizado o questionário sociodemográfico, deixando a critério de cada participante, o aceite ou não, de fazer parte do estudo, através da assinatura do Termo.

Na data, todos os participantes foram coniventes à participação da pesquisa, as dúvidas foram tiradas e a entrega dos diários de bordo realizada. Como seis colegas da equipe não se encontravam na data por estarem em período de realização de estágio, atestado ou não trabalhar naquele turno, foi destinado tempo para realizar a mesma abordagem com o restante dos membros. Foi dado o prazo de uma semana para a equipe realizar o preenchimento dos diários, mas como a maioria da equipe sinalizou dificuldade de cumprir o prazo, realizado combinação de um período de conversa com os membros na próxima reunião de equipe, que ocorre semanalmente às sextas-feiras, para ajustes em relação ao período de entrega.

Figura 1

Figura 2



Figura 1- Coleta de dados sociodemográficos e entrega do diário de bordo

Figura 2 - Diário de Bordo

Figura 3

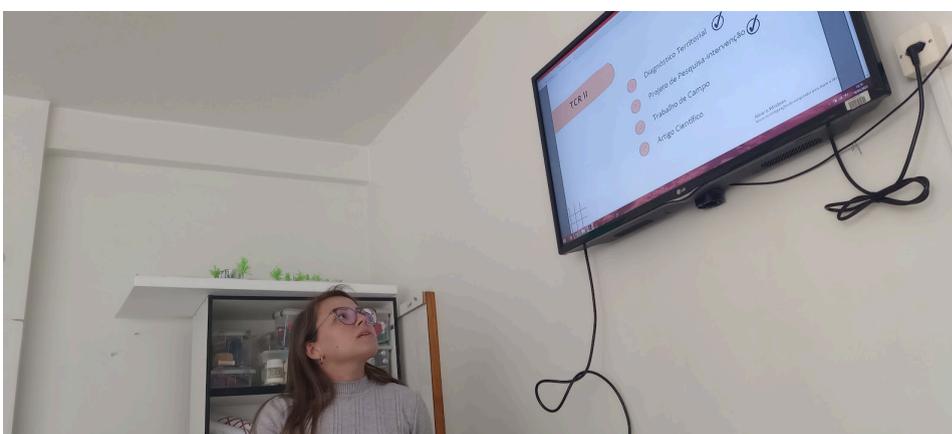


Figura 3 - Apresentação do projeto para a equipe

Na data indicada, em conversa com os participantes da pesquisa, a maioria solicita que o prazo seja estendido, de prontidão dois membros da equipe realizam a devolução dos diários, desta forma, aos

demais, estende-se para mais uma semana a entrega dos diários e são explicitadas as dúvidas que surgem sobre as perguntas norteadoras.

Por fim, em todos os casos estende-se o prazo para o mesmo período de tempo, partindo da data base da apresentação da proposta, quatorze profissionais realizam a entrega dentro do prazo estendido (estagiários (1)) e um participante realiza a entrega após o prazo, considerando que as profissionais implicadas nesta pesquisa e trabalhadoras na ESF (3), não participaram da coleta.

### 3.2.2. Instrumentos de coletas de dados

O questionário avaliou o perfil sociodemográfico da equipe, tendo aproximadamente 5 minutos de duração. A segunda etapa compreendeu a entrega do diário de bordo com perguntas abertas, sendo elas: *Qual o seu entendimento sobre acolhimento; relate experiências de acolhimento que você vivenciar durante a próxima semana e descreva uma experiência de acolhimento que lhe marcou em sua vida profissional dentro da ESF Santa Rita.* Em relação ao tempo estimado para a devolução dos diários, todos os membros da equipe se mostraram implicados e empenhados na realização da escrita do diário.

### 3.2.3. Perdas e recusas

Levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão no decorrer do trabalho de campo, houve uma perda, considerando que uma colaboradora estava em licença maternidade, e nenhuma recusa.

### 3.2.4. Preparação e organização do banco de dados

Após a coleta, os dados obtidos foram digitados na sua integralidade em documento Word e serão mantidos preservados em local seguro por cinco anos, onde somente a equipe de pesquisa terá acesso e, após, totalmente destruídas. Os diários foram nomeados para início da análise, sendo que foram descritos como D-1, D-2 até D-17, para identificação dos diários e na tentativa de não identificação do participante.

O início da análise de dados que tem como referencial a análise de conteúdo da autora Minayo (2014), consistiu em ler e reler incansavelmente os produtos retirados dos diários, separar por temas mais abordados e, em seguida, unidos por categorias e comparados a estudos já realizados verificando possibilidades de intervenção, mudança nos fluxos de acolhimento da ESF em estudo.

#### 4. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

Dentre as potencialidades encontradas durante a coleta de dados pode-se citar: Contato direto com a orientadora em campo de estudo; Relevância do estudo para o território, devido escassez de pesquisas contemplando essa temática; Estar inserida na formação em serviço no local da coleta de dados; Método de intervenção a ser desenvolvido com equipe de Saúde. Os desafios encontrados foram: Uma colega estar de licença maternidade, Apenas dois colegas cumprirem o primeiro prazo estabelecido para a devolução dos diários, Colegas gostariam de ter acesso ao material dos outros colegas; Estar dentre uma das profissionais da equipe de saúde em estudo; Encontrar data para realizar as intervenções, visto a alta transitoriedade dos profissionais nesta fase do estudo, na residência, por conta dos períodos de estágios e férias.

#### 5. RECURSOS INVESTIDOS NA PESQUISA

**Abaixo seguem valores investidos e materiais usados até o presente momento do estudo:**

Discriminação	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Diários e personalização gráfica	17 unidades	12,97	220,50
Xerox, impressões e livros	17	0,50	8,50
TOTAL			229,00

#### 6. PRÓXIMOS PASSOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir de uma análise preliminar dos dados coletados nos diários de bordo, foi planejada uma proposta de intervenção com objetivo de ampliar os conceitos sobre o tema do acolhimento na APS e promover reflexões acerca das possibilidades de qualificação deste processo na equipe. Para tanto, foi realizado convite para uma profissional enfermeira, que possui formação e experiência nesta área. A atividade acontecerá no dia 15/09/2023 em momento protegido de Educação Permanente em Saúde e neste turno a ESF não realizará atendimento ao público, oportunizando a participação de todos os profissionais.

A base para esta intervenção se fundamenta na Educação Permanente em Saúde em função das potencialidades que os encontros entre os profissionais geram, possibilitando reflexões sobre o processo de trabalho, gestão e transformação das práticas em serviço.

A partir desta intervenção, em outro encontro será elaborado em conjunto com a equipe uma proposta de fluxo para acolhimento multiprofissional.

## **7. PRÓXIMOS PASSOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Este trabalho está sendo desenvolvido dentro do prazo estabelecido e está mostrando resultados, os quais ainda não temos análises suficientes para concluir qualquer estudo, há necessidade de mais tempo para compilar os mesmos e dar continuidade às próximas etapas.

De modo geral, percebe-se que há muitos caminhos a serem percorridos do discurso à prática dos profissionais que atuam no acolhimento de demandas espontâneas ou não, específicas ou não.

A partir das próximas etapas será dado seguimento aos estudos e escrita final do artigo para conclusão de Residência Multiprofissional.

## **4. CAPÍTULO IV: ARTIGO**

### **4.1. Introdução**

Este capítulo faz parte do volume final de um trabalho composto por quatro etapas: I Diagnóstico Territorial, II Projeto de Pesquisa Intervenção, III Relatório de Trabalho de Campo e IV Artigo.

**4.2 Artigo:(Des)acomodar: Potencialidades e Entraves no Acolher em uma Estratégia Saúde da Família**

**(Des)acomodar: Potencialidades e Entraves no Acolher em uma Estratégia Saúde da Família**

**(Un)accommodating: Potentialities and Obstacles in Welcoming in a Family Health Strategy**

### **Deise Zwirtes**

Psicóloga; Universidade Federal da Fronteira Sul (Especialista em Saúde), Passo Fundo, RS, Brasil  
zwirtesdeise@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2120-5964>

### **Prof. Dra. Vanderléia Laodete Pulga**

Filósofa; Universidade Federal da Fronteira Sul (Professora Efetiva), Passo Fundo, RS, Brasil  
vanderleia.pulga@uffs.edu.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1918-0916>

### **Prof. Ma. Maríndia Biffi**

Médica; Universidade Federal da Fronteira Sul (Professora Efetiva), Passo Fundo, RS, Brasil

marindiabiffi@hotmail.com; ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-0486-4634>

**Me. Fabiana Schneider**

Psicóloga; Universidade Federal da Fronteira Sul, Psicóloga, Preceptora, Passo Fundo, RS, Brasil  
fabi.schneider09@gmail.com; ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-5268-8594>

**Autor Correspondente:**

Rua Frei Miguel nº 391, Triângulo - Carlos Barbosa RS CEP 95185-000

**Contribuição de cada autor:**

Deise Zwirtes realizou a coleta, a análise dos dados e escrita, os demais autores (as) atuaram na orientação e coorientação da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito.

**Objetivo:** Analisar as práticas de acolhimento aos usuários de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das percepções da equipe e dos fluxos existentes, na perspectiva de contribuir com a construção de propostas de organização para qualificar o acesso à saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa de caráter descritivo, tipo estudo de caso. Os sujeitos foram profissionais de uma ESF, as informações foram coletadas por meio de um questionário sociodemográfico, diário de bordo e relatos de momento de educação permanente (EP). A interpretação do estudo se deu por meio da análise de conteúdo e os dados do questionário foram tabulados para exploração. **Resultado:** Foram categorizados em eixos temáticos: O acolhimento na visão dos profissionais da saúde em uma ESF; O processo de acolhimento dos usuários na ESF e Desacomodar-se na prática do acolhimento. **Conclusões:** Conforme análise da percepção dos profissionais sobre acolhimento, há compreensão ampliada e comum sobre conceitos como construção de vínculo, aproximação, escuta qualificada para cuidado integral, porém na prática, ainda visualizam-se atuações médico centradas que parecem intrínsecas e despercebidas na atividade diária. O acolhimento teve espaço aparente, consistente e possível. Posto que há desafios a serem enfrentados como aumento e promoção de espaços de EP em saúde. Destaca-se, a importância da continuidade de estudos sobre o tema, no intuito de motivar os trabalhadores a refletirem sobre suas práticas e aprimorá-las. Um acolhimento qualificado pode tornar os indivíduos parceiros e contribuintes no território, uma comunidade realista, que une-se para criar estratégias, utilizando recursos existentes consciente, adequada, efetiva e transparentemente.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família.

**Objective:** To analyze the practices of user embracement users of a National Health Strategies (NHS) based on the perceptions of the team and the existing flows, with a view to contributing to the construction of organizational proposals to improve access to health. **Method:** A qualitative, descriptive case study. The subjects were professionals from an ESF, and the information was collected using a sociodemographic questionnaire, a logbook and reports of a moment of continuing education (CE). The study was interpreted using content analysis and the questionnaire data was tabulated for exploration. **Results:** They were categorized into thematic axes: User embracement in the view of health

professionals in an ESF; The process of user embracement users in the ESF and Becoming uncomfortable in the practice of user embracement. **Conclusions:** According to the analysis of the professionals' perception of user embracement, there is a broad and common understanding of concepts such as building bonds, closeness, qualified listening for comprehensive care, but in practice, there are still medical-centered actions that seem intrinsic and unnoticed in daily activity. user embracement was apparent, consistent and possible. However, there are challenges to be faced, such as increasing and promoting spaces for health PE. The importance of continuing studies on the subject is highlighted, in order to motivate workers to reflect on their practices and improve them. A qualified welcome can make individuals partners and contributors in the territory, a realistic community that comes together to create strategies, using existing resources consciously, adequately, effectively and transparently.

**Keywords:** User Embracement; Primary Health Care; National Health Strategies

## Introdução

O acolhimento é um dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e possibilita reorganizar os processos de trabalho em saúde, assim como os relacionamentos entre trabalhadores (as) e usuários (as), construindo a responsabilização mútua e a escuta qualificada, sem deixar de fora o compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.<sup>1,2,3,4</sup>

Nessa perspectiva, o acolhimento possibilita a aproximação e a construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários constituindo-se como uma tecnologia leve essencial, indicando ser o que permite o aumento efetivo de acessibilidade universal à Atenção Básica e aos outros pontos do sistema.<sup>5,6,7</sup>

Tal prática une ações que possibilitam repensar a forma de trabalho das Estratégias Saúde da Família (ESF), envolvendo toda a equipe de profissionais no exercício da assistência, na escuta qualificada e resolução das questões de saúde dos pacientes. Neste sentido, o acolhimento assume “relevância e centralidade” no cuidado à saúde da população.<sup>8</sup>

O acolhimento é essencial no processo de fortalecimento da humanização das relações interpessoais, profissionais e institucionais. Quando menciona-se o acolhimento como prática, uma das orientações a ser seguida é a Política Nacional de Humanização (PNH) criada pelo Ministério da Saúde, que preconiza ações éticas, clínicas e políticas, em que o acolhimento compõe o cuidado a ser continuado.<sup>1</sup>

A PNH descreve o acolhimento de maneira objetiva como a criação de pactos éticos com a geração de vida, sendo que o compromisso é especial e individual de cada pessoa. Desta forma, ambos se encontram em uma responsabilização entre usuário e profissional de saúde.<sup>1</sup> São processos de encontro entre pessoas em que o acolhimento se dá na escuta sensível e qualificada, no respeito mútuo, no

diálogo, no compromisso ético com a vida e a saúde e, nesse encontro que sempre é singular ocorre os processos de cuidado de si e do outro.

Além disso, considerando a PNAB, destaca-se a produção do cuidado com os usuários para promoção da autonomia e a participação social da comunidade. <sup>9</sup> Para que isto aconteça e a população compreenda a possibilidade de produzir saúde, entende-se que o acolhimento pode ser uma das tecnologias relacionais leves que deve ser considerada e utilizada com os mesmos e a favor destes.

No entanto, no contexto marcado pela produção de adoecimentos, de guerras, de desigualdades e de muita violência, ou seja, de uma sociedade em crise civilizatória e relacional, coloca-se desafios importantes para que o acolher, o aproximar e o cuidar da vida, da natureza e das pessoas passe a ter sentido estratégico. Assim, na área da saúde as implicações, impactos e desafios de repensar as relações tendo o acolhimento e o cuidado como elementos centrais para a saúde estão colocados no cotidiano dos serviços de saúde.

Acolher, na prática, requer a superação de algumas dificuldades, como um trabalho pautado em modelos tradicionais de relações verticalizadas e a falta de estrutura física adequada. Muitas vezes, ao focar nas fragilidades, o acolhimento aparece como uma atividade “nebulosa”, onde compreende-se os conceitos, mas ao verificar a atuação percebe-se estar de fora, com dificuldades de implicação tanto de profissionais da saúde, como de usuários. <sup>10</sup>

Segundo estudo realizado por Clementino et al.<sup>4</sup> a maior parte das equipes de Atenção Básica no Brasil, afirmaram não possuir protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea e/ou situações de urgência. Logo, no estudo de Coutinho et al. <sup>11</sup> pode-se verificar similaridades com o que já vem sendo colocado em reflexão aqui, podendo destacar que o acolhimento ainda não tem se encaixado dentro dos processos de atenção à saúde.

Para isso, se faz preciso olhar para o processo como uma prática baseada no respeito às habilidades e atendimento do sujeito, nas subjetividades, criando uma rede de conversação <sup>12</sup>, o que corrobora com o estudo de Cardoso et al. <sup>13</sup>, pois refere que o acolhimento acontece no decorrer das intervenções que se realizam diariamente nos processos de cuidado para além do momento de triagem que, muitas vezes, é confundido como acolhimento.

Quando o acolhimento acontece de forma isolada dos processos de trabalho em saúde “muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento”. (1 : <sup>14</sup>, 2010)

O ato de acolher em um serviço de saúde vai avante de compreender uma demanda ou de estar implicado com o problema de saúde que o paciente irá relatar, precisa ir além e, neste sentido, insere-se a importância do vínculo entre a população usuária e os trabalhadores e vice-versa. <sup>14</sup>

No acolhimento visualiza-se uma atitude que precisa ser instaurada em todos os processos de cuidado, desde os vínculos, até no recepcionar e escutar os usuários, humanizando o cuidado. Pode-se complementar ainda, que o acolher acontece dificilmente no discurso, mas efetivamente na prática. <sup>15, 12</sup>

Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa realizada foi analisar as práticas de acolhimento aos usuários/as de uma ESF, as percepções da equipe e os fluxos de atendimento na perspectiva de contribuir com a construção de propostas de organização do processo de acolhimento. A partir disso, descrever o perfil sociodemográfico dos membros da equipe da ESF; identificar e analisar como ocorre o processo de acolhimento dos usuários neste espaço, pontuando os atuais fluxos; compreender o conceito de acolhimento existente entre os integrantes da equipe; promover espaços de Educação Permanente com o tema do acolhimento para os trabalhadores de saúde que atuam no serviço estudado e envolver a equipe multiprofissional na elaboração de fluxos de atendimento que visem o acolhimento integral dos usuários.

## **Metodologia**

Este trabalho é fruto de uma pesquisa intervenção, com abordagem qualitativa de caráter descritivo, tipo estudo de caso. Esta forma de pesquisa é utilizada quando realizam-se análises diretas sobre os eventos, no estudo de caso surge a necessidade de atingir eventos sociais complexos, sendo que tendem a manter a singularidade dos fenômenos <sup>16</sup>. Sendo útil, quando espera-se suscitar aprendizado sobre aspectos profundos de vivências, envolvendo intervenções e ações de mudança. Além disso, Minayo <sup>17</sup> refere que esta forma de estudo elucida conexões da causa entre intervenções e questões da vida cotidiana.

A pesquisa foi realizada numa Estratégia Saúde da Família em um município do norte gaúcho que é campo prático da Residência Multiprofissional onde a pesquisadora atua. A amostragem incluiu 21 profissionais do quadro de funcionários, logo, todos são vistos como parte integrante e essencial para o desdobramento do trabalho. Após o aceite em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as informações foram coletadas em diferentes etapas.

Levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão no decorrer do trabalho de campo, houve uma perda, considerando que uma colaboradora estava em licença maternidade, três profissionais

fizeram parte da elaboração desta pesquisa, sendo automaticamente excluídas das análises e nenhuma recusa, tendo a amostra final de 17 participantes.

A coleta de dados se deu nos seguintes momentos: A pesquisadora observou como ocorre o processo de acolhimento na ESF e registrou em um diário de campo; após foi disponibilizado um questionário estruturado autoaplicável para caracterização sociodemográfica da equipe, em seguida foi entregue o diário de bordo aos integrantes da mesma, onde continha as seguintes questões orientadoras: “Qual o seu entendimento sobre acolhimento? “Relate experiências de acolhimento que você vivenciar durante a próxima semana e descreva uma experiência de acolhimento que lhe marcou em sua vida profissional dentro da ESF que você atua.”

Após tempo pré estabelecido, os diários de bordo foram coletados, sendo seus conteúdos transcritos na sua íntegra para posterior análise.

Para manter o anonimato dos trabalhadores, os diários foram identificados por pseudônimos: D1 (D = Diário), D2, assim por diante.

Após transcrição literal dos diários de bordo, estes foram lidos e sumarizados atendendo aos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência do conteúdo das respostas obtidas<sup>17</sup>. Na exploração do material, o produto individual foi examinado, alcançando-se categorias de expressões representativas do tema e de sua abordagem. Neste momento, foram identificadas vinte e três categorias empíricas, que foram agrupadas em três categorias. Das categorias resultantes do agrupamento, foram selecionadas as seguintes: O acolhimento na visão dos profissionais da saúde em uma ESF; O processo de acolhimento dos usuários na ESF e Desacomodar-se na prática do acolhimento, conforme o Quadro 1.

Posteriormente, tendo como base a análise dos “diários de bordo”, foi realizada a proposta de Educação Permanente para a equipe, sobre tema do acolhimento, com profissional convidada para detalhar sobre o assunto e, em seguida, mediar a dinâmica elaborada pela autora, para construção e reflexão de fluxos. Desta maneira, neste espaço foram aprofundados conceitos, analisados os processos desta prática para então, elaborar propostas de organização de fluxo do acolhimento na ESF. Este momento foi registrado, por escrito, em relatório específico.

Para elaboração do fluxo foram utilizadas planilhas de um trabalho desenvolvido em outro Estado, onde continham as faixas de cores de risco em que os pacientes se encontram quando acessam a ESF, assim identificados: azul, verde, amarelo e vermelho, assim como quadros de sinais de alerta, de vulnerabilidades, de queixas/sintomas<sup>17, 15, 18</sup> e com tais recursos, os profissionais que participaram da dinâmica de construção do fluxo foram divididos em quatro grupos, de variados cargos e desafiados a

criar um fluxo com os exemplos que foram expostos, trazendo para a demanda da realidade atendida diariamente na ESF em que estão locados.

Durante a dinâmica de construção dos fluxos, foi possível destacar pontos importantes sobre o acolher, tirar dúvidas e colocar em pauta a reflexão sobre a prática de cada indivíduo e as possibilidades de mudança, continuidade e inserção de um trabalho acolhedor e colaborativo também entre profissionais. Verificam-se alguns dos resultados palpáveis da educação permanente nos fluxos de atendimento construídos pelos profissionais que, na ocasião, se encontravam presentes (Figuras 1,2, 3 e 4).

O estudo seguiu a Resolução 466/201223, de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal da Fronteira Sul, através do CAAE 66850322.7.0000.5564 e o parecer nº 5.933.446.<sup>19</sup>

## **Resultados**

### **Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde da equipe pesquisada**

Os participantes da pesquisa (17) têm naturalidade diversa, com predominância do sexo feminino (15), sendo a faixa etária predominante dos 21 a 25 anos (7) e de cor branca (15), tendo como orientação sexual heterossexual (16) e em sua maioria solteiros (9). Destes, 11 com ensino superior completo e com renda de 3 a 4 salários mínimos (8). O tempo de atuação no SUS variou de 2 meses a 19 anos e na área de atuação de 5 meses a 20 anos. A prática na ESF em estudo foi de 4 meses a 14 anos, na sua maioria com vínculo empregatício de concurso público (7).(Quadro 2)

Dentre os profissionais que participaram da escrita encontram-se: auxiliar de limpeza, farmacêuticas, enfermeiras, agentes comunitárias de saúde, médico, psicólogas, cirurgiã dentista, estudante de medicina, agente administrativo, técnica de enfermagem e assistente de saúde bucal, estão inclusos nas categorias residentes multiprofissionais.

Conforme Coutinho et al. (11 :<sup>519</sup>, 2015) referem que “os principais profissionais citados no processo de acolhimento foram: auxiliar/técnico de enfermagem, gerente/gestor, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista e outros profissionais não ligados à saúde”, mostrando a importância da equipe multiprofissional no acolhimento, vindo ao encontro do que observamos neste estudo.

A respeito do grau de instrução dos profissionais, aqueles analisados possuem entre médio completo e pós-graduação, sendo que a maior parte possui Ensino Superior Completo. Diferente disso, foi

encontrado o estudo de Santana et al. <sup>20</sup>, que menciona o grau de escolaridade, porém não dos trabalhadores e, sim, dos usuários.

Alguns estudos que trazem como tema principal o acolhimento, expõem que foram realizadas entrevistas com profissionais da saúde, gestores e usuários <sup>7,5</sup>, percebe-se a dificuldade de encontrar estudos com profissionais da saúde que especifiquem os cargos, além de serem reduzidos os trabalhos com esse público.

### **O acolhimento na visão dos profissionais da saúde em uma ESF**

É possível destacar que os profissionais da equipe estudada possuem ideias sobre acolhimento que corroboram com os conceitos do Ministério da Saúde, onde destaca-se “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com”, “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”.<sup>(1 : 6, 2010)</sup> Logo, nas escritas retiradas dos diários de bordo, acolhimento é percebido como “atitude de inclusão”<sup>1</sup> o que se destaca nas seguintes falas:

“Acolhimento é olhar e escutar o outro com presença e entrega [...] de nos mostrarmos sensibilizados e entender o quanto tal problema implica e comove o outro”(D10).

“ [...] é vivência é estar aberto, disponível ao outro, nas diversas e inesperadas possibilidades de encontro” (D11).

“[...] O acolhimento fundado com base em um serviço humanizado é fundamental para se estabelecer um "elo" de confiança e compromisso entre usuários e a equipe do serviço” (D6).

O acolhimento na área da saúde pode ser compreendido como diretriz ética/estética/política constitutiva das formas de fazer saúde, é também uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualidade de escuta, elaboração de vínculo, garantia de acesso com responsabilidade e resolutividade nos encargos.<sup>1</sup>

Nos depoimentos abaixo verifica-se a percepção de acolhimento <sup>21</sup> como garantia para os usuários acessarem a recepção das instituições. O que pode-se analisar na seguinte fala:

“[...] o primeiro contato com o paciente, é o modo/maneira que recebemos o paciente na unidade logo que procura por atendimento [...]” (D4).

“Acolhimento é uma maneira dos usuários ingressarem na unidade de saúde” (D1).

Na visão de alguns trabalhadores, por vezes, conforme os diários de bordo, menciona-se que o acolhimento é um momento destinado a suprir demandas, dar resolutividade aos problemas <sup>1,2,3,4,22</sup>.

“ [...] pedir ajuda para solucionar alguns problemas”(D9).

“[...] dar resolutividade às necessidades das pessoas, ser solidário e empático com os indivíduos que têm demandas a serem supridas” (D1).

Quando a escuta não implica em se inserir na fala do outro, mas apenas em escutar. É possível afirmar haver uma escutação, um acolher a subjetividade <sup>23</sup>:

“ [...] Buscamos fazer com que o paciente entenda, que cada detalhe de seus acontecimentos tem importância, principalmente na questão de conversa, pois nestes últimos cinco dias de atendimento houveram pelo menos quatro pacientes adultos, que choraram na sala por relatos que nos fizeram” (D15).

“No meu entendimento sobre acolhimento [...] temos que ter empatia e saber escutar sem julgamentos [...]” (D2).

Esta prática une ações que possibilitam repensar a forma de trabalho das Estratégias Saúde da Família, envolvendo toda a equipe de profissionais no exercício da assistência, na escuta qualificada e resolução das questões de saúde dos pacientes. Neste sentido, vê-se o acolhimento como um tema de alta “relevância e centralidade”. <sup>8</sup>

“Acolhimento também é permitir que o outro seja protagonista de sua história, que consiga, através da escuta qualificada dos profissionais de saúde, encontrar respostas para suas dificuldades (...)” (D8).

Desta forma, é possível criar maneiras de cuidado, pautado nas fragilidades dos usuários e percebendo-o protagonista de sua saúde. <sup>24,25</sup>

Considerando a PNAB, destaca-se a produção do cuidado com os usuários para promoção da autonomia e a participação social da comunidade.<sup>9</sup> Para que isto aconteça e a população compreenda a possibilidade de fazer saúde, entende-se que o acolhimento pode ser uma das tecnologias leves <sup>26</sup> que deve ser considerada e utilizada com os mesmos e a favor destes.

### **O processo de acolhimento dos usuários na ESF**

O processo de acolhimento de usuários (as) na atenção básica é fundamental e se constitui ainda como um dos desafios no SUS. Ao analisar os relatos de experiência escritos nos diários de bordo, verifica-se divergência entre alguns discursos daquilo que compreendem que é acolhimento e a prática diária; havendo falas pautadas na objetividade das condutas clínicas, inclinadas a suprir demandas, como:

“Paciente vem a ESF à procura de atendimento para curativo em sua mão direita. [...] passada para avaliação do médico da ESF, recebe receita de [...] analgésico e antibioticoterapia + uso tópico, realizar troca diariamente e avaliar carteira de vacinas.” (D4)

A partir das análises é possível afirmar que, por vezes, o acolhimento aparece como uma atividade “nebulosa”, onde compreende-se os conceitos, mas ao verificar a atuação, percebe-se estar de fora.<sup>10</sup> Escutar é uma forma de acolher e dirigir o conflito entre o particular e o singular, pois suspira a linguagem em sua integralidade, é preciso acolher o outro em sua própria fantasia. Percebe-se aqui, que de modo contrário, o que ocorre é a “desescutação” do singular, fragmentando em fator particular.<sup>23</sup> O que evidencia-se na seguinte fala:

“Paciente [...], com comorbidades conhecidas, vem para consulta agendada e começa a relatar queixa [...] de síndrome gripal [...] Em meio a consulta começa a chorar, parece estar triste, cabisbaixo. Investigo a possibilidade de motivos para tal melancolia, paciente apenas afirma preocupações com seu estado de saúde. Insistindo sobre o estado de tristeza, apenas diz ser mais sozinho. [...] Segue choroso [...]. Ao final incentivo veementemente buscar acolhimento psicológico da unidade. Libero paciente do atendimento, porém mantenho o sentimento de preocupação com estado de melancolia do paciente e pouco frustrada por não conseguir ajudar/acolher todas as possíveis/aparentes demandas [...]”(D6)

No momento em que os atendimentos saem do roteiro esperado, fica evidente a necessidade de encaminhamento a outros profissionais.

Quando o acolhimento acontece de forma isolada dos processos de trabalho em saúde, o que ocorre “muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento”.<sup>(27 : 14,2010)</sup> Conforme observamos na fala a seguir: “Ao analisarmos o seu local verificamos que estava tudo bem e que o sangramento faz parte do processo de cicatrização” (D5).

São diversas as formas de compreender o tema, as aqui mencionadas, se corroboram com o que trazem Coutinho et al. e Takemoto e Silva<sup>11,21</sup>, no acesso descontinuado e atenção na demanda baseada no modelo médico centrado.

“Paciente relata que está tentando a vários dias agendar consulta com [...] médico que pediu exames, consciente que deveria mostrar para o mesmo que solicitou, desconhecendo que o seu histórico está no sistema, portanto, qualquer um dos dois médicos, têm conhecimento da sua situação”(D1).

“Esse acolhimento foi algo fora da caixa, pois normalmente seria feito por enfermeira ou médico” (D5).

Corrobora-se, em partes, sobre a importância de construir projeto terapêutico singular, propondo a autonomia e o cuidado próprio, a contar da responsabilização compartilhada entre estes sujeitos<sup>28,29</sup>. Sendo que, ao sugerir as escolhas que a paciente deve ou não realizar incide sobre o nível de autonomia que o usuário pode ter nos processos de cuidado.

Percebe-se que acolher enquanto conceito, está presente em toda a equipe numa visão ampliada, porém nos relatos das práticas, verifica-se um discurso focado em condutas médicas. O acolhimento é uma potencial tecnologia leve 26, com baixos custos, que pode ser utilizada no intuito de diminuir demandas e, ao mesmo tempo, atendê-las, com orientação, reflexão e, por vezes, sem necessidade de intervenções de tecnologias pesadas e de altos custos. No entanto, as fragilidades presentes no sistema de saúde, dos processos de formação de profissionais da saúde, da falta de preparo e estudo das políticas públicas e ações que foram consideradas potenciais, percebe-se a necessidade de qualificar os processos de cuidado em saúde.

Por fim, no decorrer desta categoria é possível comparar a ideia destas práticas com o início da lógica que construiu o projeto Previne Brasil<sup>30</sup>, pois coloca em pauta a quantidade de procedimentos, ao invés de qualidade nos atendimentos, levando em consideração uma ideia mercadológica de lucrar dinheiro e onde prestar um serviço de qualidade não é pauta principal, nem tão importante quanto fazer mais atendimentos, visar alto número de atendimentos, fugir da diminuição de índices e indicadores.

### **Desacomodar-se na prática do acolhimento**

Quando fala-se no acolhimento uma das ideias marcantes da equipe avaliada é do trabalho Multiprofissional, conforme escritas trazidas por Campos et al. <sup>5</sup> cada profissional tem o seu papel de protagonista do cuidado, aumentando e incluindo repertórios de outras abordagens e orientações, não somente às médico centradas, para as enfermidades e demandas.

“Conseguimos fazer uma escuta qualificada, (...), pois estávamos em dupla no momento do acolhimento, o que permite aos profissionais um maior conforto, ao dividir a escuta [...] e dar conta das demandas trazidas”(D8).

Confirmando-se que o acolhimento, além de ser um princípio é um dispositivo que possibilita reorganizar os trabalhos em saúde, assim como os relacionamentos entre trabalhadores e usuários, tendo como princípios a responsabilização mútua e escuta qualificada, sem deixar de fora o compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. <sup>1, 2, 3, 4</sup> Além disso, percebe-se que acolher não é responsabilidade de um ou outro profissional, mas sim da equipe em geral, sem exceção, algo que deve acontecer em todo momento, durante qualquer atendimento. 27, 31

“[...]um dos pacientes relatou que participou de um grupo organizado pela ESF. Apesar do medo e vergonha do início, ao longo do grupo foi se sentindo mais confortável pelo ânimo e incentivo dos

profissionais de saúde presentes, bem como a presença de (...), que já conhecia. Pretende frequentar todas as semanas a partir de agora.” (D10)

Além disso, é possível vislumbrar o acolhimento como algo que acontece no decorrer das intervenções que se realizam diariamente.<sup>13</sup>

“[...] a paciente procurou o serviço de saúde para solicitar apoio para seu filho usuário de drogas, pois estava desesperada. [...] após escutar toda sua situação, foi perguntado como a mesma estava se sentindo, questionando sobre sua rede de apoio, vínculo, sua saúde. [...] Realizado contato com outros pontos necessários da rede e o encaminhamento adequado da situação” (D16).

Visualiza-se o desdobramento do acolhimento como uma tecnologia leve essencial, indicando ser o que permite aumento efetivo de acessibilidade universal à Atenção Básica e aos outros pontos do sistema.

<sup>5, 6, 7</sup>

“Este acolhimento foi muito desafiador, pois fugiu um pouco da minha zona de conforto, e dos acolhimentos que costumo fazer, mas foi de extrema importância para a paciente expressar seus sentimentos” (D3).

“E no meio de um acolhimento a gente descobriu o motivo da paciente vir até a unidade, pois estava grávida e todos opinaram sobre sua gestação e isto estava lhe incomodando. Além disso, tinham outros pontos, como o dela não poder escutar direito, ser muito nova e não saber lidar com as agressões que sofria verbal e fisicamente de sua própria mãe. Então, o principal era deixar ela segura para ter uma gestação saudável e equilibrada. (..) Acho que é um trabalho bom quando o paciente entende sua necessidade de ser ajudado, entende que vir a unidade é um meio já de buscar uma ajuda, é um pedido de socorro” (D12).

Para que haja o acolhimento efetivamente, é necessário sair da “zona de conforto” e haver movimentos de todos os envolvidos, não apenas dos profissionais, mas também dos gestores e usuários. Para isso, se faz preciso olhar para o processo como uma prática baseada no respeito às habilidades e atendimento do sujeito nas subjetividades, criando uma rede de conversação. 12

### **Considerações finais**

Pode-se afirmar que o acolhimento deve ser realizado de forma subjetiva, os estudos relacionados ao tema sugerem particularidades e singularidades inerentes ao grupo acolhedor. Sobre a equipe em questão, a construção dos fluxos (Figuras 1,2,3 e 4), deve levar em conta o movimento do território, para que o processo se torne receptivo, tanto para quem acessa, quanto para quem oferta o serviço.

Desde o início desta pesquisa, percebe-se o começo de alguns movimentos para que mudanças iniciassem na ESF ou retornassem a ser como eram antes do período pandêmico da COVID- 19. Houve inserção do Acolhimento Multiprofissional na agenda dos trabalhadores do serviço e dos residentes, desta maneira a ideia do acolher teve espaço aparente, consistente e possível para todos, principalmente para os especializandos.

Torna-se necessário aprofundamento do estudo com análise da percepção dos profissionais, sobre acolhimento de demanda espontânea no intuito de motivar os trabalhadores a refletirem suas práticas e aprimorá-las. Principalmente pelo fato da rotatividade dos profissionais, que por vezes não conhecem o fluxo e têm dificuldade de entender o serviço. Além disso, compreende-se que este trabalho possui características e conteúdo a ser examinado, sendo assim sugere-se realização de outro artigo contendo as informações e discussões potentes que a Educação Permanente gerou, além da elaboração dos fluxos de atendimento.

Por fim, o acolhimento pode ser utilizado no intuito de diminuir demandas e ao mesmo tempo atendê-las, com orientação, reflexão e sem necessidade do uso de tecnologias duras e de alto custo para o poder público. Acolher envolve um desafio multi e interprofissional no cuidado, tanto dos usuários, quanto dos próprios profissionais, exigindo flexibilidades, atualizações e constante movimento daqueles que se encontram à frente de qualquer serviço. Um acolhimento qualificado pode tornar os indivíduos parceiros e contribuintes para um território melhor, uma comunidade realista, que se une para criar estratégias para utilizar os recursos existentes de forma consciente, adequada, efetiva e de alguma forma transparente.

## **Agradecimentos**

Sou grata pelas pessoas que estiveram comigo desde o início da minha trajetória, se eu mencionar nomes estarei sendo ingrata com alguém, pois foram tantos compartilhamentos, ensinamentos e conhecimentos obtidos e me sujeito a dizer de alguma forma transferidos, que somente agora, ao final desta trajetória posso perceber o quanto valeu a pena percorrer este caminho. Foi árduo, porém valioso e potente.

A intensidade do percurso se destacou no verbo viajar, em duplo sentido. No sentido literal, pois quando refletido na retrospectiva é possível sentir a emoção de poder compartilhar esse tempo com pessoas que ensinam ser melhor a cada dia. Diante disso, para ser uma profissional especialista e humana extramuros, é preciso continuar em constante busca.

Logo, no sentido não literal, as viagens vão além, a imaginação cria espaço para muitas oportunidades de crescimento, tanto profissional, quanto pessoal.

Viaja-se em teorias, criam-se formas de se vincular, viaja-se no mundo das crianças, dos adultos, dos idosos e usa-se o bom humor ou não, porque nem sempre é assim, para organizar tudo aquilo que é proposto durante os dois anos da Residência Multiprofissional em Saúde.

Por fim, o que resta é agradecer a todas as pessoas que estiveram nos bastidores dessa viagem, na carona, no trajeto, no comando, na direção e poder contar com todas para iniciar a próxima viagem.

## Referências

- <sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em: 5 set. 2022.
- <sup>2</sup> FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 15(2): 345-53, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2022.
- <sup>3</sup> GUERRERO, P.; MELO, A.S.L.F; ANDRADE, S.R.; ERDMANN, A. L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto – enferm**. 22:1: 132–403, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFCrD8Fj684M8grt95Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2022.
- <sup>4</sup> CLEMENTINO, F. de S.; GOMES, L. B.; VIANNA, R. P. de T.; MARCOLINO, E. de C.; ARAÚJO, J. P.; CHAVES, T. V. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-Ab) **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 4 n. 1, 2015. DOI:<https://doi.org/10.35572/rsc.v4i1.241>. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/241/239>. Acesso em: 5 set. 2022.
- <sup>5</sup> CAMPOS, G.W.S; NETO, P.P; TESSER, C.D. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(3), 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5CPdsP8KcY736w7qnJqg9PJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.
- <sup>6</sup> PAULA, A.F. **Acolhimento: Uma estratégia necessária para a ESF Bom Jesus**. UFMG. Minas Gerais; 2010.
- <sup>7</sup> BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(3): 3569-78, 2014. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032)>. Acesso em: 12 out. 2022.

<sup>8</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: 1. ed.; 1. reimpr. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 10 out.2022.

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em :[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 02 mai. 2022.

<sup>10</sup> GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 35(2): 144-149, 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em 10 out.2022.

<sup>11</sup> COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105 , pp. 514-524, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Disponível em:  
[scielo.br/j/sdeb/a/p6vvLB8N6CbmLZFF4SXdxXS/?format=pdf&lang=pt](https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018). Acesso em: 12 out.2022.

<sup>12</sup> LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

<sup>13</sup> CARDOSO, L. S. C. *et al.* Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. **CuidArte Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.

<sup>14</sup> LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**. v. 39, n. 104 , pp. 114-123, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKxQnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/?lang=pt>. Acesso em 17 nov. 2022.

<sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 5 set. 2022.

<sup>16</sup> YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

<sup>17</sup> MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

- <sup>18</sup> PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO *et al.* Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo: Acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo na atenção primária à saúde** / Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2023. 42p.
- <sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 07 set. 2022.
- <sup>20</sup> SANTANA, J. C. B.; FORTES, N. M.; DE ANDRADE, A. V.; SOARES, A. P. F.; MONTEIRO LIMA, J. R. Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], 2012. DOI: 10.19175/recom.v0i0.199. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/199>. Acesso em: 2 out. 2023.
- <sup>21</sup> TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.
- <sup>22</sup> MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- <sup>23</sup> DUNKER, C. **Paixão da Ignorância: a escuta entre Psicanálise e Educação.** Coleção Educação e Psicanálise, vol.1. Christian Dunker, São Paulo: Editora Contracorrente, p.39, 2020.
- <sup>24</sup> CAMPOS, G.W.W.; **Reforma da Reforma, repensando a saúde;** HUCITEC, S. Paulo, 1997.
- <sup>25</sup> FREIRE, P. **Pedagogia da esperança.** 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- <sup>26</sup> MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo (SP):Hucitec; 2002.
- <sup>27</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- <sup>28</sup> MITRE S.M, ANDRADE E.I.G, MITRE R.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2012; 17(8): 2071-2085.
- <sup>29</sup> LOPES G.V.D.O, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev Bras Enferm** 2014 jan-fev; 61(1): 104-10.
- <sup>30</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da portaria de

Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da saúde, 2019. Disponível em

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/arquivos/portaria-no-2-979-de-12-de-novembro-de-2019.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2024.

<sup>31</sup> MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. enferm. UERJ.** 19(3):457 – 562, 2011.

**Quadro 1.** Lista de Categorias e Temas

Temas	Categorias
<p>Ouvir com disponibilidade Acolher através do vínculo criado Estar à escuta Acolher com equidade Meio de possibilitar protagonismo do sujeito Acolher como aliança com a produção de vida Importância dos gestos e detalhes da prática do acolhimento Compreensão do acolhimento na prática diária Importância Da Capacitação Dos Profissionais Dar exemplo sobre outras experiências e orientar Acolhimento através do vínculo criado Autonomia no discurso ou na prática? Acolher: um momento para opinar Diferente Forma de acolher? Acolhimento dos colegas de trabalho</p>	<p>O acolhimento na visão dos profissionais da saúde em uma ESF</p>
<p>Acolhimento como forma de reorganizar os serviços de saúde Forma de acesso ao serviço A escuta inserida na prática do acolher Acolhimento pautado na conduta clínica Acolhimento como porta de entrada para críticas construtivas ao serviço Acolher como dar resolução</p>	<p>O processo de acolhimento dos usuários na ESF</p>
<p>Inserção do trabalho Multiprofissional no acolhimento Acolher é sair da zona de conforto</p>	<p>Desacomodar-se na prática do acolhimento</p>

**Fonte:** Elaborada pelas autoras

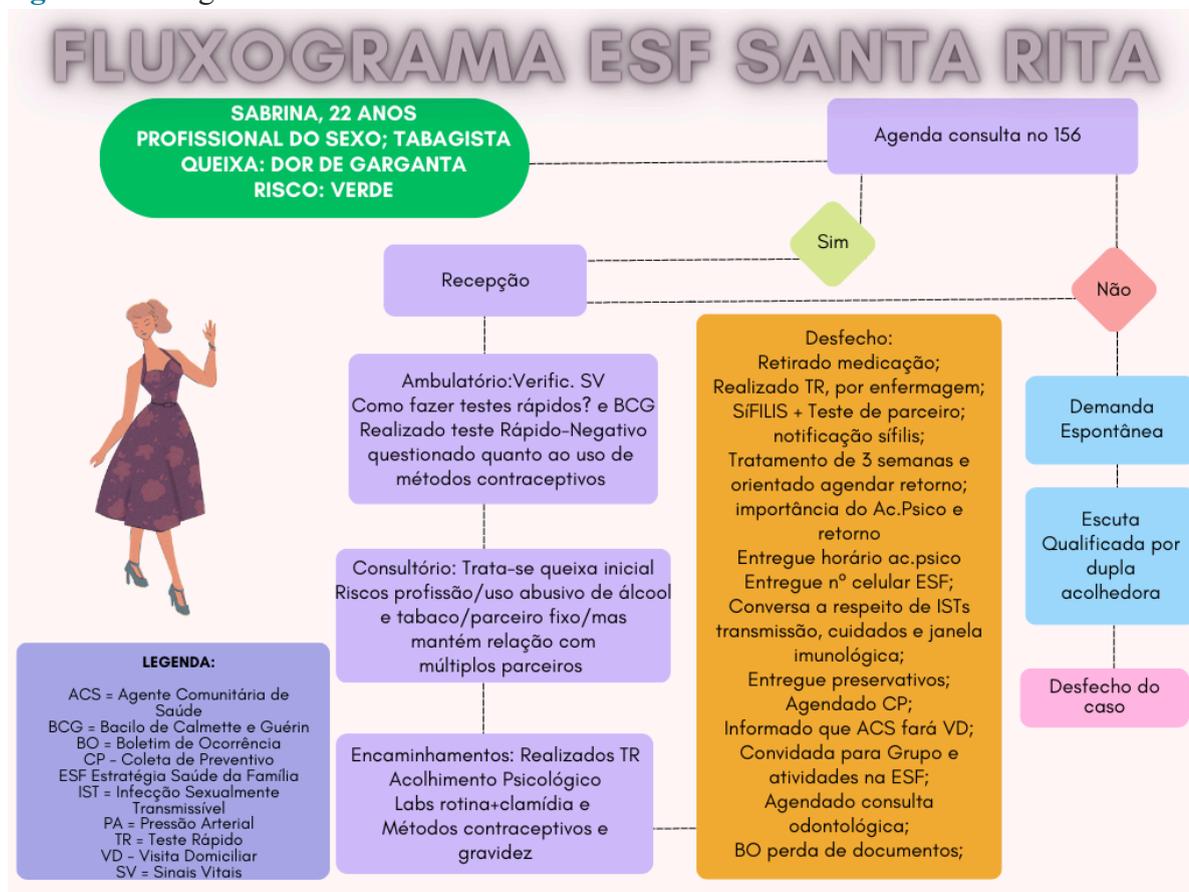
**Quadro 2.** Perfil Sociodemográfico

Naturalidade	Ibirubá	1
	Paim Filho	1
	Cachoeirinha	1
	Serafina Corrêa	1
	Brasil	2
	Marau	4
	Passo Fundo	2
	Santana do Livramento	1
	Manhaçu	1
	Canoas	1
	Porto Alegre	1
	Lagoa Vermelha	1
	Profissões	Auxiliar de Limpeza
Farmácia		3
Enfermagem		3
ACS		3
Médico		1
Psicóloga		1
Cirurgiã Dentista		1
Estudante Medicina		1
Agente Administrativo		1
Técnica enfermagem		1
Assistente de saúde bucal		1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	15
Faixa Etária	21 a 25 anos	7
	26 a 35 anos	5
	36 anos ou mais	5
Raça e Etnia	Branco	15
	Afrodescendente	1
	Pardo	1
Identidade de Gênero	Cisgênero	17
Orientação Sexual	Heterossexual	16
	Bissexual	1
Estado Civil	Solteiro(a)	9
	Casado(a)/mora com companheiro (a)	2
	União Estável	6
	Ensino Superior Incompleto	1

Escolaridade	Ensino Superior Completo	11
	Ensino Técnico Completo	2
	Ensino Médio Completo	2
	Outro. Qual? Pós-graduação	1
Renda total mensal de sua família	De 1,0 a 2,0 salários mínimos ou R\$ 1212,000 a R\$ 2424,00.	1
	De 2,0 a 3,0 salários mínimos ou de R\$ 2424,00 a R\$ 3636,00.	3
	De 3,0 a 4,0 salários mínimos ou de R\$ 3.636,00 a R\$ 4848,00.	8
	De 4,0 a 5,0 salários mínimos ou de R\$ 4848,00 a R\$ 6060,00.	2
	Acima de 5,0 salários mínimos ou acima de R\$ 6060,00	3
Quanto tempo atua no SUS?	2 meses e 19 dias, 3 meses, 1 ano e 2 meses, 1 ano e 7 meses, 2 anos e 6 meses, 3 anos (2), 5 anos, 7 anos (2), 8 anos (3), 9 anos e 6 meses, 13 anos, 14 anos, 19 anos	
Quanto tempo atua na área?	5 meses, 9 meses, 1 ano e 2 meses, 1 ano e 4 meses, 1 anos e 7 meses, 2 anos e 6 meses, 3 anos, 3 anos e 2 meses, 5 anos, 7 anos (2), 8 anos (2), 10 anos, 13 anos, 20 anos (2)	
Quanto tempo atua na ESF Santa Rita?	4 meses, 1 mês, 2 meses e 19 dias, 3 meses, 9 meses, 1 anos e 2 meses, 1 ano e 4 meses , 1 ano e 5 meses, 3 anos, 3 anos e 2 meses, 7 anos (3), 8 anos (2), 9 anos e 6 meses, 14 anos e 4 meses	
Descreva qual seu vínculo empregatício	Contrato/processo seletivo	3
	Concurso público	7
	Outro. Qual? Terceirizado	1
	Outro. Qual? Estágio	1
	Outro. Qual? Residência	5

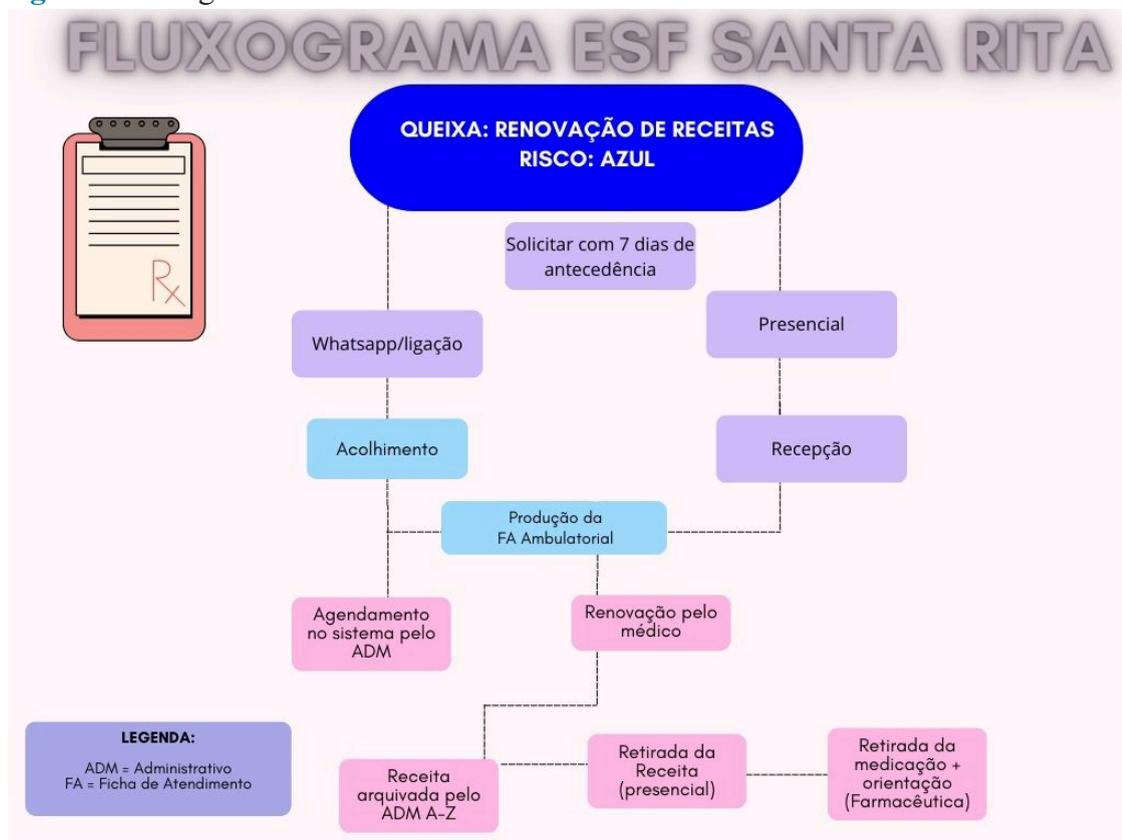
**Fonte:** Elaborada pelas autoras

Figura 1. Fluxograma Risco Verde



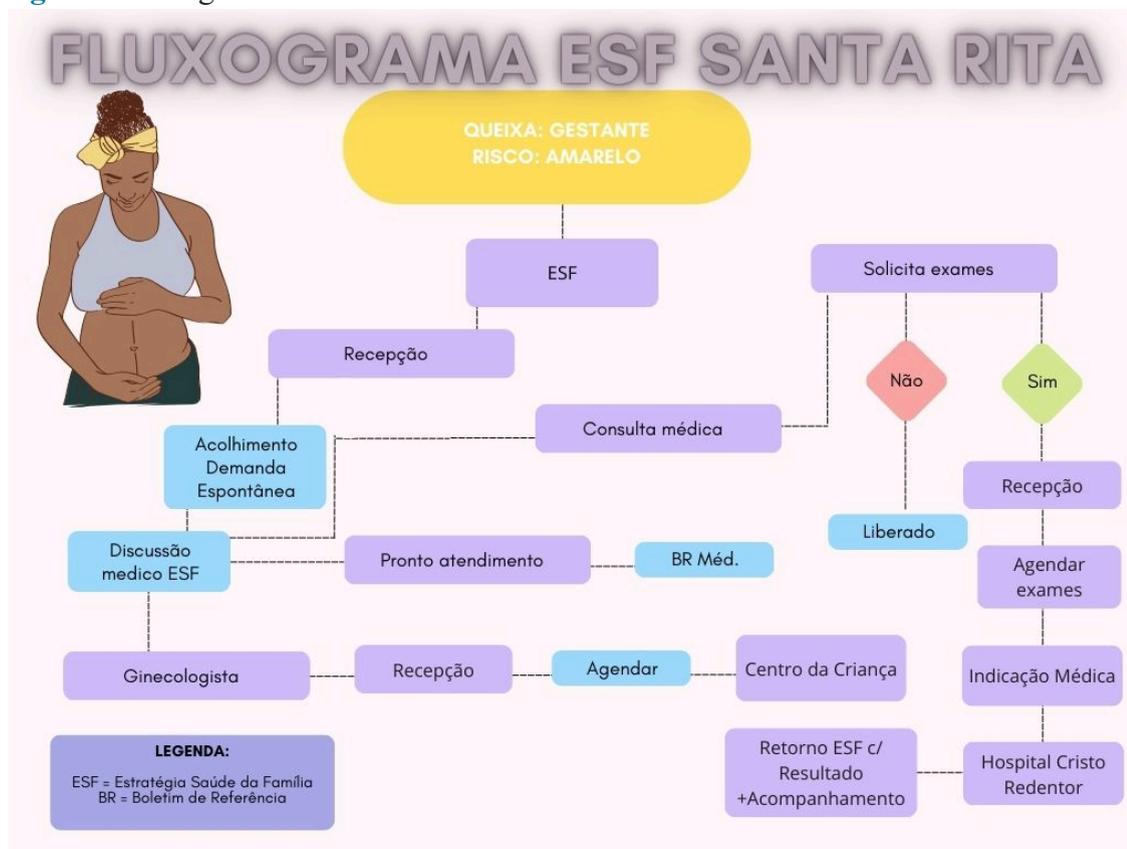
Fonte: Criado pelas autoras a partir da Educação Permanente

**Figura 2.** Fluxograma Risco Azul



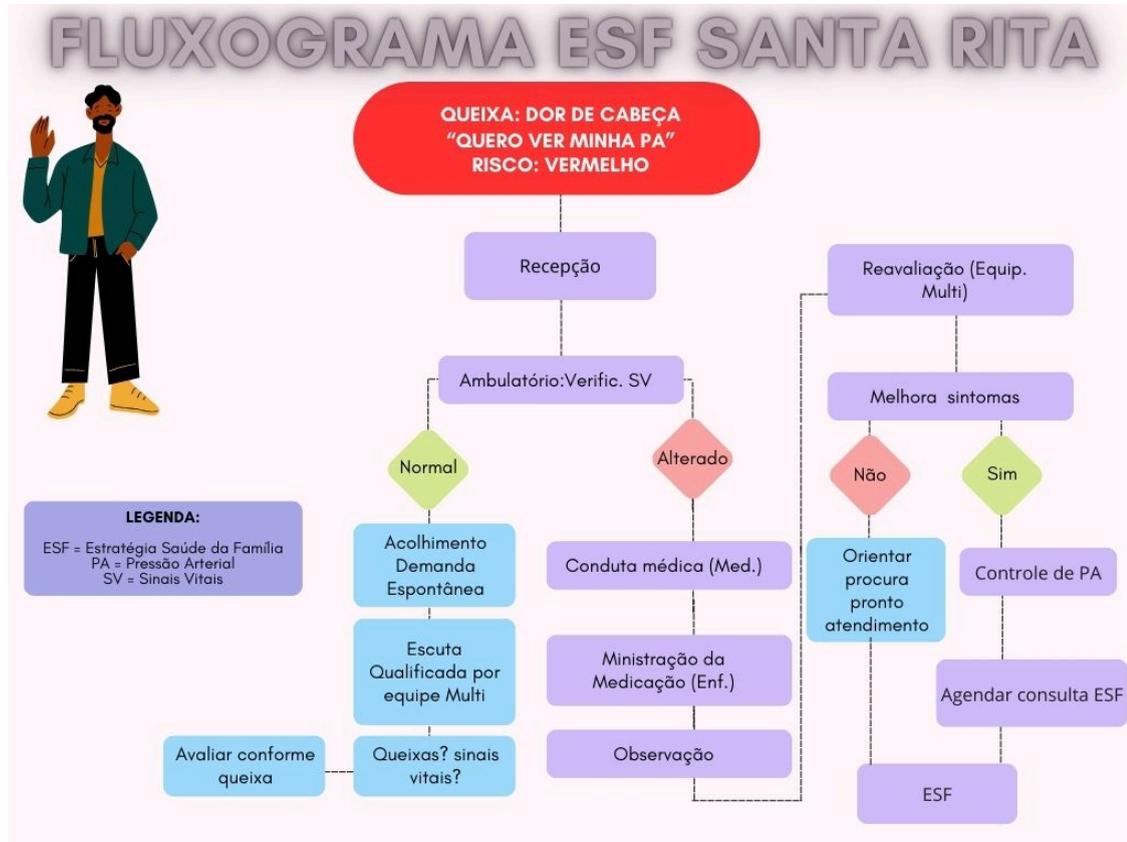
**Fonte:** Criado pelas autoras a partir da Educação Permanente

**Figura 3.** Fluxograma Risco Amarelo



**Fonte:** Criado pelas autoras a partir da Educação Permanente

Figura 4. Fluxograma Risco Vermelho



Fonte: Criado pelas autoras a partir da Educação Permanente