

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E
ATENÇÃO DE SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Paola da Silva Diaz

**VISÃO DOS TRABALHADORES DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO**

Santa Maria, RS

2016

Paola da Silva Diaz

**VISÃO DOS TRABALHADORES DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção no Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/ESF**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Terezinha Weck Weiller

Santa Maria, RS
2016

RESUMO

VISÃO DOS TRABALHADORES DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

AUTORA: Paola da Silva Diaz
ORIENTADORA: Terezinha Weck Weiller

O acolhimento pode ser entendido como uma tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde. O presente estudo intuiu debater sobre o acolhimento existente em fase de implementação numa Estratégia de Saúde da Família da região central do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, visou prover subsídios sobre o tema para os profissionais da área da saúde. O objetivo foi analisar e evidenciar as principais questões que se relacionam com a implementação do acolhimento da referida ESF. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática. A amostra foi constituída por nove trabalhadores atuantes na ESF. Os resultados apresentados foram organizados sob forma das seguintes categorias: Acolhimento como primeiro contato usuário-profissional; Acolhimento sistematizado; Dificuldades trazidas com o acolhimento; Facilidades trazidas com o acolhimento; O acolhimento. Os trabalhadores percebem que sua implementação pode ser considerada mais delicada e complexa do que sua implantação.

Palavras-chave: Acolhimento. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

VISION OF WORKERS OF A FAMILY HEALTH STRATEGY ON IMPLEMENTATION OF THE EMBRACEMENT

AUTHOR: Paola da Silva Diaz
ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

The host can be understood as relational technology to develop and strengthen affection, enhancing the therapeutic process among the population, professionals and managers of the health system. This study intuited discuss the existing host in the implementation phase in a strategy of Health of the central region of the state of Rio Grande do Sul. In addition, aimed to provide input on the topic for health professionals. The aim was to analyze and highlight the main issues that relate to the implementation of the host of that ESF. This is a descriptive and exploratory research with qualitative approach. We used the technique of thematic analysis content analysis. The sample consisted of nine employees working in the FHS. The results were organized in the form of the following categories: Home as the first user-professional contact; Home systematised; Difficulties brought by the host; Facilities brought to the host; The host Multiprofessional.

Keywords:User Embracement. Health Services Accessibility. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento importante ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do Governo Federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles referentes ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é assumida com o pressuposto de transformar as práticas de atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nela atuam, já que visa superar o modelo curativo, individual e desconexo do contexto social para assumir proporções bem mais amplas e efetivas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde (RONZANI, 2008). Sua função é atender a demanda diária da unidade de saúde, fazendo com que os usuários tenham resolutividade dos problemas ou encaminhamento para outros serviços, quando necessário, por meio da equipe multiprofissional (COELHO, 2009).

Nesse sentido, o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde (OLIVEIRA, 2010). Depreende-se que uma unidade de saúde seria capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, revendo necessidades e prioridades, realizando a classificação por risco, evitando, na medida do possível, as filas por ordem de chegada, e, principalmente, a espera desnecessária dos usuários (OLIVEIRA, 2010).

Para Merhy (1997), é necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Desta forma, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são dispositivos necessários para esta mudança de paradigma.

Diante do exposto, a questão norteadora do estudo foi: qual avisão que os trabalhares da ESF possuem sobre a implementação do acolhimento? O estudo teve como objetivo analisar e evidenciar as principais questões que se relacionam com a implementação do acolhimento na visão dos trabalhadores em uma ESF da região central do estado do Rio Grande do Sul.

Além disso, visou prover subsídios sobre o tema para os profissionais da área da saúde. Assim, pretendeu-se aprofundar a temática partindo de uma realidade onde as atividades são realizadas de modo multiprofissional, tendo em vista que os pesquisadores que conduziram o estudo são residentes do Programa de Residência Multiprofissional atuando no sistema público de saúde.

A realização desta pesquisa justificou-se pela importância de se obter uma reflexão acerca do processo de implementação do Acolhimento Multiprofissional em uma ESF, o qual já vem ocorrendo desde 2014.

METODOLOGIA

A abordagem do estudo foi qualitativa, tendo em vista que é a mais adequada para a busca de informações relacionadas à subjetividade dos sujeitos, captando os significados e significações expressas acerca dos fenômenos em estudo. A pesquisa é do tipo descritiva-exploratória. Minayo (2010) traz a pesquisa qualitativa como aquela que se aplica ao estudo da história, das relações, das significações, das crenças, das percepções e das opiniões, aquela que resulta nas interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus objetos e a si mesmos, sentem e pensam.

Destaca-se que a abordagem sobre o tema acolhimento iniciou-se no primeiro semestre do ano de 2014, por meio de discussões em reuniões de equipe, as quais foram instigadas de modo especial pelos residentes das turmas 2012-2014 e 2014-2016 que estavam vivenciando suas práticas no campo em questão. Os debates seguem acontecendo entre os profissionais sob forma de educação permanente em reuniões de equipe.

A pesquisa foi realizada no município de Santa Maria, no território adscrito por uma ESF na região central do estado do RS. O território adscrito da ESF em questão abrange cerca de 4000 pessoas. É um espaço de muita diversidade cultural, social, étnica e religiosa por parte dos moradores.

O estudo foi realizado com nove trabalhadores da ESF, incluindo profissionais da área da enfermagem, medicina, psicologia, educação física e os agentes comunitários de saúde. Utilizou-se o critério de saturação teórica para definir o tamanho da amostra, ou seja, a coleta foi encerrada quando se avaliou que novas entrevistas não

contribuiriam mais para a formação de novos conceitos e evolução da teoria (STRAUSS, A.; CORBIN, J., 2008).

Nesse sentido Minayo (2010) destaca que é preciso considerar os participantes da pesquisa em número suficiente para que se possa ter certa reincidência das informações, considerando assim a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa.

Dessa forma, na presente proposta de pesquisa a saturação dos dados se deu com 10 sujeitos. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada no período do segundo semestre de 2015. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pelas próprias pesquisadoras.

Os dados foram analisados com base no referencial proposto para análise de conteúdo. Neste caso, será utilizado o referencial de Minayo (2010). Para o referido autor, a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Para tal análise, primeiramente reuniu-se o corpus de análise como as entrevistas e documentos pertinentes ao estudo, após executou-se uma pré-análise dos dados coletados por meio de uma leitura flutuante e categorização dos dados a partir de uma leitura aprofundada do material de análise, quando estabeleceu-se categorias e/ou subcategorias que foram interpretadas e discutidas com base em produções já publicadas sobre o assunto.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSM) por meio da Plataforma Brasil, o qual foi aprovado sob o CAAE nº19349113.0.0000.5346.

Somente após a tramitação de todos os requisitos exigidos, foi iniciada a coleta de dados. Os sujeitos da pesquisa somente participaram após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordância com o mesmo, ficando (após coleta de assinatura) de posse de uma via deste documento (a outra via ficou em posse das pesquisadoras), tudo em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

É importante salientar que todos os preceitos éticos de pesquisa foram observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como,

autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

Cada sujeito do estudo recebeu um código (identificados de T01 a T10) na reprodução das falas, o qual foi utilizado para registro em nosso banco de dados.

A pesquisa não apresentou riscos diretos aos participantes. Os pesquisadores comprometem-se a manter a confidencialidade dos dados, bem como a utilizá-los somente para fins da referida pesquisa, de acordo com o exposto em Termo de Confidencialidade. As pesquisadoras se comprometeram em compartilhar os achados com os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde envolvidos nesta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por novetrabalhadores com média de idade de 35 anos. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos entrevistados apresenta formação em nível superior. Com exceção dos ACS que estão há mais tempo inseridos no campo, a média do tempo de atuação no serviço corresponde há 2 anos.

Neste tópico serão abordados os principais achados do estudo, os quais serão apresentados em forma de categorias temáticas.

A definição de acolhimento atribuída pelos profissionais entrevistados perpassa por duas ideias, primeiramente definindo o acolhimento como àquele que é realizado de modo geral por todo e qualquer trabalhador atuante na ESF, evidenciando assim a categoria *acolhimento como primeiro contato usuário-profissional*, e aquele que é realizado de maneira sistematizada e organizada por profissionais da equipe de saúde formando a categoria *acolhimento sistematizado*.

Por haver momentos em que o acolhimento é sistematizado e em contrapartida em outros ele ser realizado de forma espontânea, sem um roteiro definido que assegure uma escuta qualificada, os profissionais expõem que há a necessidade de avançar em algumas definições, e que a equipe entenda o acolhimento de uma maneira uniforme, no sentido de organizar o processo de trabalho e compreensão do que é, de quando, por quem e como o acolhimento deve ser realizado pela equipe.

Normalmente o acolhimento é pela manhã, e a tarde a gente não abre assim ah tem acolhimento, mas a gente nunca deixa a pessoa ir embora sem alguém atender, sem algum profissional escutar. T01

... eu consigo fazer o acolhimento do jeito que eu faço acolhimento, não tem um padrão, tem algumas coisas que a gente mais ou menos sabe o que deve ser feito T07

É difícil conhecer o que é o acolhimento, definir mesmo o que é acolhimento para a unidade, não tem um certo e um errado, mas eu acho que para a equipe ter a mesma fala sabe, que daí um dia eu estou no acolhimento faço o acolhimento de um jeito, daí outro dia é outro jeito de fazer o acolhimento, eu acho que isso também acaba dificultando para nós e para os usuários. T07

Delineando a primeira categoria temática, os sujeitos do estudo conceituam que acolhimento é o primeiro contato que o profissional faz com o usuário, quando se adota uma postura receptiva com a pessoa que busca por uma atenção dentro do serviço de saúde.

Acolhimento envolve tudo, desde a hora que ele entra até a hora que ele te encontra...A gente faz o acolhimento já na sala de espera, quando a gente conhece e reconhece os usuários, a gente chama eles pelo nome, pergunta como é que eles estão, como é que está a situação...T07

Seria o primeiro contato, a primeira conversa ali, seja se vai ter outro profissional que vai atender depois ou não, mas seria o primeiro contato para saber qual é a demanda desse paciente. T03

A ideia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diferentes espaços do SUS. Tal experiência tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer essa extensa trajetória, ao discutir sobre acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo. Sobre as definições do que é acolhimento, estudos apontam que essa questão não é a mais importante, o acolhimento definido em teoria, é insuficiente se observado de maneira

isolada, pois é na prática que se identifica os principais significados e viabilidades de uma nova forma de prestar assistência. (BRASIL, 2010).

Acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade foram primordialmente citados por Merhy et al (1994) como eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida. O autor defende que acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde, onde os usuários e profissionais produzem uma relação de escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles.

Para os trabalhadores é no encontro que acontece entre o usuário e o profissional que o acolhimento passa a existir. Assim, para além de uma simples oferta de informações às pessoas, o trabalhador se apresenta receptivo aos usuários, ele busca a realização de uma escuta qualificada e comprometida, para que as necessidades do usuário sejam identificadas de forma mais ampla e suas demandas sejam encaminhadas e resolvidas de maneira mais efetiva, otimizando assim, a qualidade da atenção prestada no serviço de saúde.

O acolhimento emerge centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas sensíveis, nos modos de lidar com o imprevisto, nas maneiras de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num posicionamento ético situacional. (BRASIL,2013). Assim, passa a exigir uma postura profissional adotada pelo trabalhador, que objetiva possibilitar que o usuário seja percebido em sua singularidade, e permita que ele visualize o seu lugar dentro dos serviços de saúde como um espaço de resolutividade de suas demandas.

O Acolhimento não tem lugar nem hora certa para ser realizado, pode ser realizado por qualquer profissional da saúde... é uma postura ética que tem que ter a pessoa, com o propósito de ter o usuário como protagonista, escuta-lo e resolver também os seus problemas, entendendo a saúde como não só uma definição de saúde física, mas também todos os outros aspectos que envolvem a definição de saúde, como psicológicos, culturais, sociais. T05

Corroborando com a fala do entrevistado, cabe salientar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim, uma postura ética que não prevê hora ou profissional específico para realizá-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções. Dessa forma é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa

do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2010)

Entende-se então que não basta o acolhedor ouvir o que a pessoa fala, ele precisa escutar, buscar compreender de forma integral o sujeito, valorizando a oportunidade de identificar demandas até então não exploradas ou identificadas, mas que influenciam na saúde e qualidade de vida da pessoa. É nesse sentido que se torna mister a utilização da escuta qualificada como instrumento de trabalho.

Conforme Maynard (2014) a sensibilidade do usuário em relação ao sentir-se escutado, proporciona implicações terapêuticas diretas para seu tratamento. É decisivo, para este, que o profissional realize a escuta deliberada, que lhe possibilite o aprofundamento na sua dinâmica interior. Reforçando assim, que quando não há escuta, há a regressão de seu tratamento, sendo potencializados sentimentos negativos geradores de conflitos interiores, e às vezes decisões trágicas.

Posterior à definição do acolhimento como sendo o primeiro contato usuário-profissional, em contrapartida os entrevistados colocaram a questão do acolhimento realizado de forma sistematizada, àquele que acontece de modo organizado, com uma estrutura física delimitada e com profissionais a disposição especificamente para a escuta e avaliação das necessidades do usuário.

... também tem o acolhimento quando a gente estrutura ele, dentro da sala ali, para uma organização. T07

... depois do primeiro contato, tu pode fazer um acolhimento com classificação de risco. T01

... Aqui na unidade a gente tem um local específico para isso T03

... tem a questão clínica do acolhimento que é feita aqui na unidade e que precisa ser explorada...T02

Essa segunda definição vai ao encontro das discussões que se referem ao acolhimento com classificação de risco, aquele que exige um profissional capacitado para tal execução. Quando o acolhimento é realizado de modo sistematizado tem a intenção de evidenciar, avaliar e classificar as necessidades/queixas trazidas pelos usuários, em especial atentando para a possível demanda clínica, para então dar o correto direcionamento desse usuário. Nesse momento é importante uma observação trazida por Maynard (2014) que diz que o usuário tece os elementos necessários para uma escuta qualificada, incluindo a liberdade, confiança, compreensão, paciência,

atenção e disponibilidade para ajuda, abertura à fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação, e sigilo.

Alguns estudos, como o de Nascimento et al (2011), apesar de darem enfoque maior em urgência e emergência, denotando uma lacuna em pesquisas que abordem o tema na AB, apontam para a importância do uso do acolhimento com classificação de risco (ACR). Os profissionais que fizeram parte do referido estudo, destacaram que o ACR organizou e dinamizou o processo de trabalho, pois prioriza o atendimento a pacientes graves, conferindo-lhes maior segurança, estabilidade e controle da situação.

No cenário observado, a maioria dos respondentes disse não haver um protocolo estabelecido, e que um tipo de avaliação pré-estabelecida é discutida em reunião de equipe, com o intuito de definir o “como” realizar o acolhimento e padronizar o a classificação de risco realizada.

Sobre quem realiza a classificação de risco, a maioria dos entrevistados aponta a importância de ser um profissional capacitado para isso, um destaque especial é dado sobre o profissional de enfermagem de nível superior, corroborando com subsídios teóricos que destacam que o enfermeiro é o profissional mais adequado para tal, é aquele que realiza essa classificação, que se baseia em consensos estabelecidos pela equipe de saúde para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente (BRASIL, 2009; FREIRE et al, 2008)

Em relação a sentir-se apto ou seguro para realização do acolhimento, as dúvidas e anseios relatados pelos respondentes emergem devido à responsabilidade da decisão e precisa avaliação que o acolhimento exige. Takemoto e Silva (2007, p. 337) discutem sobre o acolhimento trazer “uma implicação, uma responsabilidade para o trabalhador. O trabalhador perguntou qual era o problema, o usuário contou. E agora?”

Um dos principais motivos de insegurança citado por eles é ter que decidir entre encaminhar o paciente para consulta médica no dia e agendar ou encaminhar o usuário para outro profissional que não o médico. Essa questão também é referida como uma justificativa da presença do enfermeiro no acolhimento.

No começo a gente sempre ficava meio indecisa, o que será que a população vai achar, ou vai que a gente erre, porque todo mundo é passível de erro... T01

... Quando é para o acolhimento a pessoa é chamada e daí a tua dupla multiprofissional é exatamente para definir se vai ser uma questão que vai se passar

para o médico no dia, ou se vai ser agendada, ou se vai ter uma outra profissional que vai poder solucionar o problema. T07

... A gente sabe o que são situações clínicas que precisa passar para o médico, mas é que tem coisas que tu fica na dúvida... tem a questão clínica do acolhimento que é feita aqui na unidade e que precisa ser explorada, porque tem só algumas áreas que desempenha, tipo a enfermagem e a medicina que esta mais próxima da parte clínica do que outras áreas... T02

Os protocolos têm como enfoque classificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário de acordo com a queixa e achado clínico. No entanto, cabe aqui salientar que o protocolo de classificação de risco é um instrumento útil e necessário, porém não suficiente, “uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa”. Esta avaliação holística será realizada em outro momento, uma vez que o enfoque principal é otimizar o tempo de atendimento dos pacientes que mais necessitam (BRASIL, 2009).

Como podemos observar, algumas fragilidades emergem em como os trabalhadores percebem o acolhimento, especialmente no que diz respeito a sua definição e execução. Delineando a categoria: ***Dificuldades trazidas com o acolhimento.***

Considerando que é difícil o planejamento de um olhar holístico para um momento após o acolhimento sistematizado, o relato dos profissionais sobre a necessidade de otimização do tempo do usuário dentro da “sala do acolhimento” sistematizado, denota certa fragilidade, uma vez que essa prática muitas vezes pode acarretar numa escuta menos abrangente, com menos riqueza de detalhes.

Nesse sentido, há de se ter cuidado intuindo não tornar o acolhimento, apenas mais um instrumento de apoio ao trabalho médico, pois diminuindo o tempo de (uma acolhida), corre-se o risco de realizar-se apenas uma triagem e não uma escuta qualificada e diferenciada que seria desejável existir em um acolhimento ao usuário da atenção básica.

Ademais, estudo de Freire et al (2008) destaca nesse sentido que muitas vezes, um profissional que faz o acolhimento, ao tentar resolver de forma rápida um problema de um paciente que está sem remédio para pressão, por exemplo, lhe fornecendo uma

cartela e, depois, liberando-o para casa, pode estar negligenciando uma avaliação mais apropriada do estado de saúde desse paciente.

Takemoto e Silva (2007) dizem que o acolhimento, poderia abranger a possibilidade de intervenção de outros núcleos profissionais da área da saúde, ampliando a oferta para atender as necessidades de saúde dos usuários, visando romper com a lógica médico centrada. Destaca-se que todo profissional da equipe de saúde deve participar do acolhimento, uma vez que a execução do mesmo requer ações articuladas e envolvimento efetivo dos diversos trabalhadores, cada um contribuindo com os saberes específicos, porém pensando o cuidado do indivíduo a partir do todo. Dessa forma, torna-se impossível haver acolhimento a partir da vontade de um único ator.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

É nesse contexto que se encontra um dos grandes desafios e dificuldade na implementação do acolhimento, a busca por um cuidado de abordagem multiprofissional na assistência a uma população culturalmente enraizada no modelo da hegemonia médica. Uma das grandes preocupações observada no presente estudo é justamente essa, a de reproduzir essa lógica ao invés de transcendê-la.

Observou-se que com a implantação do acolhimento, o incentivo e receptividade a demanda livre, o número crescente de usuários que buscam os serviços foi se consolidando. E se por um lado há a satisfação dos trabalhadores que se sentem valorizados quando a ESF passa a ser utilizada como porta de entrada preferencial da rede de saúde, em contrapartida a sobrecarga de trabalho torna-se inevitável, tendo em vista o aumento significativo das mais diversas demandas trazidas pelos usuários.

De acordo com Medeiros et al (2010) é certo que os profissionais, atores em cena, necessitam de condições de trabalho e instalações adequadas para efetuar um acolher digno e de qualidade. Ao trazerem a luz sugestões para melhorar o acolhimento, os autores citam que as queixas giram em torno de melhoria da área física, da quantidade de profissionais e da oferta de alguns procedimentos. A influência política, econômica, social e histórica é relevante, não sendo responsabilidade exclusiva dos usuários e trabalhadores da saúde. A instituição tem que estar envolvida com essa temática, pois os problemas são inúmeros e de ordem estrutural, o que inviabiliza as soluções sem o apoio institucional pertinente.

No presente estudo todos respondentes citam a sobrecarga de trabalho, mas um destaque especial é dado aos enfermeiros, considerando que o acolhimento

sistematizado, que passou a ser rotina da unidade em todos os dias da semana, geralmente só ocorre com a presença de um desses profissionais.

Observa-se que a tomada de decisão de encaminhamentos a outros profissionais, inclusive ao médico, é na grande maioria das vezes realizada por eles, aumentando significativamente o grau de responsabilidade e de envolvimento com praticamente todas as demandas que chegam e passam pela unidade. Rossi e Lima (2005) dizem que a escuta do enfermeiro para com os diferentes sujeitos que participam do processo gerencial que envolve o cuidado é elo para a satisfação das necessidades dos indivíduos e conseqüentemente um elemento importante na consolidação do acolhimento.

Diante desse contexto reflete-se sobre necessidade de uma atenção a equipe de enfermagem de todas as equipes atuantes na atenção básica que almejem realizar acolhimento com oferta de escuta a demanda espontânea, uma vez que a sobre carga de trabalho desta categoria foi evidenciada, apesar da unidade estudada ser vinculada a um Programa de Residência Multiprofissional, e dentre os diferentes núcleos dos residentes, estão duas enfermeiras, que apoiam à equipe de enfermagem, totalizando três enfermeiras atuantes e uma técnica de enfermagem no campo prático.

Refletindo sobre a dinâmica do trabalho dos enfermeiros, Rossi e Lima (2005) destacam que ao envolver-se com múltiplos eventos, o enfermeiro tenta dar conta de vários acolhimentos concomitantemente, perpassando, frequentemente, por esse envolvimento e solicitude em responder a demandas simultâneas, o conceito de competência profissional.

Os referidos autores discutem que existe um “sentir-se à vontade” por parte do enfermeiro no sentido de interferir e intervir junto ao usuário no momento em que lhe convém. Este profissional utiliza, em muitas circunstâncias, sua autoridade profissional, sua independência e livre arbítrio para gerenciar situações de forma a enfatizar ainda as necessidades de ordem do serviço, dos próprios profissionais em detrimento ao ser cuidado, na luta por espaços, reproduzindo o modelo de assistência vigente, carente de acolhimento.

Um dos principais embates na discussão sobre o acolhimento sistematizado é como acolher toda a demanda reprimida? A questão clínica foi observada como um problema a ser resolvido. Dentro da lógica do acolhimento essa questão absorve maior parte da energia dos trabalhadores, uma vez que a procura pela consulta médica é maior quando não se tem limitado de maneira precisa o acesso a ela.

A questão quantitativa do acolhimento é citada enfaticamente pelos entrevistados, tendo em vista que antes o número de consultas médicas era limitado a “10, 12 fichas”, e a procura por um atendimento nem se comparava ao número que se observou com a implantação do acolhimento sistemático que chega a somar cerca de 30 usuários em apenas um turno. Para o enfrentamento do aumento significativo da demanda, os profissionais relatam que o modo de escuta e acolher necessita estar sempre sendo repensada e reelaborada, até que se consiga organizar melhor o serviço. Um planejamento de ações posterior à primeira escuta é citado pelos respondentes como uma forma de conseguir absorver todos que buscam o serviço.

Hoje eu acho que a gente está melhor porque tomamos uma posição diferente, de dizer não, de tentar achar outras formas, de dar respostas para as pessoas ... a gente esta conseguindo melhor sabe, eu me sinto mais ativa do que antes, acho que é bem nesse processo também das pessoas diminuïrem a demanda, porque 30 pessoas para um acolhimento é humanamente impossível , então 30 mais sei lá quantas histórias ai junto com essas 30 pessoas... por exemplo, que se tem uma questão familiar, sugiro: vamos marcar outro dia para você vir pra gente conversar, não tentar resolver tudo lá no acolhimento, tentar adaptar para agenda. É importante insistir no acolhimento todos os dias. T07

Para buscar solucionar essa demanda a clinica, a organização de como se darão as consultas programáticas ou que emergem da demanda espontânea, é imprescindível que se busque um modo organizacional que considere todos os atores envolvidos.

Ao debaterem sobre a resolutividade do acolhimento Fracoli e Zoboli (2004), consideraram que para uma acolhida ser considerada resolutiva esta, não necessariamente, deve-se limitar a ter uma conduta clínica, mas, além disso, visualiza a possibilidade de utilizar toda tecnologia leve e leve-dura que se dispõe para eliminar as causas reais do problema do usuário. Dessa forma, ações baseadas na clínica, como consultas médicas ou de enfermagem, curativos, orientações, por si só, são insuficientes para atender as respostas às várias dimensões que compõem as necessidades de saúde das pessoas, sendo essencial trabalhar com ações coletivas, que evocam a intersectorialidade. É nesse sentido que a multidisciplinaridade pode vir a ter grande impacto numa maneira mais qualificada de acolher.

Para isso, constata-se que os profissionais da atenção básica de saúde precisam colocar-se ativamente nos processos de educação permanente, visando o aprimoramento e ampliação do conhecimento da área da saúde, visualizando seu espaço de trabalho para além de seu próprio núcleo profissional, valorizando assim o campo da saúde como uma grande terra fértil a ser cultivada por diferentes atores e que compartilham e executam seus conhecimentos e aptidões em equipe.

Além disso, como bem apontado por Medeiros et al (2010) é preciso mais politização dos usuários, para que o efetivo controle social se estabeleça através de reivindicações sólidas e organizadas, sendo esta participação o engate para que a unidade possa oferecer um acolhimento pleno, centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade, além de favorecer simultaneamente a construção de uma sociedade mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos, auxiliando para a modificação positiva do perfil sócio-sanitário do espaço social o qual estamos inseridos.

Para superar esses anseios e qualificar o dispositivo, algumas condutas passam a ser adotadas pelos profissionais que realizam o acolhimento, ilustrando a categoria: ***Facilidades trazidas com o acolhimento.***

Aos poucos os profissionais relatam que conquistam certa segurança por meio do aperfeiçoamento da escuta, a qual pode ser entendida como uma estratégia adotada para o enfrentamento das demandas levantadas no acolhimento.

Por essas demandas serem complexas e trazerem uma série de questões que abrangem, por exemplo, aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais, a escuta realizada necessita ser constantemente aperfeiçoada, ou seja, o profissional que faz o acolhimento necessita aprimorar a escuta para que a mesma potencialize o encontro com o usuário, fortaleça o vínculo e direcione para um cuidado integral a partir dos dados obtidos.

...Com a escuta a gente descobre a cada dia outras formas de fazer acolhimento T07

Agora eu já me sinto bem mais preparada para realizar a escuta, para talvez não dar conta dessas questões clínicas, mas para saber para onde direcionar esse paciente, dar alguma resposta para ele, seja ela qual for, se é para agendar, se é para enfim, oferecer outra forma de solucionar o problema levantado. T03

O vínculo se estabelece a partir de uma postura acolhedora do profissional, que dá segurança ao usuário e possibilita relações de longa duração, o que auxilia na viabilização da longitudinalidade de práticas integrais. (Queiróz, 2011)

Para a criação de vínculo é preciso a disponibilização de tempo para ouvir o usuário, estreitando a relação profissional-cliente. Essa relação pode resultar na satisfação por parte do usuário e, também, do trabalhador, pela resolução da demanda. (Penna, Faria e Rezende, 2014).

...O acolhimento pode ajudar a ordenar melhor esses fluxos, fazer com que as pessoas agendem mais e talvez dar uma resolutividade maior para os casos, no sentido de ouvir tudo que está sendo demandado e não as queixas pingadas, um dia vem com uma coisa, outro dia vem com outra, é um momento que tu consegue sentar e ouvir tudo o que ele tem pra dizer T03

... a porta de entrada para a Atenção Básica esta mais aberta do que antes T05

A unidade ficou mais próxima do usuário porque ele não precisa vir aqui agendar, ou ficar na fila horas, ele simplesmente vem e ele sabe que vai ser atendido, alguém vai olhar para ele, alguém vai prestar uma escuta, uma conversa, esse usuário se aproximou mais da unidade por meio disso. T02

Como vimos, de modo geral, o acolhimento deve ser executado por todos que atuam na unidade de saúde. Saber escutar, recepcionar bem, relacionar-se com as pessoas e direcioná-las conforme a sua demanda facilita a rotina e o acesso aos serviços. (FREIRE et al, 2008). O acolhimento sistematizado realizado na ESF do estudo em questão passa por uma abordagem multiprofissional, o que além de potencializar, acaba por qualificar a escuta dos profissionais, por meio do compartilhamento de saberes. Alguns pontos são abordados a seguir na categoria: ***O acolhimento Multiprofissional.***

Sobre os profissionais que realizam o acolhimento, a grande maioria dos respondentes disse realizar, quando abordam o acolhimento de modo geral, ou seja, aquele acolhimento que se refere ao primeiro contato que o usuário tem com qualquer profissional do serviço de saúde, os respondentes dizem observar que todos os colegas o realizam, porém quando abordam o acolhimento sistematizado, eles respondem que quem realiza são exclusivamente os profissionais da equipe de enfermagem e os da residência multiprofissional. De acordo com os relatos, esse acolhimento acontece

sempre com uma enfermeira, que quase sempre faz a escuta do usuário juntamente com outro núcleo profissional e ou a técnica de enfermagem e em alguns momentos realiza a escuta sozinha.

É desejável que se amplie a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, buscando estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública.(BRASIL, 2010)

No presente estudo um destaque especial é dado à importância dos residentes multiprofissionais que atuam no campo prático observado, os dados obtidos na coleta de dados permitiram concluir que esses tiveram papel decisivo na implantação do acolhimento, e ainda mais enfaticamente no processo de implementação do mesmo.

De acordo com o Regimento interno dos programas de residências multiprofissional e em área da saúde/UFSM, dentre as funções e deveres dos residentes está a atribuição de empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS, bem como ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético - humanísticas e técnico-sócio-políticos.

Diante disso, instigar e tensionar espaços de mudanças dentro dos serviços de saúde, especialmente pela presença e trabalho exercidos pelos residentes inseridos nos campos de prática torna um importante instrumento de mudança e qualificação. No campo da pesquisa em questão esse tensionamento foi frequentemente constatado e apontado pela equipe como de suma importância pelo apoio, elaboração de estratégias e tomada de decisões.

Pela gama de questões que podem ser levantadas no acolhimento, a interação entre os diferentes núcleos profissionais é apontada como sendo de grande importância. A relevância de transpor barreiras e ir além do conhecimento do próprio núcleo profissional, considerando que quanto maior a abrangência de conhecimentos do profissional que acolhe, maior as chances de se realizar uma escuta com maior alcance e identificação das demandas do usuário.

A elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multiprofissional e interprofissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de

profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, ajudando, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe.(BRASIL, 2010).

Justamente nesse sentido, os respondentes reforçam a importância de o acolhimento ser realizado de maneira multiprofissional, uma vez que dessa forma se consegue lançar um olhar mais ampliado sobre as questões evidenciadas.

Uma facilidade do acolhimento multi eu acho que é a troca mesmo com a tua colega, eu aprendi bastante coisa com a enfermagem, com a assistente social na época que a gente tinha, quando a gente trocava as experiências... Eu acho que é importante pra gente saber que tem um outro profissional que também pode te ajudar, e conhecer o que o outro faz...T03

Os usuários começaram a observar mais as outras profissões, hoje em dia já não tem tanta dificuldade de dizer que vou ter que a agendar o paciente com o médico para o outro dia, eles entendem que a enfermagem está prestando um atendimento, que a psicologia está prestando um atendimento, que a educação física também está... T02

Os entrevistados citam a enfermagem como sendo um suporte no que diz respeito a inserção dos outros núcleos profissionais no acolhimento. A inter-relação entre os profissionais da enfermagem, nutrição, psicologia, educação física e serviço social é vista como uma estratégia que potencializa a escuta prestada ao usuário.

A gente sempre fez com enfermeiras então cada uma com quem eu trabalhava aprendia um pouco, ia vendo mais ou menos como é que funciona, o que é urgente o que não é, a classificação dos casos, eu hoje já consigo diferenciar isso bem melhor do que antes. T03

Cabe ressaltar que cada núcleo profissional possui suas especificidades e diferenças técnicas que contribuem para sua divisão e consequente melhoria dos serviços prestados, conforme a especialidade permite não só o aprimoramento do conhecimento em determinada área de atuação, bem como maior produção. Desse modo, a proposta do trabalho multidisciplinar é percebida como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das

necessidades de saúde, porém sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (Marques et al ; 2007; Rosa e Labate, 2005)

Diante desse panorama, o presente estudo pode evidenciar que para que seja possível alcançar um novo modelo de saúde, em especial na Atenção básica, que acolha o indivíduo em sua integralidade e singularidade, mais do que nunca a abordagem multidisciplinar e o trabalho em equipe no planejamento e execução do cuidado aos usuários assistidos pelo SUS foi tão desejável e necessária. Para tanto, observa-se que é preciso avançar tanto no que diz respeito a construtos teóricos, quanto ao que se relaciona à prática diária dos trabalhadores desses serviços.

Dentre as limitações do estudo cita-se a escassez de pesquisas recentes que tragam à luz a realidade vivida no processo de implementação do acolhimento na Atenção Básica, ainda mais quando tratada sob forma multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões realizadas a partir desse estudo permitiram evidenciar que o tema acolhimento na Atenção Básica é algo que se encontra ainda incipiente. Torna-se de grande relevância o incentivo a novas pesquisas e investimentos nessa área temática, tendo em vista que é um dispositivo recente dentro da Política Nacional de Humanização e visa potencializar e qualificar o acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS.

O avanço de construtos teóricos que possam vir a subsidiar a prática é prementemente necessário, uma vez que os trabalhadores ainda apresentam significativas dificuldades práticas na implementação do acolhimento, desde sua definição até a como realiza-lo, respeitando os princípios éticos e legais de cada núcleo profissional e observando todos os direitos de um atendimento humanizado ao usuário.

Os trabalhadores percebem que sua implementação pode ser considerada mais delicada e complexa do que sua implantação. Uma série de questões remete a essa ideia. Sugere-se que a abordagem sobre o acolhimento na Atenção Básica seja abordado em praticamente todas as ações em saúde, sendo indispensável uma educação permanente entre os trabalhadores de todos os núcleos profissionais envolvidos, buscando assim em equipe atribuir um significado e viabilização real da realização do acolhimento.

REFERENCIAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14(supl.1):1523–31.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME - Rev Min Enferm*. 2008; 12(2):271-7

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, L. C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm, USP*, 2004; 38(2):143-51

MAYNART, W. H; ALBUQUERQUE, M.C; BRÊDA, M. Z; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(4):300-3.

MEDEIROS, F. A.; SOUZA, G. C. A; BARBOSA, A. A.A; COSTA, I. C.C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. 12 (3): 402-413, 2010.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (12ª edição). São Paulo: Hucitec; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

NASCIMENTO, E. R. P et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):84-8.

OLIVEIRA, E. R. A.; FIORIN, B. H.; SANTOS, M. V. F.; GOMES, M. J. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. Rev Bras Pesq Saude. 2010;12(2): 46–51.

PENNA, C. M. M; FARIA, R. S. R; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? REME Rev Min Enferm. 2014 out/dez; 18(4): 815-822

QUEIRÓZ, E.S; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. REME - Rev Min Enferm. 2011; 15(1):62-9.

ROSSI, F. R; LIMA, M. A.D. L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev Bras Enferm, 2005, maio-jun; 58(3):305-10.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13: 23-34.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAKEMOTO, M. L. S; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem 3Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do artigo: IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS

Pesquisador responsável: Prof^ª Dr^ª Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde.

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (55) 99095988 , (55) 96613797

Local da coleta de dados: Estratégia da Saúde da Família Vila Lúcia.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o processo de trabalho envolvido no Acolhimento Multiprofissional em Saúde em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, com vistas a contribuir com a acessibilidade universal dos usuários ao serviço de atenção primária em saúde.

- você não é obrigado(a) a participar da pesquisa. Depois de sua autorização, se quiser desistir, a sua vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras a sua decisão, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo;

- será realizada uma entrevista com você que será gravada em um gravador digital e, posteriormente digitado (transcrito) as quais serão guardadas por 5 anos em um arquivo confidencial no computador pessoal das pesquisadoras. Caso você não deseje que seja gravada a entrevista, a sua vontade será respeitada.

- caso as questões da entrevista mobilizem sentimentos ou desconfortos de qualquer tipo, as pesquisadoras estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários.

- ao fim desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados. Você terá acesso a essas informações, e na divulgação desses resultados, o seu nome não aparecerá, pois receberá um código (por exemplo U1, U2, U3 ...).

- este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos ao acolhimento realizado nos serviços de saúde.

- se você tiver dúvidas sobre o estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora.

Assim, nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Implementação do acolhimento multiprofissional em uma estratégia de saúde da família: percepção de usuários”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Local e data

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE C. Entrevista semi-estruturada (para profissionais)

Código do entrevistado:

Data da entrevista:

Idade:

Profissão:

Grau de escolaridade:

Função exercida:

Tempo de atuação no serviço?

- 1) O que você entende por acolhimento?
- 2) Na sua unidade, existe acolhimento?
- 3) Se sim, de que forma ele acontece?
- 4) Como foi ou está sendo o processo de transição da “ficha” para utilização do acolhimento como dispositivo no processo de trabalho?
- 5) Quais são as facilidades trazidas com o acolhimento?
- 6) E as dificuldades?
- 7) Como você percebe o papel e atuação do profissional da nutrição no atendimento na unidade de saúde?
- 8) E o papel e atuação do enfermeiro?
- 9) Você tem alguma sugestão ou crítica sobre como deveria ser o atendimento?
- 10) Você tem alguma sugestão ou crítica sobre o assunto?

ANEXO A. Autorização da Secretaria de Município da Saúde para viabilização do projeto de pesquisa



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

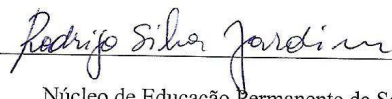
Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado “**Implementação do acolhimento multiprofissional em uma estratégia da saúde da família**” tendo como pesquisadoras responsáveis pelo projeto as residentes **Paola da Silva Díaz** e **Rafaela Souza** UFSM/Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral avaliar o processo de implementação do Acolhimento Multiprofissional em Saúde em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Salientamos que os sujeitos de estudo serão os usuários da rede atendidos pela ESF Lídia e os trabalhadores da unidade.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 27 de maio de 2015.



Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Portaria Nº 0040/2007/SMS