CURSO DE ENFERMAGEM

Lilian Katiucia Müller

ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DISCUTINDO A HUMANIZAÇÃO E A RESOLUTIVIDADE

Santa Cruz do Sul
2017

Lilian Katiucia Müller

ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DISCUTINDO A HUMANIZAÇÃO E A RESOLUTIVIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Aline Fernanda Fischborn e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

Santa Cruz do Sul

2017

Lilian Katiucia Müller

ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DISCUTINDO A HUMANIZAÇÃO E A RESOLUTIVIDADE

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final em 11 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profª Enfª Drª Ana Zoé Schilling	Profª Enfª Drª Leni Dias Weigelt
Profª Orientadora – UNISC	Profª Examinadora - UNISC

Profª Enfª Ms. Micila Pires Chielle
Profª Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul
2017

RESUMO

A palavra acolhimento, de acordo com o dicionário de língua portuguesa, significa abrigar, hospedar, amparar e agasalhar. No contexto da saúde, mantendo-se a essência do termo, o acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o intuito de transversalizar as demais políticas de saúde reafirmando os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde).Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Objetivou-se conhecer como uma equipe de saúde realiza o acolhimento aos seus usuários. Participaram seis profissionais do serviço, estabelecendo-se como critérios de inclusão: estar trabalhando no período da coleta de dados bem como aceitar a participação no estudo e assinar o TCLE. A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2017, por meio de entrevistas e observação sistemática não participante. Os dados coletados foram analisados conforme o método de Análise de Conteúdo. Neste estudo foi possível conhecer a organização de trabalho de uma equipe de saúde da família em relação a prática do acolhimento e ficou evidente a existência de uma limitação da compreensão do potencial do acolhimento em gerar o cuidado. Entre os problemas identificados está a pouca relevância da subjetividade do processo de adoecimento e dos determinantes sociais da saúde nas condutas da equipe de saúde. Nos pontos positivos pode-se destacar o movimento da equipe em qualificar a escuta ampliada por meio de capacitações internas e reconhecimento das fragilidades existentes na equipe, como por exemplo, o distanciamento da PNH.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família. Processo saúde-doença.

ABSTRACT

The word “reception”, in the Portuguese dictionary, means to shelter, to host, to protect and to wrap. In the health context, keeping the essence of the term, reception is one of the guidelines to the National Humanization Politic (PNH). The PNH was founded in 2003 by the Health Minister with the intuit to mainstream the health politics reassuring the Unic Health System (SUS) principles. This paper is a case study with a qualitative approach. It took place at a Family Health Strategy (ESF) in a city located in the country side of Rio Grande do Sul state in Brazil. The objective was to understand how the healthcare team accomplish the reception of the users of the service. Six professionals of the service participated in the study, the choosing criteria were: be working during the data collection period, accept to participate in the study, and sign the written informed consent form. The data was collected in February 2017 throughout interviews and systematic non-participant observation. The collected data was analyzed according the content analysis method. In this study, it was made possible to understand the working organization of an ESF team in relation to the practice of reception. The existence of a limitation of the comprehension of the potential care that can be created in the reception practice became evident. The negative aspects identified are the small relevance given by the health team for the subjectivity in the illness process and the health social determinants. The positive aspects are the team movement towards the qualification of the amplified listening through internal capacitation. It was also noted that the acknowledgment of the existing fragilities in the team, as for example, the distance to the National Humanization Politics (PNH) can instigate the search for qualification.

Keywords: User embracement. Family Health Strategy. Health-disease process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 6
2 REFERENCIAL TEÓRICO 8
2.1 A evolução do conceito saúde e a implicação nas ações da equipe de saúde 8
2.2 O respaldo teórico para práticas humanizadoras 9
2.3 Singularidades e subjetividades na área da saúde 11
2.4 A formação profissional como geradora de intervenções criativas em saúde 13
3 METODOLOGIA 16
3.1 Tipo de pesquisa 16
3.2 Local da pesquisa 16
3.3 Sujeitos da pesquisa 17
3.4 Procedimentos éticos 17
3.5 Instrumento para coleta de dados 18
3.6 Procedimentos metodológicos 18
3.7 Análise dos dados 19
4 ANÁLISE DOS DADOS 20
4.1 Caracterização dos sujeitos 20
4.2 Acolhimento realizado na ESF 20
4.2.1 Fluxograma do Acolhimento na Unidade 22
4.2.2 A Política Nacional de Humanização 23
4.3 Necessidades de saúde da população na visão da equipe 24
4.4 Resolutividade no Serviço de Saúde através do Acolhimento 26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 27
REFERÊNCIAS 29
APÊNDICE A – Carta de aceite 32
APÊNDICE B – Ofício de solicitação de pesquisa junto a instituição 33
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 35
APÊNDICE D– Questionário semiestruturado 37
APÊNDICE E – Roteiro para a observação sistemática não participante 38
ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 39

1 INTRODUÇÃO

A palavra “acolhimento” vem do verbo acolher que segundo Delp (2004), significa hospedar, receber, dar acolhida a, admitir, aceitar, ter em consideração, amparar-se abrigar-se. Sendo assim o termo acolhimento dentro do processo de trabalho na saúde não deve afastar-se do seu sentido original. O acolhimento é também uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS), tendo então um respaldo teórico legal para sua prática nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta do Ministério da Saúde para expandir a resolutividade da Atenção Básica por meio de olhar integral ao indivíduo e à comunidade. As equipes de Saúde da Família são tidas como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Porém, para que essa relação ocorra é preciso que os profissionais estejam atentos para reais necessidades de acolhida da população adstrita.

Os trabalhadores da saúde são vistos como cuidadores. A própria enfermagem desde seus primórdios é tida como a ciência do cuidar. Cabe então destacar as incumbências desse cuidar, pois é nítido que a prática tecnicista, focada apenas na doença, não é resolutiva. Para prestar um cuidado integral ao indivíduo é de extrema importância valorizar suas subjetividades, vendo-o como um ser biopsicossocial e espiritual, e enxergando-o para além das enfermidades. A capacidade de colocar-se no lugar do outro faz com que o profissional possa escutar de forma sensível e realmente acolher o sujeito em sofrimento. Assim, a escuta qualificada reflete profundamente nos desfechos de saúde e de vida do indivíduo que é acolhido.

A instigação que tenho para falar deste assunto acontece pelo fato de, rotineiramente, ouvir colegas de profissão com discursos distantes do que diz respeito à empatia e importância da escuta qualificada, não percebendo valor nos sinais e sintomas não mensuráveis de forma objetiva. Creio que durante um acolhimento existe uma série de fatores que precisam ser levados em conta, não bastando apenas tratar uma causa ou problema isoladamente. Para tanto é importante uma sensibilização nas equipes de saúde, sendo fundamental a formação principalmente de enfermeiros “humanos” com empatia e capacidade para acolher.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), existe a evidência de diversos problemas e incapacidades nas ações de saúde advindas da extrema objetivação e da focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico. Ações desta natureza deixam de lado muitos elementos que são típicos da produção da vida e que não são incluídos na tentativa de entender a situação do

usuário. É importante salientar também que a procura objetiva do problema biológico tem feito com que os atendimentos de saúde estejam centrados nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro e com escuta empobrecida.

O sofrimento é sentido de maneira distinta em cada indivíduo e as causas são multifatoriais. Sendo assim, não bastaria considerar apenas os sintomas de forma objetiva e ignorar as subjetividades do processo saúde/ doença e do cuidado. Com base nessas constatações vou procurar responder “Qual a relevância da subjetividade do usuário na visão de uma equipe de saúde? ”

Acredita-se ser constantemente oportuno refletir nossas práticas cotidianas e por mais estranho que pareça humanizar o ser humano. Sendo assim, objetiva-se a discussão de como uma equipe de saúde realiza o acolhimento aos seus usuários pesquisando especificamente: a humanização da equipe de saúde no acolhimento; quais seriam as necessidades de saúde na visão da equipe de ESF; e qual a resolutividade das ações desta equipe.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A evolução do conceito saúde e a implicação nas ações da equipe de saúde

O conceito de saúde e doença da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborado no ano de 1948 que diz que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade", busca abranger as concepções e crenças de todos os povos não se limitando a um ponto de vista estritamente biológico (SCLIAR, 2007). Este olhar exclusivamente objetivo, hoje é chamado de biologicista.

A saúde e o processo de adoecimento são percebidos de formas variadas nas diferentes culturas. O adoecimento em algumas situações, por exemplo, pode ser atribuído a um castigo que um indivíduo está recebendo por ter realizado práticas pecaminosas, ou como o apoderamento do corpo por um mau espírito (SCLIAR, 2007). O sofrimento é vivenciado de formas diferentes em cada indivíduo e assim, não basta tratar apenas os sintomas de forma objetiva e ignorar o contexto, as causas e as percepções que o usuário manifesta.

Marc Lalonde (1974) citado por Scliar (2007, p. 37) elaborou um conceito que vem ao encontro do conceito de saúde da OMS, dizendo que o campo de saúde abrange:

> *a biologia humana*, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
> *o meio ambiente*, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
> *o estilo de vida*, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
> *a organização da assistência à saúde*. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante.

No Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, lançou um conceito ainda mais amplo dizendo que a saúde resulta das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde, resultado de formas de organização social de produção, sendo que alguma desordem em qualquer destes fatores pode ocasionar grandes danos no estado de saúde do indivíduo e coletivo (BRASIL, 1986).

Em seguida, a Constituição Federal de 1988 no seu artigo 196 afirma que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil surgiu em 1990 regido pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, em consonância com a Constituição Federal de 1988, com princípios que asseguram esse conceito ampliado da saúde pautada na assistência universal, integral e equânime à população com o objetivo de melhorar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população (BRASIL,1990a; BRASIL, 1990b).

Em 1994, com a proposta de reorganização da Atenção Básica, a população passa a ter acesso universal a atenção primária em saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Atenção Básica, por sua vez constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de desempenhar uma atenção integral com resultados na situação de saúde e autonomia do indivíduo e coletivo (BRASIL, 2012).

O trabalho da ESF é efetivo porque as equipes estão atuando dentro do território, local onde a vida das pessoas acontece na sua própria essência, sendo que por meio do vínculo com a comunidade as ações de promoção, prevenção e reabilitação são realizadas com base no diagnóstico das necessidades.

As equipes de Saúde da Família são elos essenciais no acesso da população às necessidades de saúde. Sendo assim, é preciso que seja construído um vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade para que haja respeito e consciência de que as necessidades de saúde são ditadas por cada indivíduo e não pelo conhecimento científico dos profissionais. Muitas vezes os momentos de sofrimento e fragilidade do usuário são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos.

2.2 O respaldo teórico para práticas humanizadoras

A Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, existe desde março de 2003 buscando colocar em prática os preceitos do SUS no dia-a-dia dos serviços de saúde e causar transformações nas formas de fazer gestão e cuidado. Tem o intuito de lutar por um SUS mais humano e que engloba a participação de todos, comprometendo-se com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos. É uma iniciativa de natureza transversal, ou seja, que almeja estar dentro de todas as outras políticas de saúde, visando assegurar a atenção integral à população, como estratégia de ampliação do direito e cidadania. A proposta da PNH abrange aspectos antes não levados em conta como olhar para os diversos fatores que levaram a um problema de saúde, tendo a atenção também voltada para o campo, social,

emocional e psicológico. Considera-se que não é o suficiente tratar um problema de forma individualizada e diminuir a saúde a isto (BRASIL, 2008).

Entre as diretrizes da PNH está o acolhimento. Acolhimento, clínica ampliada, cogestão ou gestão participativa, defesa dos direitos do usuário, fomento de grupalidades, coletivos e redes, valorização do trabalho e do trabalhador, construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008). Percebe-se que os artigos da atual Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde se identificam com algumas das diretrizes da Política Nacional de Humanização, evidenciando a contribuição da política na garantia dos direitos dos usuários da Saúde (OLIVEIRA, 2010).

Como diretriz o acolhimento é um contrato ético-estético-político. Ético por ser de responsabilidade de toda a equipe no que se refere ao compromisso com reconhecimento do outro, na ação de acolhê-lo em sua singularidade, suas dores, suas alegrias, seu jeito de viver, sentir e estar na vida; estético porque estimula a criatividade para inventar estratégias que contribuam para a dignificação da vida e para a construção da nossa própria humanidade nas relações e encontros cotidianos; e político por demandar compromisso coletivo de envolvimento neste "estar com", estimulando protagonismos e vida nos diversos encontros, direito do cidadão brasileiro e dever do estado. Sendo assim, o respeito às necessidades e demandas dos usuários, resolutividade, compromisso e uma ação acolhedora, são tidas por meio de atitude porosa e atenta às diversidades (OLIVEIRA, 2010).

Acolhimento não se limita a um espaço ou local, mas é uma postura ética. Não impõe hora ou profissional específico para acolher, e sim requer compartilhamento de saberes, angústias e invenções, responsabilização por "abrigar e agasalhar" o outro dentro de suas necessidades, com responsabilidade e resolutividade. Desta forma facilmente diferenciamos acolhimento de triagem, pois ele não é uma parte do processo e sim uma ação de deve acontecer em todos os locais e momentos, desde a hora em que usuário entra no serviço de saúde até o momento em que ele sai com sua queixa atendida ou encaminhado com responsabilização para outro setor (BRASIL, 2006).

O acolhimento está evidente em todos os encontros da vida, mesmo quando pouco notamos ou nos implicamos com ele. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 8),

> Os processos de "anestesia" de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois a vida não é o que se passa apenas em

> cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado.

O momento de encontro entre trabalhador da saúde e usuário tem potencial de afetar um ao outro, e isto acontece pela intensidade circulando entre as relações que se formam entre os dois corpos, entendendo-se por corpo, sujeitos em ação como trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, mas ressaltando estes corpos cada um com suas normas, saberes e instrumentos que se configuram no cenário do cuidado em saúde. O afeto existente na relação entre trabalhador e usuário é capaz de causar tanto a satisfação e alegria quanto tristeza. E a forma de cuidar do sujeito será diretamente influenciada por este afetamento (FRANCO, MERHY, 2013).

2.3 Singularidades e subjetividades na área da saúde

Segundo Camillo e Maorino (2012), a escuta sensível do profissional de enfermagem proporciona ao usuário a sensação de ser entendido, pois o usuário associa ser escutado com sentir-se compreendido. A atitude de escutar com disponibilidade e de aprender a escutar até o final sem concordar ou discordar de imediato é uma postura de respeito ao outro. Sendo assim, é essencial desenvolver habilidades não só no agir, mas também no escutar e no sentir. Se a função da enfermagem é o cuidado ao ser humano vale salientar a complexidade humana e focar no desafio da compreensão e respeito ao outro.

Segundo Franco e Merhy (2013, p. 4),

> No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários podem formar um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocratico, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir.

Um importante influenciador na área da saúde é o paradigma cartesiano que é pautado no modelo biomédico, onde é imperativa a priorização das questões biológicas, deixando de valorizar a interferência de outros fatores psicoemocionais e socioambientais no processo saúde-doença. Dentro disso, a enfermagem ao trabalhar com este modelo, fragmenta a assistência e deixa de realizar o cuidado ao indivíduo de forma integral (CAMILLO, MAORINO, 2012).

O advento do SUS foi um acontecimento que gerou grande impacto no conceito de saúde, no direito à assistência, relacionando o dia-a-dia dos serviços de saúde a ideia de cidadania. Ofereceu também uma nova visão destes serviços, onde as práticas são multiprofissionais, e o cuidado é construído em relação ao outro, seja um trabalhador ou um usuário. Sendo assim, o SUS foi um acontecimento de grande impacto, capaz de disparar processos de subjetivação, isto é, produção coletiva de novas subjetividades (FRANCO, MEHRY, 2013). Estas novas subjetividades sugerem que processo de trabalho em saúde seja analisado e revisto.

Merhy e Feuerwerker (2009) conceituam de trabalho morto todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo e que são resultados de um trabalho humano realizado anteriormente (as ferramentas, por exemplo, que não existiam antes serem produzidas, mas que num novo processo de trabalho já estão disponibilizadas). Chama-se de trabalho vivo em ato o trabalho criador, que permite a criação de um novo produto. O indivíduo, no processo de trabalho, pode usar com alguma autonomia os instrumentos que já estão disponibilizados e essa autonomia é marcada pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que pretende alcançar.

O processo de trabalho na saúde como qualquer outro, são ações produtivas, pois modificam algo e produzem algo novo. Sendo assim, constituem trabalho porque buscam efeitos, procuram alterar um estado de situações estabelecidas como necessidades. Desta forma, as ações de saúde, além de serem orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas por meio de sua finalidade social, que é construída historicamente (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

Com isso, os autores trazem a teoria da "caixa de ferramentas tecnológicas" que segundo eles são utilizadas no encontro entre o profissional de saúde e do usuário. Dentre essas ferramentas estariam os saberes e as tecnologias materiais e imateriais que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam neste encontro. Sendo assim, existiriam três tipos de ferramentas: uma relacionada aos procedimentos (diagnósticos e tratamento), outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário, cada uma delas se referindo a processos de trabalho singulares relacionados a certos tipos de produtos (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

A primeira caixa é que prioriza e proporciona a utilização do estetoscópio, o endoscópio e demais equipamentos que permitem examinar dados físicos, exames laboratoriais e de imagem, que são precisos para o pensamento clínico e também os equipamentos e

medicamentos usados nas terapêuticas. Essas são chamadas de tecnologias duras (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

A segunda caixa de ferramentas possibilita o olhar o profissional sobre o usuário, como sujeito de sua ação, em um processo de consideração do seu mundo e de suas necessidades de saúde por meio de certo ponto de vista. Essa visão é formada baseada em alguns saberes bem definidos (trabalho morto, pois foi produzido anteriormente), como por exemplo, a clínica e a epidemiologia, mas no momento da ação, o profissional de saúde, por meio do seu trabalho vivo em ato na interação com o usuário, existe uma mediação criada ao raciocínio clínico. Assim, acaba existindo uma mistura entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado com a leveza exigida pelo usuário. Neste momento os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. Essa caixa então os autores chamam de tecnologias leve-duras (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

A terceira caixa de ferramentas é a que trata das relações que permeiam os encontros do trabalhador com o usuário por meio de escuta, do interesse, da construção de vínculos, da confiança; É a que permite captar a singularidade, o contexto, a forma de viver certas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio do profissional de saúde. Segundo Merhy e Feuerwerker (2009, p. 6-7):

> É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leve.

O acolhimento se configura como tecnologia leve, ou seja, permeia as relações entre trabalhadores e usuários, nas formas de escuta, nas maneiras de lidar com o imprevisto, na construção de vínculos, na sensibilidade do profissional de saúde, que influencia diretamente as tecnologias duras e leve-duras. Sendo assim, pode ajudar a melhorar os vínculos terapêuticos com os usuários, até mesmo quando eles procuram a unidade de saúde fora do horário das atividades programadas ou agendadas (BRASIL, 2011).

2.4 A formação profissional como geradora de intervenções criativas em saúde

Existem certos fatores que interferem na humanização da assistência à saúde. Uma pesquisa realizada em Santa Maria (RS) no ano de 2012 constatou que ainda existem falhas na

formação acadêmica no que compete à humanização como objeto de estudo nos cursos de graduação, de maneira que a parte humana da assistência é trazida desarticuladamente com a realidade da saúde no país (LAZZARI, JACOBS, JUNG, 2013).

Segundo estes autores, o processo de formação de profissionais precisa ser analisado, pois ainda são voltados para o aprendizado técnico e racional e, algumas vezes até isoladamente do exercício da crítica, da criatividade e da sensibilidade. Sendo assim, os profissionais podem sentir-se impotentes quanto ao seu fazer, retardando a humanização enquanto filosofia dentro das organizações de saúde. É preciso que os significados de humanização sejam compreendidos de maneira profunda nas instituições de ensino, para que se possa assistir de forma humanizada. Para a formação de um profissional generalista baseado nos conceitos da humanização, é necessária uma visão crítica e holística, ao invés de formar apenas para o cuidado curativo e tecnicista. (LAZZARI, JACOBS, JUNG, 2013)

Segundo Barbosa et al. (2013), alunos de enfermagem e medicina não se percebem preparados para os desafios do dia-a-dia dos serviços de saúde como escutar e acolher o sofrimento do usuário pois as práticas cotidianas são voltadas para o conhecimento técnico e objetivo em detrimento das práticas humanistas. Estes autores ainda indicam que existe a necessidade de uma articulação das ciências humanas com a área da saúde a fim de gerar uma melhor compreensão das singularidades do usuário, de sua forma de adoecer e de ver a doença.

O afastamento das práticas curriculares criativas e humanizadas pode ser considerado um grande obstáculo na formação, pois reflete diretamente na qualidade das ações de saúde, pois os alunos de hoje serão os profissionais de amanhã, e os valores éticos e humanos adquiridos na graduação muitas vezes são perpetuados. Além disso, a capacidade de lidar com o imprevisto precisa ser trabalhada desde os primeiros passos da formação profissional por que esta é a característica da vida humana e grande realidade dos serviços de saúde.

A inclusão de conceitos relativos aos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos nos currículos da área da saúde faria com que a humanização fosse repensada de forma recorrente dentro da formação profissional, pois os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do indivíduo são essenciais para a humanização (LAZZARI, JACOBS, JUNG, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) implementada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 é uma política pública que transversaliza diferentes ações e instâncias do SUS. Ainda assim, conforme Almeida e Chaves (2013), a temática da humanização não recebe devida ênfase dentro das universidades, pois mesmo estando inclusa nos currículos dos cursos

de graduação não é apresentada em sua totalidade no referencial teórico das disciplinas, caracterizando como uma intencionalidade ambígua de discussão deste assunto dentro das matérias estudadas.

É importante a adoção da filosofia do cuidado humanizado para que os estudantes se familiarizem com maneira de cuidar e desenvolvam práticas humanizadoras, não somente na vivência acadêmica, mas também futuramente no seu dia-a-dia de trabalho.

Outro importante fomentador de práticas humanizadas são as atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS). Estas ações são voltadas para aprendizagem no trabalho onde o fazer e o ensinar se integram como objetivo de transformar práticas cotidianas, melhorar a qualidade da assistência, responsabilizar a equipe de saúde, e melhorar as relações. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004 e atualizada em 2007, como estratégia para formação e desenvolvimento dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

Conforme Peres, Silva e Barba (2016), a resistência para compreensão das pessoas acerca da EPS são empecilhos para sua implementação. Pois se os trabalhadores e gestores não entenderem a necessidade da EPS e não tiverem conhecimento da política que a fundamenta, ela não será colocada em prática nos serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

A metodologia é entendida como o caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade. Sendo assim, a metodologia tem um lugar central dentro das teorias. Fazem parte da metodologia as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que permitem a construção de uma realidade e o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2001).

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Foi realizada a observação em uma equipe de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e entrevistas individuais com os trabalhadores deste serviço, em um município do interior do Rio Grande do Sul. A partir dos dados coletados neste serviço de saúde realizou-se uma avaliação com enfoque qualitativo buscando discorrer acerca das evidências da pesquisa.

O estudo de caso é um modelo de pesquisa largamente usado nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2002). Pode ser determinado como um estudo de caso de uma entidade previamente definida, de uma instituição, de um sistema educativo, de uma pessoa, ou de uma unidade social. Tem como destino desvendar complexamente a forma e o motivo de alguma situação que se presume ser única. O investigador tem a intenção de manifestar a forma como ele percebe certo fenômeno, mas sem interceder sobre o objeto a ser estudado (FONSECA, 2002).

Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é usada no estudo da história, das relações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem de como vivem, constroem suas crenças e pensam. Este tipo de abordagem é melhor empregada nas investigações de grupos segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais pela visão dos autores, de relações e para análise de discursos e documentos. Esse método permite desvelar pesquisas sociais ainda pouco estudadas acerca de grupos particulares e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e de categorias durante a investigação.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia de Saúde da Família ligada a Secretaria de Saúde de um munícipio do interior do Rio Grande do Sul. A escolha do local do estudo

ocorreu por critério intencional, levando em consideração o fato da pesquisadora não ter tido atuação prévia no local como campo de aula prática durante o período de graduação. Esta circunstância pode vir a favorecer a neutralidade da pesquisa.

Esta unidade de saúde está localizada em área urbana, em um bairro periférico da cidade e foi inaugurada há 11 anos. A ESF atende a cerca de 4500 pessoas adstritas, em 950 famílias, divididas em seis microáreas. A média mensal é de 973 atendimentos, contando com 11 profissionais de saúde.

3.3 Sujeitos da pesquisa

A população de amostra da pesquisa foram trabalhadores da equipe de Estratégia de Saúde da Família, que poderiam estar realizando acolhimento, e buscou abranger até duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e uma médica, totalizando seis sujeitos. A escolha das ACS deu-se pela disponibilidade em permanecer dentro da ESF no período de observação da pesquisa. Os critérios de inclusão destes sujeitos na pesquisa foram: estar trabalhando no serviço durante o período de coleta de dados, bem como aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Respeitando o critério da presença no serviço no período da coleta de dados, aconteceu a substituição de uma técnica de enfermagem, que estava de férias, por uma dentista.

3.4 Procedimentos éticos

Este estudo foi realizado em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, sob o protocolo nº 1876565/16 (ANEXO A).

No primeiro momento o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde para solicitação de autorização para este estudo monográfico (APÊNDICES A, B). Posteriormente foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, e com o parecer positivo deste órgão foi realizado o contato com o local da pesquisa e iniciado a coleta dos dados.

À população de amostra do estudo foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), de acordo com ética necessária nas pesquisas na área da saúde.

Este documento visa garantir o anonimato e a segurança dos participantes, bem como explicar os objetivos da pesquisa e deixá-los cientes de sua total liberdade em participar ou não do estudo, podendo também retirar sua participação a qualquer momento. Esta pesquisa não oferece nenhum tipo de risco aos participantes.

Segundo Marques Filho (2011), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um dos itens obrigatórios nos protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos. O regulamento que recomenda seu uso é recente na história da saúde, sendo que o primeiro documento oficial que determinou a necessidade do TCLE do sujeito de pesquisa foi o Código de Nuremberg em 1947. A partir disso, todas as regulamentações seguintes tiveram a obrigatoriedade do consentimento informado.

O TCLE foi assinado pelo responsável da pesquisa e por cada sujeito, em duas vias de igual teor sendo que uma via ficou com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa. Após estas assinaturas a pesquisadora realizou combinados sobre as datas e horários para a coleta dos dados no local da pesquisa com o público alvo.

Os sujeitos neste estudo foram citados na versão final como E1, E2, E3, e assim consecutivamente para cada entrevistado, com o intuito de garantir a privacidade dos profissionais participantes.

3.5 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada com perguntas abertas à população de amostra (APÊNDICE D), e também observação sistemática não participativa, que inicialmente idealizava-se realizar durante duas semanas em turnos alternados, porém com o regime de turno único da gestão municipal optou-se por realizar no período de uma semana em turno integral (APÊNDICE E).

3.6 Procedimentos metodológicos

Nesta pesquisa realizou-se uma observação sistemática e não participante. Segundo Marconi e Lakatos (2003), na observação sistemática, as técnicas previstas não devem ser padronizadas e nem rígidas demais, levando em consideração que os objetivos e objetos da investigação podem ser muito distintos. Esta deve ser bem planejada e sistematizada. O observador deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe, podendo utilizar instrumentos como quadros, escalas, anotações e dispositivos mecânicos na coleta de dados.

A observação não participante embora seja consciente, dirigida e ordenada para um fim determinado, o pesquisador presencia os fatos, mas permanece neutro não interferindo no curso das situações, fazendo mais o papel de espectador. Por isso esta modalidade de observação também é conhecida como passiva (MARCONI, LAKATOS, 2003).

Em relação a entrevista semiestruturada, segundo Manzini (2004), nas questões que se referem ao planejamento da coleta de dados está a necessidade do planejamento das questões visando alcançar os objetivos da pesquisa. Faz- se necessário que um roteiro de entrevista, com sequência adequada e com realização do projeto piloto para adequar o roteiro e linguagem.

Segundo Manzini (2012), o projeto piloto, no caso do questionário semiestruturado, possibilita ajustes em relação aos objetivos, adequar a linguagem, ter noção do tempo que será utilizado para aplicação do roteiro e organização dos dados. Deve ser aplicado a duas ou três pessoas que não irão participar da pesquisa principal, mas que tenham características parecidas à população de amostra da pesquisa. Também pode ser útil para treinar ou criar confiança no pesquisador inexperiente para coletar seus dados sem ficar muito dependente do roteiro. Durante a elaboração deste projeto de pesquisa foi aplicado o roteiro de entrevista semiestruturada piloto e realizada as adequações necessárias.

3.7 Análise de dados

A análise dos dados da pesquisa foi feita através da Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (1977), citado por Campos (2004, p. 612), este método ainda pode ser considerado "um conjunto de técnicas de análises das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens", sendo um método largamente usado nas pesquisas qualitativas. Este autor ainda se refere as categorias como grandes enunciados que englobam um quantitativo viável de temas que tenham relação entre si, expressando significados relevantes de acordo com os objetivos do estudo e propiciando novas reflexões dos temas propostos.

Os dados coletados foram divididos em três categorias sendo a primeira subdividida em duas subcategorias de acordo com o conteúdo da transcrição das entrevistas e da observação, sendo elas: Acolhimento realizado na ESF: Política Nacional de Humanização e Fluxograma do Acolhimento na Unidade; Necessidade de saúde da população na visão da equipe; e Resolutividade no serviço de saúde através do acolhimento.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram da pesquisa seis membros da equipe de uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul, sendo eles: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica, uma dentista e duas agentes comunitárias de saúde. Esta ESF está localizada em um bairro com padrão socioeconômico baixo, próximo ao centro da cidade, e atende cerca 950 famílias em seis microáreas tendo uma média de 46 atendimentos por dia.

As entrevistadas são todas do sexo feminino, com idades entre 29 e 65 anos. O tempo de serviço no local variou de quatro meses a oito anos entre os sujeitos (Quadro 1). Das seis participantes apenas uma delas ingressou no serviço por meio de contrato e as demais ingressaram por aprovação em concurso público.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos

	Profissão	Idade	Tempo de serviço na unidade
E1	Ag. Comunitária de saúde	39 anos	1,5 anos
E2	Ag. Comunitária de saúde	40 anos	1,5 anos
E3	Téc. Enfermagem	65 anos	4 meses
E4	Médica	29 anos	8 meses
E5	Dentista	41 anos	8 anos
E6	Enfermeira	30 anos	2,5 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

4.2 Acolhimento realizado na ESF

A observação da rotina da unidade ocorreu durante uma semana, de segunda à sexta, em turno integral (regime municipal de turno único), das 8h às 14h. Neste período foram observados alguns detalhes da organização do trabalho da equipe.

A realização do acolhimento na unidade observada acontece de uma forma que diverge, em partes, com a compreensão do Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização, onde o acolhimento é base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados na produção do cuidado compartilhado. De acordo com a PNH, acolher é o que abre e sustenta os processos de cuidar, sendo que acolher não significa apenas interagir a partir do aceitar

aquilo que o outro traz, mas a partir disso produzir desvios, movimentos que permitam reposicionamentos e produção de novas atitudes (BRASIL, 2010).

Observou-se que o acolhimento geralmente é legitimado pela equipe quando é realizado dentro da unidade no horário esperado e pelo profissional de nível superior (enfermeira) seguida de conduta da médica. Não atendendo estes quesitos e não havendo sintoma clínico importante, muitas vezes, é considerado que o usuário foi até a unidade sem nenhuma necessidade para o "acolhimento". Existe ainda no local uma sala específica destinada ao acolhimento. Muitas vezes o que é visto pela equipe como acolhimento, é na verdade uma rápida triagem seguida ou não de prescrição de tratamento farmacológico para sinais e sintomas mensuráveis que os usuários venham a apresentar.

Segundo Brasil (2011), a prática do acolhimento não pode se associar exclusivamente à triagem para atendimento médico. Para tanto é fundamental aumentar a capacidade clínica dos trabalhadores de escutar de forma ampliada melhorando a avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos usuários e realizar as intervenções que forem necessárias. O acolhimento muitas vezes se revela mais nas práticas cotidianas do que no discurso sobre ele.

Pensando no acolhimento como uma postura profissional, não seria necessário ter um local reservado na unidade para seu acontecimento, pois poderia dar-se em qualquer lugar, ou em qualquer atendimento, até mesmo na rua ou no domicílio desde que sejam respeitadas às necessidades de privacidade dos sujeitos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o acolhimento não se trata apenas de um espaço ou local e sim de uma postura ética, pois não designa horário ou profissional específico para realizá-lo e é pautado no diálogo horizontal entre profissional e usuário, na troca de saberes, dentro da lógica de "abrigar e agasalhar" o outro em suas necessidades com responsabilidade e resolutividade. Sendo assim, acolhimento é facilmente diferenciado da triagem, pois é mais do que uma parte do processo devendo acontecer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Nas abordagens onde o foco é a doença e não o sujeito e suas necessidades, o objetivo principal é o repasse dos problemas. Evidencia-se desta forma a questão do acesso aos serviços de saúde que geralmente são gerenciados por meio de filas por ordem de chegada, sem avaliação de risco ou de grau de sofrimento (BRASIL, 2010). Na unidade observada acontece certa organização de trabalho, onde se prioriza alguns tipos de atendimento:

"Geralmente quando não tava, quando esse acolhimento, essa triagem não tava sendo feito muito certinho, logo que eu cheguei assim, aí vinha tudo que é tipo de queixa tá..." (E4)

A avaliação inicial é de grande importância por se tratar de um momento que define não apenas a urgência, mas a necessidade do atendimento. Na avaliação de riscos existe a necessidade de estar atento ao grau de sofrimento físico e psíquico que o usuário esteja apresentando porque muitas vezes, embora ele não apresente sinais visíveis de problemas físicos, mas importante sofrimento mental isso pode ser indício de necessidade de atendimento com maior brevidade do que outras pessoas que pareçam estar mais necessitadas (BRASIL, 2010).

Segundo a Cartilha sobre acolhimento da PNH/MS (BRASIL, 2010, p. 25),

> O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, não podem ser desconsideradas as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca do seu processo de adoecimento.

"... passamos por algumas capacitações que era a médica da unidade que, a gente pegou as patologias mais comuns do dia a dia e ela nos capacitou como deveria ser o atendimento né [...] todos os dias a gente trabalha com acolhimento e a orientação é não mandar nenhum paciente embora, atender todo mundo". (E6)

Podemos perceber, um movimento da equipe com intenção de melhorar a capacidade de escuta ampliada. Este movimento é muito válido desde que não seja totalmente voltado para as questões objetivas e aconteça a valorização da escuta qualificada e sensível bem como dos determinantes sociais da saúde. Na unidade de saúde em questão evidenciamos que o acolhimento, algumas vezes, é tido como um "procedimento" necessário para alcançar a consulta médica que está voltada ao atendimento da doença instalada. Esta forma de "acolher" sugere a prevalência das questões clínicas e do conhecimento técnico em detrimento do reconhecimento da subjetividade do processo de adoecimento.

4.2.1 Fluxograma do Acolhimento na Unidade

Ao serem questionados sobre uma rotina ou fluxograma estabelecido para realizar o acolhimento percebeu-se que não existe um fluxograma por escrito sobre a rotina do acolhimento, porém existe um roteiro internalizado pela equipe onde, o técnico de enfermagem recebe e verifica os sinais vitais, encaminha para a enfermeira que faz uma

escuta breve e quando necessário e leva o caso para a médica a fim de obter prescrição de medicações e exames.

Neste sutil fluxo que o acolhimento adquiriu na unidade pode-se perceber que ele tomou uma forma que propicia a objetivação das escutas e condutas profissionais.

"A gente atende lá na frente né, vê qual é, que que precisa, qual é o problema, dependendo o técnico atende, se o técnico... de repente ele pode passar pra enfermeira e a enfermeira passa pra médica né..." (E1)

Observou-se na unidade que a equipe trabalha dentro da proposta de "atender" todas as pessoas que chegam na unidade durante o dia. A dúvida é se este atendimento abrange o sujeito dentro de seu contexto sociocultural e seu grau de sofrimento, ou apenas os sinais e sintomas de uma condição clínica. No caso de ser a segunda opção, existiria a prevalência de práticas biologicistas em detrimento da prática do acolhimento dentro da essência da palavra.

4.2.2 A Política Nacional de Humanização

A PNH existe desde 2003, sendo uma política transversal que busca reafirmar os princípios dos SUS. As diretrizes da PNH são: acolhimento, cogestão ou gestão participativa, ambiência, clínica ampliada, defesa dos direitos do usuário, fomento de grupalidades, coletivos e redes, valorização do trabalho e do trabalhador, construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

As entrevistadas deste estudo, em sua maioria, têm pouco contato com a PNH e relataram rasos conhecimentos sobre a política. Algumas não souberam relatar algum item que ela preconiza. Mesmo as que entendem um pouco do seu sentido tem dificuldade para colocá-la em prática apresentando certa ambivalência. Quando questionadas sobre o que conheciam da política em questão duas profissionais responderam o seguinte:

"Só sei do acolhimento assim, que a gente andou estudando uns anos atrás quando começou essa função né, de colocarem o acolhimento como metodologia de trabalho, mas faz muito tempo que eu não leio nada pra te dizer a verdade". (E5)

"Eu acho bem interessante né. Vou te dizer a minha opinião que as vezes eu acho que a teoria foge um pouco da prática né. É um sonho se trabalhar com o que tá no papel ali, só que na prática a gente tem que se adaptar muito com a nossa população né". (E6)

O distanciamento da equipe em relação à PNH pode dificultar o acontecimento da lógica de trabalho dentro de suas diretrizes. Uma das soluções para esta situação seria o reconhecimento do problema a nível de gestão local e municipal e com isso a realização de ações de educação permanente em saúde com enfoque na abordagem da temática em questão.

O relato de uma experiência positiva em educação permanente em saúde realizada em um distrito da cidade São Paulo, trouxe novas possibilidades de diálogo na Atenção Básica. A ação aconteceu por meio de capacitações envolvendo trabalhadores, gestores e conselheiros de todos os serviços, com o objetivo de organizar e difundir práticas qualificadoras da prestação das ações ofertadas pelo SUS, buscando resolutividade e promovendo saúde e qualidade de vida aos cidadãos (COSTA et al., 2016).

4.3 Necessidades de saúde da população na visão da equipe

Observou-se durante a investigação que nesta unidade o acolhimento é bastante focado em queixa e conduta havendo pouco espaço legitimado pela equipe como potencial na produção de saúde para as questões subjetivas trazidas pelos usuários. O momento da acolhida é bastante direcionado para a presença ou não de sinais clínicos que indiquem a suposta necessidade de atendimento. Segundo Sena et al. (2015), o direcionamento biomédico e centralizador das práticas de saúde se fazem muito constantes na expectativa do usuário, pois eles acreditam que medicações e consultas com especialistas são a resolução dos seus problemas de saúde.

A compreensão sobre o acolhimento pelos usuários é limitada a uma ação pontual, que se realiza isoladamente e sem compromissos de corresponsabilização e produção de vínculo. Este entendimento de acolhimento diverge dos objetivos da proposta do acolhimento como dispositivo da PNH (SENA et al., 2015). Além disso, facilita que o trabalho das esquipes de saúde se configure e continue acontecendo dentro deste paradigma.

Percebeu-se nesta pesquisa, durante a observação realizada, dificuldades envolvendo o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos que fazem o cuidado, havendo fragilidades na integralidade e na corresponsabilização. Neste acolhimento ou triagem que acontece na unidade observada, o saber técnico é soberano e a escuta acaba sendo invertida onde o usuário escuta o profissional, havendo pouco espaço para diálogo e troca. Existe ainda uma nítida contradição nas falas da equipe, onde a maioria das entrevistadas percebe a presença de questões sociais, familiares, psicológicas e espirituais nos usuários, mas não as valorizam.

Quando questionados sobre o que valorizam na escuta ao usuário a maioria dos profissionais responderam que focam na queixa principal, sinais e sintomas. Até mencionam que existem os casos “só querem atenção” ou “é só conversar”, porém estes são vistos como secundários para receberem importância.

A Atenção Primária em Saúde busca ultrapassar o foco da doença, desempenhando ações que visam integrar a prevenção e a cura. Ainda assim podemos encontrar posturas que contradizem este objetivo:

“Eu me detenho na queixa principal, porque senão se tu começar a ouvir e contentar naquele momento todas as queixas, tu não atende mais ninguém no dia. Então o principal é a queixa principal. O que é o motivo dele ter vindo na unidade aquele dia daí depois aí a gente pensa no restante. É queixa e conduta...” (E5)

Existe o reconhecimento das questões sócio-familiares como influenciadoras no processo saúde-doença, mesmo ainda estando pouco clara a necessidade de abordagem e intervenção neste âmbito:

“Falando de saúde né, tempo de sintoma, história de doenças prévias, o contexto familiar ajuda bastante porque às vezes a gente tem paciente que vem aqui toda semana com uma dor diferente, mas aí a gente vai mais a fundo e descobre que essa pessoa tá com a... filha foi embora ou o filho foi preso que é muito comum, aí a gente vê que não é tanto a dor”. (E6)

Segundo Lazzari, Jacobs e Jung (2013), não existem regras fixadas para a realização da humanização, pois se trata de um processo amplo e de caráter subjetivo, que envolve as formas diferenciadas com que cada usuário vivencia o processo saúde/ doença. Sendo assim cabe ao profissional de saúde compreender este fato e zelar pela dignidade do indivíduo a ser cuidado. A comunicação é um instrumento fundamental na humanização, pois o diálogo é uma estratégia de aproximação com o usuário. Por meio da escuta sensível o profissional tem a chance de acolher o indivíduo e construir vínculo.

4.4 Resolutividade no Serviço de Saúde através do Acolhimento

Observou-se que a equipe percebe a população como bem atendida pelo fato de que os usuários passam por consulta médica na maioria das vezes em que se encontram debilitados fisicamente. Relatam que apenas uma parte da população talvez não esteja assistida dentro de suas necessidades.

"Teve um tempo atrás que a gente tinha os dias de acolhimento, que era vamos dizer, duas vezes por semana ou uma vez por semana, não lembro mais que dia era... então a gente notou que não tem como a gente estipular um dia pra acolhimento e o resto dos dias como é que fica né?" (E2)

"Tem aquela porcentagem que reclama, que queria sabe, que enfim assim, eles tão sempre querendo mais só que a gente não consegue identificar o que mais né". (E6)

Para obter resolutividade na Atenção Básica, é preciso tanto capacidade ampliada de escuta e análise, quanto opções de oferta para abordar a complexidade de sofrimentos que os profissionais de saúde são cotidianamente desafiados. Este talvez seja o desafio e a beleza do trabalho nesta área, pois neste contexto o acolhimento se apresenta com grande relevância e centralidade (BRASIL, 2011).

O acolhimento é uma forma de atuar nos processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram as unidades de saúde, ouvindo seus pedidos com uma postura acolhedora e dando respostas adequadas aos usuários. Sendo assim, implica em realizar um atendimento com responsabilização e resolutividade e se for o caso, orientar o usuário e familiares para continuidade do cuidado em outros serviços, sendo que isso demanda o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Arantes, Shimizu e Merchan-Hamann (2016), os desafios para melhoria da ESF são ligados a fatores complexos, sendo necessário grande empenho político-institucional, como financiamentos, formação de profissionais, gestão de pessoal e ações intersetoriais. Também requerem o fortalecimento da ESF como porta de entrada preferencial e melhoria do acesso aos outros níveis de atenção à saúde. Além disso, são muito importantes as ações de planejamento incluindo a participação social para organizar a modo de atenção a realidade das populações, superando os processos de trabalho focados no modelo biomédico. Outro desafio para a garantia dos cuidados integrais é o alcance do equilíbrio entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível conhecer a organização de trabalho de uma equipe de saúde da família em relação a prática do acolhimento e ficou evidente a existência de uma limitação da compreensão do potencial do acolhimento em gerar o cuidado. Esta limitação pode acarretar em práticas deficientes de compromisso com a singularidade do outro, voltadas centralmente para o foco da doença. A realização da escuta empática e do acolhimento dentro da essência do termo e do que é preconizado pela PNH é de grande importância, pois instiga o afastamento do paradigma cartesiano, sugerindo um foco integral ao usuário, produzindo novas possibilidades de cuidado e construção de novas atitudes.

Entre os problemas identificados em relação às necessidades da população, está a pouca relevância da subjetividade do processo de adoecimento e dos determinantes sociais da saúde nas condutas da equipe de saúde. A resolutividade da atenção primária depende tanto da capacidade de escuta ampliada quanto de opções de oferta para as demandas que desafiam as equipes no cotidiano de trabalho. Também é essencial que os profissionais conheçam a rede de saúde e a rede sócio assistencial em que estão inseridos, a fim saber oferecer e encaminhar seus usuários com responsabilização de todos os envolvidos.

Nos pontos positivos pode-se destacar o movimento da equipe em qualificar a escuta ampliada por meio de capacitações internas a fim de melhorar a resolutividade das ações. A busca constante por melhorias nos processos de trabalho é necessária para que haja adequação com a demanda da população, embora na unidade de saúde estudada neste trabalho, ainda não estejam aparentes muitos incentivos da gestão em educação permanente em saúde.

Cabe destacar também o reconhecimento das fragilidades existentes na equipe pelos próprios profissionais, por exemplo, o distanciamento da PNH. A equipe exerce seu trabalho de forma distante da política de humanização com conhecimentos discretos acerca desta temática, porém é ciente deste problema. Neste item é possível percebermos duas situações que são interdependentes onde ao mesmo passo que identificamos uma fragilidade importante a qual sugere uma lógica de trabalho afastada da política de humanização, podemos vê-la como instigadora de busca por qualificação.

Acredita-se que a atuação do profissional na Atenção Básica é diretamente influenciada desde a formação acadêmica nos cursos da saúde, pois isto irá refletir nos serviços prestados à população num futuro próximo. Sendo assim, a inserção acadêmica dos cursos da área da

saúde na ESF é de extrema importância para promover vivências acerca da saúde no local de vida dos usuários acontece.

Outro ponto de reflexão é a configuração da produtividade dos serviços de saúde, o que pode implicar na transferência do foco da atenção aos números em prejuízo do foco às pessoas, afetando a qualidade da assistência prestada. Também faz-se necessário que o número de profissionais das equipes seja coerente com a demanda existente.

É importante salientar que o presente estudo traz a realidade local de um serviço de ESF, sendo relevante a realização de mais pesquisas nesta temática em outras realidades do SUS, com o intuito de ampliar a discussão do assunto e traçar possíveis trajetos em benefício dos princípios e diretrizes da PNH.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C. O ensino da humanização nas disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 31, n. 1, p. 44-53, 2013.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da VII Conferência Nacional de Saúde*, 1986.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 de outubro de 2016 .

_____. Lei n.º 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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 de outubro de 2016 .
.

_____. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 25 de outubro de 2016 .

_____. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS*. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Minas Gerais, 2013.
CAMILLO, S. O.; MAIORINO, F. T. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 549-555, 2012.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

COSTA, M. A. et al. Acolhimento e humanização na supervisão técnica de saúde de Ermelino Matarazzo: respeitando o processo histórico e envolvendo 100% dos serviços de saúde no fortalecimento da atenção básica. *XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.* São Paulo, 2016.

DELP. SANTOS, V. *Dicionário Essencial da Língua Portuguesa*. Porto Alegre: Rígel, 2004.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In:_____. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec. 2013. p. 151-171.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. Editora Atlas. São Paulo, 2002.

LAZZARI, D. D.; JACOBS, G. B.; JUNG, W. Humanização da assistência de enfermagem a partir da formação acadêmica. *Revista de Enfermagem UFSM*, Natal, v.3, n. 1, p. 276-286, 2013.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. *Anais.* São Paulo, 2004.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percurso*, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES FILHO, J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 175-183, 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

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

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria*, método e criatividade. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
OLIVEIRA, O. V. M. *Política Nacional de Humanização*: o que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília, 2010.

PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C.S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-801, 2016.

SENA, A. L. C. et al. Acolhimento e satisfação do usuário na estratégia de saúde da família: uma experiência de êxito. *Revista de APS*, Pernambuco, v. 18, n. 2, p 134-140, 2015.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

APÊNDICE A – Carta de Aceite

MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde

Santa Cruz do Sul, 18 de novembro de 2016.

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado "**ESCUTA REALIZADA PELA EQUIPE DE SAÚDE: DISCUTINDO AS FORMAS DE ACOLHIMENTO**", desenvolvido pela acadêmica Lilian Katiucia Müller, sob orientação da Profª Enfª Drª Aline Fernanda Fischborn, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNSIC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e
Programas de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Alves, 746 – Centro – Santa Cruz do Sul
E-mail: daps.saude@santacruz.rs.gov.br
Telefone: (51) 2109-9500

APÊNDICE B – Ofício de solicitação de pesquisa junto a instituição

Santa Cruz do Sul, 18 de novembro de 2016

Sra Clarissa Gohlke,

Diretora de ações e programas da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

Cumprimentando-a cordialmente, solicitamos autorização para desenvolver um estudo monográfico, orientado pela Profª Enfª Drª Aline Fernanda Fischborn, referente ao tema **"Escuta realizada pela equipe de saúde: discutindo as formas de acolhimento",** que será o trabalho de conclusão do curso.

O objetivo é conhecer como uma equipe de Estratégia de Saúde da Família realiza o acolhimento aos seus usuários. Será utilizado para a coleta de dados uma observação sistemática não participante durante duas semanas, e entrevista semiestruturada a alguns profissionais, aplicadas entre março e abril de 2017. Fazem parte da população de amostra desta pesquisa Enfermeira, Médico, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

A palavra "acolhimento" vem do verbo acolher que segundo Delp (2004), significa acolher, hospedar, receber, dar acolhida a, admitir, aceitar, ter em consideração, amparar-se abrigar-se. Sendo assim a expressão acolhimento dentro processo de trabalho na saúde não deve afastar-se do sentido do termo. O acolhimento é também uma diretriz e um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS), tendo então um respaldo legal para sua prática nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta do Ministério da Saúde para expandir a resolutividade da Atenção Básica por meio de olhar integral ao indivíduo e à comunidade. As equipes de Saúde da Família são tidas como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Porém, para que essa relação ocorra é preciso que os profissionais estejam atentos e dispostos a acolher as necessidades da população adstrita.

Comprometemo-nos em manter o anonimato do município, da instituição e dos sujeitos, garantindo que não terão riscos e que serão mantidos todos os preceitos éticos, legais, estabelecidos pela Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, durante e após o término do trabalho, respeitando valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Assim, após o seu consentimento formal, pretende-se encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação. Uma vez aprovado pelo CEP será iniciado a coleta de dados.

Salientamos, no entanto, que estaremos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

Certos de sua compreensão, desde já agradecem,

Atenciosamente,

Lilian Katiucia Müller	Aline Fernanda Fischborn
Acadêmica do Curso de Graduação	Professora Orientadora
de Enfermagem – UNISC	Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA – DEO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"Escuta realizada pela equipe de saúde: discutindo as formas de acolhimento"

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta do Ministério da Saúde para expandir a resolutividade da Atenção Básica por meio de olhar integral ao indivíduo e à comunidade. As equipes de Saúde da Família são tidas como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Porém, para que essa relação ocorra é preciso que os profissionais estejam atentos para reais necessidades da população adstrita.

Os trabalhadores da saúde são vistos como cuidadores. Cabe então destacar as incumbências desse cuidar, pois é nítido que a prática tecnicista, focada apenas na doença, não é resolutiva. Para prestar um cuidado integral ao indivíduo é de extrema importância valorizar suas subjetividades, vendo-o como um ser biopsicossocial e espiritual, e enxergando-o para além das enfermidades. A capacidade de colocar-se no lugar do outro faz com que o profissional possa escutar de forma sensível e realmente acolher o sujeito em sofrimento. Assim, a escuta qualificada reflete profundamente nos desfechos de saúde e de vida do indivíduo que é acolhido. Sendo assim os objetivos deste estudo são:

- Conhecer como uma equipe de saúde realiza o acolhimento aos usuários do serviço de saúde;
- Observar se as questões subjetivas dos usuários são acolhidas na unidade de saúde;
- Identificar quais são as necessidades de saúde dos usuários na visão da equipe da ESF;
- Investigar a resolutividade da equipe de saúde frente às necessidades destes usuários.

Para tanto será realizada observação da rotina de atendimentos do serviço durante o período de duas semanas e também entrevista individual com os participantes da pesquisa por meio de entrevista semiestruturada. O critério de seleção do local deu-se por escolha intencional, e desta população de amostra pela busca de membros da equipe que poderiam estar realizando acolhimento. Não existe risco químico, físico, biológico, ergonômico ou mecânico para o pesquisador nem para os entrevistados, sendo que a pesquisa preza pela preservação do conforto e bem estar dos participantes. Entre os benefícios esperados desta

pesquisa está possibilidade de reflexão das práticas cotidianas, o que poderia acarretar em benefícios para cuidadores e usuários.

Os custeios desta pesquisa são inteiramente de responsabilidade do pesquisador, não havendo patrocínio de nenhuma natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz). Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Profª Aline Fernanda Fischborn e a Acadêmica de Enfermagem Lilian Katiucia Müller (Fone: 51 99015166).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

_____

Nome e assinatura do Paciente ou Voluntário

_____

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

APÊNDICE D - ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

Orientanda: Lilian Katiucia Müller

Orientadora: Aline Fernanda Fischborn

Identificação:

Função:_____ Idade:_____

Tempo de trabalho no serviço:_____ Vínculo: _____

1. Você realiza acolhimento?

( ) sim ( ) não

Explique:

2. Você conhece a Política Nacional da Humanização do Ministério da Saúde?

( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, fale sobre isto:

3. No momento do acolhimento, o que você acredita ser necessário saber sobre o usuário?

4. Existe nesta unidade algum roteiro/fluxograma/protocolo para a realização do acolhimento?

( ) sim ( ) não

Fale sobre isto:

5. Você poderia falar de algum caso (ou mais de um) de usuário que procura o serviço repetidas vezes sem nenhuma causa/ doença nitidamente esclarecida, mas vem ao ESF várias vezes demandar atendimento?

6. No geral, os usuários que vem ao ESF vão embora com a sua demanda resolvida?

( ) sim ( ) não Fale sobre isto:

APÊNDICE E – Roteiro para a observação sistemática não participante

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NÃO PARTICIPANTE

Orientanda: Lilian Katiucia Müller

Orientadora: Aline Fernanda Fischborn

1. Observar se o acolhimento é realizado na unidade;
2. Conhecer quem faz o acolhimento;
3. Observar como é feito o acolhimento (quanto tempo se gasta nesta atividade etc);
4. Observar se existe na unidade um local reservado para esta prática;
5. Investigar qual a fala da equipe sobre os usuários;
6. Conhecer a percepção da equipe em relação à escuta qualificada;
7. Observar o nível de satisfação dos usuários com o atendimento recebido.

ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Escuta realizada pela equipe de saúde: discutindo as formas de acolhimento
Pesquisador: Aline Fernanda Fischborn
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 62846216.3.0000.5343
Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.876.565

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um projeto de pesquisa denominado "ESCUTA REALIZADA PELA EQUIPE DE SAÚDE: DISCUTINDO AS FORMAS DE ACOLHIMENTO", da acadêmica LILIAN KATIUCIA MULLER, apresentado a disciplina de Trabalho de Conclusão I do Curso de Enfermagem sob orientação da prof. Aline Fernanda Fischborn. O projeto pretende conhecer como uma equipe de saúde realiza o acolhimento aos usuários do serviço de saúde.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo geral
Conhecer como uma equipe de saúde realiza o acolhimento aos usuários do serviço de saúde.
Objetivos específicos
- Observar se as questões subjetivas dos usuários são acolhidas na unidade de saúde;
- Identificar quais são as necessidades de saúde dos usuários na visão da equipe da ESF;
- Investigar a resolutividade da equipe de saúde frente às necessidades destes usuários

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Não existe risco químico, físico, biológico, ergonômico ou mecânico para o pesquisador nem para os entrevistados, sendo que a pesquisa preza pela preservação do conforto e bem estar dos

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

participantes.

Benefícios:

Entre os benefícios esperados desta pesquisa está possibilidade de reflexão das práticas cotidianas, o que poderia acarretar em benefícios para cuidadores e usuários, considerando que os resultados levantados poderão ser utilizados para execução melhorias na saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta do Ministério da Saúde para expandir a resolutividade da Atenção Básica por meio de olhar integral ao indivíduo e à comunidade. As equipes de Saúde da Família são tidas como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Porém, para que essa relação ocorra é preciso que os profissionais estejam atentos para reais necessidades de acolhida da população adstrita. Com relação aos aspectos metodológicos, a pesquisa trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa onde será realizada a observação em uma equipe de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e entrevistas individuais com os trabalhadores deste serviço, em um município do interior do Rio Grande do Sul. A partir dos dados coletados neste serviço de saúde será feito uma avaliação com enfoque qualitativo buscando discorrer acerca das evidências da pesquisa.O estudo de caso é um modelo de pesquisa largamente usado nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2002). A análise dos dados da pesquisa será feita através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um método largamente usado nas pesquisas qualitativas, podendo ser definida como um conjunto de técnicas de pesquisa com objetivo de buscar os objetivos do estudo. (CAMPOS, 2004).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a)Projeto: está presente e completo. Atendendo plenamente as etapas de execução.

b)TCLE: está presente e claro;

c)Folha de rosto: está completa e devidamente assinada.

d)Orçamento: está presente e assumido.

e)Carta de aceite de instituição parceira completa e devidamente assinada.

Recomendações:

Definir o universo da pesquisa e inserir na metodologia como se deu essa escolha

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_836122.pdf	07/12/2016 09:09:32		Aceito
Orçamento	lilianorcamento.pdf	07/12/2016 09:09:01	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/12/2016 22:12:21	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	02/12/2016 22:11:43	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO.pdf	02/12/2016 22:10:53	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/12/2016 22:10:31	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/12/2016 21:47:28	Aline Fernanda Fischborn	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTA CRUZ DO SUL, 20 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)