



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KARLEY JOSÉ MONTEIRO RODRIGUES

**OFICINAS PEDAGÓGICAS PARA
IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO
À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL
DA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

PORTO VELHO
2019

KARLEY JOSÉ MONTEIRO RODRIGUES

**OFICINAS PEDAGÓGICAS PARA
IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO
À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL
DA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira.

Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis

**PORTO VELHO
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

R696o Rodrigues, Karley.

Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em uma equipe de saúde da família de uma capital da amazônia Ocidental / Karley Rodrigues. -- Porto Velho, RO, 2019.

87 f. : il.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Planejamento em Saúde. 2.Saúde da Família. 3.Acolhimento. I. Moreira, Katia Fernanda Alves. II. Título

CDU 61



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

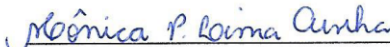
Título da Dissertação nº 02/2019

**Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em
uma equipe de saúde da família de uma capital da Amazônia Ocidental**

por

KARLEY JOSÉ MONTEIRO RODRIGUES


Esta dissertação foi apresentada às onze horas do dia quinze de março de dois mil e dezenove como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, com área de concentração Saúde da Família, linha de pesquisa em Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, do Mestrado Profissional em Saúde da Família. O candidato foi arguido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo citados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.



Profa. Dra. Mônica Pereira Lima Cunha
(Membro Externo titular)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Profa. Dra. Ana Lucia Escobar
(Membro titular/PROFSAÚDE)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Profa. Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira
(Membro Externo Suplente)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira
Orientadora PROFSAÚDE
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR



Prof. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira
Coordenadora PROFSAÚDE/UNIR

A Dona Rosa, minha mãe, razão da minha vida,
que sempre será o meu orgulho e minha inspiração.

A Ísis, minha filha, motivo da minha vida,
por quem jurei - a mim mesmo - proteger, amar, cuidar e orientar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Dra. Kátia Fernanda, pela parceria, por acreditar em mim e (sendo a ariana que é) por dividir, além de conhecimento, olhares distintos do observar, do querer, do fazer e do transmitir.

Aos professores do ProfSaúde, pela paciência em dividir seus conhecimentos. Tenho orgulho de ter aproveitado a experiência de cada um.

Aos profissionais que trabalham na UBS Osvaldo Piana, principalmente à Diretora, Enfermeira Andréa, e à equipe de Saúde da Família, por me dar a oportunidade de ajudá-los no caminho tortuoso e prazeroso que é trabalhar na Atenção Básica. Somos fortes!

Ao Queslei, que me incentivou e apoiou, direta e indiretamente, no Mestrado. Que eu possa orientá-lo e apoiá-lo também, direta e indiretamente.

Agradeço as oportunidades que me vêm e não desperdiço.

Agradeço a elas, que sempre estão comigo...

Por fim, agradeço ao universo pelas experiências que tenho, ruins e boas, pois todas servem para a minha evolução tanto profissional quanto pessoal, espiritual e afetiva.

*Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino.
Esses que fazeres se encontram um no corpo do outro.
Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando.
Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago.
Pesquisa para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo.
Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.*

(FREIRE, 2005).

Tudo o que temos de decidir é o que fazer com o tempo que nos é dado.

(MITHRANDIR. *O Senhor dos Anéis*).

RESUMO

Com a criação do SUS, em 1990, tendo-o como direito constitucional do brasileiro e dever do Estado, esforços têm sido feitos para garantir que o Sistema Único possa, de fato, cumprir com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Nesse sentido, cabe à Atenção Primária organizar a porta de entrada e a estratégia de Saúde da Família em prover o acesso ao usuário. Para tanto, o acolhimento passa a ter papel fundamental. Este trabalho tem como objetivo principal implantar o acolhimento à demanda espontânea com escuta qualificada em uma equipe de Saúde da Família da zona urbana de Porto Velho. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de intervenção não controlado através da técnica de rodas de conversa realizadas com a referida equipe. Para a análise da realidade, utilizou-se o Arco de Maguerez como metodologia, observando-se os problemas, causas e consequências que dificultam o acolhimento. Por meio do Arco, a equipe identificou os pontos-chave, teorizou os conceitos, criou e aplicou hipóteses de solução, definindo um novo fluxo de usuários, bem como elaborou uma ficha de classificação de risco e vulnerabilidade a ser utilizada para os usuários que adentram à unidade por demanda espontânea. Os dados resultantes da transcrição das entrevistas e do diário de campo utilizado durante a observação não-participante foram avaliados com base na Análise de Conteúdo, do tipo análise temática. Diante dos resultados encontrados, foi possível construir as seguintes categorias: (1) Processo de trabalho: ainda está centrado no saber do médico, onde o modelo utilitarista não permite o cuidado integral; (2) Trabalho em equipe: favorece a prática colaborativa interprofissional, estimulando a utilização da clínica ampliada e projeto terapêutico singular; (3) Acolhimento com escuta qualificada: a equipe entende que acolher implica a escuta qualificada bem como a responsabilização pela resolução do problema; (4) Dificuldades: para implantar o acolhimento com escuta, a principal dificuldade vem a ser a falta de capacitação dos profissionais e escassez de equipamentos e medicamentos nas unidades básicas; (5) Facilidades: o acolhimento fez com que a equipe trabalhasse com mais respaldo e tranquilidade; e (6) Avaliação das oficinas: os profissionais apontaram que as rodas de conversa foram úteis, pois estimularam a equipe a se organizar com mais propriedade de conhecimento a partir da realidade da comunidade. É indiscutível que o acolhimento é uma ferramenta de reorganização do processo de trabalho e mecanismo de facilitação de acesso, capaz de promover a equidade e universalidade da Atenção à Saúde. Entretanto, ainda é um projeto em construção. Através dos resultados obtidos, as rodas de conversa foram úteis tanto na qualificação técnica dos profissionais, em relação ao acolhimento, quanto na organização do seu processo de trabalho, pois proporcionaram a interação dos serviços ofertados com as necessidades da comunidade.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Saúde da Família. Acolhimento.

ABSTRACT

With the creation of SUS, in 1990, as a constitutional right of Brazilian people and a State duty, efforts have been made to ensure that the Unified System can, in fact, comply with the principles of universality, equity and integrality. In this sense, it is function of to the Primary Care to organize its gateway and the Family Health strategy in provide access to the user. Therefore, the hosting has a fundamental role. This work has as main objective to implant the reception to the spontaneous demand with qualified listening in one team of the Health Family of the urban zone of Porto Velho. For this, an uncontrolled intervention study was conducted through the technique of conversation wheels carried out with the mentioned team. For the analysis of reality, the Arch of Magueres was used as methodology, observing the problems, causes and consequences that the make difficult the hosting. Through the Arch, the team identified the key points, theorized the concepts, created and applied solution hypotheses, defined a new flow of users, as well, the team elaborated a risk and vulnerability classification card to be utilized for the users who entered to the unit by spontaneous demand. The data resulting from the transcription of the interviews and the field diary used during the non-participant observation were evaluated based on the Content Analysis, using the thematic analysis type. Given the found results, it was possible to construct the following categories: (1) Work process: still focused on the doctor's knowledge, where the utilitarian model does not allow the full care; (2) Teamwork: favors the interprofessional collaborative practice, stimulating the use of the extended clinic and the singular therapeutic project; (3) Hosting with qualified listening: the team understands that the hosting involves qualified listening as well responsibility for the solution of the problem; (4) Difficulties: in order to implant the hosting with listening, the main difficulty is the lack of training of the professionals and shortage of equipment and medicines in the basic units; (5) Facilities: the hosting made the team work with more support and tranquility; and (6) Evaluation of the workshops: the professionals pointed out that the wheels of conversation were useful, since they encouraged the team to organize themselves with more ownership of knowledge from the reality of the community. It is unquestionable that hosting is a tool for reorganizing the work process and facilitating access mechanism, capable of promoting the equity and universality of Health Care. However, it is still a project in construction. Through the obtained results, the conversation wheels were useful both in the technical qualification of the professionals, in relation to the reception, and in the organization of their work process, since they provided the interaction of the services offered with the needs of the community.

Keywords: Health Planning. Family Health. Hosting.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Árvore explicativa dos problemas relacionados ao acolhimento.....	32
Figura 2 -	Modelo de fluxo de usuários na UBS Osvaldo Piana, 2018.....	49
Figura 3 -	Ficha de classificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento à demanda espontânea da UBS Osvaldo Piana, 2018.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Certificações das equipes de Saúde da Família de Porto Velho no PMAQ.....	29
Quadro 2 - Indicadores da Saúde da Mulher da eSF Osvaldo Piana.....	29
Quadro 3 - Indicadores da Saúde da Criança da eSF Osvaldo Piana.....	30
Quadro 4 - Indicadores de Doenças Crônicas da eSF Osvaldo Piana.....	31
Quadro 5 - Indicadores de Produção Geral da eSF Osvaldo Piana.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ	Programa pela Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMÁTICA.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.3 JUSTIFICATIVA.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O ACOLHIMENTO EM SAÚDE.....	19
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	24
3 ANÁLISE DE SITUAÇÃO	28
3.1 PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS.....	32
4 METODOLOGIA	34
4.1 TIPOS DE ESTUDO.....	34
4.2 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO.....	34
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	35
4.4 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO.....	35
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
4.6 METAS.....	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 ETAPAS DO ARCO DE MAGUEREZ.....	41
5.2 OS TEMAS DEBATIDOS NAS OFICINAS E A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS.....	52
5.2.1 O PROCESSO DE TRABALHO.....	52
5.2.2 TRABALHO EM EQUIPE E ATENÇÃO INTEGRAL.....	54
5.2.3 ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA.....	56
5.2.4 DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO.....	59

5.2.4.1 <i>Dificuldades</i>	59
5.2.4.2 <i>Facilidades</i>	62
5.3 AVALIAÇÃO DAS OFICINAS.....	63
6 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Autorização do Gestor	80
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
APÊNDICE C – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos	82
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista	83
ANEXOS	
ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP	85

1 INTRODUÇÃO

*Não basta saber, é preciso também aplicar;
não basta querer, é preciso também fazer.*
(Johann Goethe)

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui grande importância para compor as Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios e, assim, proporcionando cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva (BRASIL, 2011a). Em função da especificidade deste nível de atenção, onde utilizam tecnologias leves, leve-duras e duras, as equipes de saúde precisam desenvolver capacidades de escuta, além do escopo da oferta assistencial padrão, para poderem lidar com as necessidades dos usuários na produção da saúde. Portanto, são necessários dispositivos que permitam a qualificação do cuidado e um destes dispositivos é o acolhimento, pois apresenta alta relevância e centralidade neste contexto (BRASIL, 2013).

O acolhimento, portanto, é compreendido, a partir da PNH (BRASIL, 2010), como o processo característico das práticas de produção e promoção de saúde que corresponsabiliza o trabalhador e/ou equipe pelo usuário, ouvindo sua queixa, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável, por meio de articulação das redes de assistência à saúde.

O acolhimento deve ser entendido como uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Por meio do acolhimento é possível refletir acerca dos processos de trabalho em saúde, pois o acolhimento estabelece ligação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional, ou equipe, estando diretamente orientado aos princípios do SUS. Está, ainda, baseado em três princípios: acessibilidade universal, reorganização do processo de trabalho e qualificação da relação usuário-profissional (BRASIL, 2010).

Dentre os diversos arranjos propostos pelo Ministério da Saúde, abordaremos aqui aqueles referentes à Política Nacional de Humanização (PNH), os quais ocorrem a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho (BRASIL, 2010).

Mendes (2012) explica que a Atenção Primária/Atenção Básica consegue resolver cerca

de 85% dos problemas de saúde e é o centro comunicador das redes de atenção à saúde por prover o acesso, continuidade do cuidado, clínica ampliada, ter a tecnologia de alta complexidade com baixa densidade tecnológica e promover mudanças de comportamentos e hábitos de vida, sendo confundida, historicamente, por gestores, profissionais de saúde e comunidade com os recursos de alta densidade tecnológica exemplificados por equipamentos de diagnóstico e terapia da atenção especializada.

Considerando toda essa complexidade, a humanização passa a ter um papel importante na forma de como acolher o usuário. A PNH definiu, então, como humanização “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2006, p. 8) tendo, portanto, um caráter transversal, qualificando a comunicação no sistema; explicitando a estreita relação entre atenção e gestão, garantindo a integralidade do cuidado e produção de saúde; evidenciando o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos (SCHOLZE; DUARTE Jr.; FLORES e SILVA, 2009).

A diretriz da Política de Humanização considera o acolhimento como sua face mais visível na Atenção Básica, principalmente pelo alcance direto que pode determinar não só o acesso dos usuários, mas também como forma de mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde (SCHOLZE; DUARTE Jr.; FLORES; e SILVA, 2009).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), o acolhimento é a “porta” de acesso, o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e deve ser compreendido como uma estratégia de escuta qualificada, que permite identificar necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, realizando um encaminhamento adequado frente às necessidades apresentadas pelo usuário (MOTA, 2009).

Segundo a PNH (2004a), a tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

1.1 PROBLEMÁTICA

A maneira de organizar o atendimento da demanda espontânea é um fator que tem sido desafiador para os membros da equipe de Saúde da Família. A maioria demonstra despreparo e se refere à necessidade de se estabelecerem momentos de trocas para discutir a questão de maneira específica, uma vez que a demanda de usuários é muito superior ao serviço disponibilizado para tal, sendo o problema mais relevante o manejo adequado da demanda espontânea que se apresenta prejudicado.

O acolhimento à demanda espontânea é o primeiro e o mais essencial serviço de uma Unidade Básica de Saúde. Pela dificuldade que se tem em definir o que se chama acolhimento, é mais interessante discutirmos e analisarmos as várias maneiras de atender o usuário que chega na unidade. Acolher na APS poderia ser entendido como um processo contínuo de escuta de um determinado território, a fim de se dar um melhor caminho a ser resolvido para cada situação que se encontra. Em outras palavras, é o modo de absorver os usuários que chegam na unidade de modo a garantir que seus anseios serão ouvidos e resolvidos.

Frente ao exposto, ressaltamos a importância da resolução dessa problemática para que a qualidade no atendimento e serviços de saúde prestados à população adscrita à unidade sejam otimizados, proporcionando satisfação do usuário, resolução e acompanhamento do seu problema de saúde, bem como favorecimento das ações em saúde desenvolvidas na unidade.

Na unidade de saúde Osvaldo Piana, o acolhimento à demanda espontânea não estava implementado. Nesse sentido, algumas reflexões e questionamentos podem ser feitos sobre a implantação do acolhimento na unidade de saúde: Como ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada? Que resultados podemos esperar em relação às equipes de estratégia saúde da família e seus usuários, com a implantação do Acolhimento? Essas reflexões foram discutidas a fim de ajudar na busca de uma mudança de comportamento da equipe de Saúde da Família (eSF) da unidade e, atingidos os objetivos, poderão ser avaliados os resultados.

O acolhimento ainda está longe de ser algo incorporado nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família no Estado de Rondônia. Na cidade de Porto Velho, a falta de acolhimento reflete numa grande demanda de usuários que se deslocam aos pronto-atendimentos da cidade e a maioria é classificada como verde ou azul na Classificação de Risco de Manchester.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL:

Propor a implantação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade na equipe de Saúde da Família Osvaldo Piana, em Porto Velho.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover oficinas de discussão para redimensionar o papel dos profissionais da UBS/ESF na perspectiva do acolhimento.
- Capacitar os trabalhadores no acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade que fazem parte da eSF e da recepção da unidade de saúde.
- Implantar o fluxo de atendimento ao usuário da demanda espontânea.
- Discutir acerca das potencialidades e dificuldades para o acolhimento dos usuários que procuram os serviços de saúde desta unidade.

1.3 JUSTIFICATIVA

De acordo com Araújo et. al. (2004), um pilar essencial na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização, sendo que a proposta da Estratégia de Saúde da Família visa contemplar a criação de vínculo entre profissionais-usuários-famílias e da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

O acolhimento está intimamente relacionado com a criação do vínculo, pois acolhimento e vínculo são características essenciais no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), acolhimento é uma forma de organização do serviço de saúde e com uma resposta positiva ao problema de saúde apontado pelo usuário, possuindo três princípios: (i) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (ii) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e (iii) qualificar a relação profissional/usuário por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Atuando como médico de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Velho, deparamo-nos, frequentemente, com situações em que o exercício do acolhimento seria extremamente

benéfico, visto que contribuiria para que o usuário, em busca de atendimento, fosse direcionado da forma mais adequada quanto ao agravo e ou sofrimento apresentado. Contudo, o que se observa é a ocorrência de certa fragilidade na identificação dos usuários que deveriam ser prioridade no acesso ao atendimento, o que provoca dificuldade no fluxo, demora na resolução do agravo/sofrimento, sobrecarga de alguns profissionais e estresse dos usuários, gerando descrédito no serviço de saúde.

Na Atenção Primária, o acolhimento apresenta-se como uma possibilidade de reorganização do processo de trabalho na UBS, com ou sem a equipe de Saúde da Família, com o objetivo de prestar aos usuários um atendimento humanizado, com resposta mais rápida à sua demanda, no instante em que busca o serviço de saúde, otimizando e viabilizando a resolução das ações desenvolvidas (BRASIL, 2013). Todas essas questões despertaram nosso interesse em debater sobre o acolhimento na Unidade de Saúde Osvaldo Piana, onde trabalhamos como médico há oito anos.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de garantir o princípio da equidade, visto que a deficiência gerada no acolhimento à demanda espontânea atrapalha outros serviços ofertados na UBS. Outra justificativa vem a ser a contribuição para o melhor desenvolvimento das atividades de atenção à saúde da população adstrita à referida unidade.

Este estudo mostra-se importante por apresentar propostas que podem contribuir para a realização do manejo adequado da demanda espontânea dos usuários que procuram a unidade de saúde sem consulta previamente agendada, através da sensibilização da importância de cada membro da equipe na corresponsabilização do acolhimento.

A proposta visa aplicação de novas práticas em saúde por meio da adequação dos serviços disponibilizados às necessidades da população. Além disso, visa atender aos anseios da equipe multiprofissional de saúde que focam um atendimento mais adequado dos pacientes que procuram por esses serviços.

A contribuição que a resolução do problema em estudo pode trazer para o contexto no qual ele se apresenta tem grande relevância social, considerando-se que algumas ações facilitariam o atendimento diário da eSF para com os seus usuários, como por exemplo: orientação da demanda sobre o cronograma diário dos programas na unidade; esclarecimento sobre as prioridades, urgências e emergências que possam ocorrer; informação sobre o horário e como funciona o fluxo do serviço de saúde.

Espera-se que esse projeto, inicialmente aplicado em uma equipe de Saúde da Família, possa ser expandido e servir de base para as outras equipes do município, garantindo assim,

uma assistência de qualidade aos usuários de um determinado território por meio de mudança de conceitos, visões, trabalho em equipe e valorização do trabalhador.

Estudar e investigar sobre acolhimento é importante porque permite tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários a oportunidade de aprender e ensinar. É um caminho para a construção do conhecimento na área da saúde como prática libertadora e emancipatória, na proposta de desenvolver a autonomia do indivíduo (FREIRE, 1996).

Fortalecer o vínculo do usuário com a equipe multidisciplinar e garantir que a Unidade Básica de Saúde possa ofertar acesso e acessibilidade conforme as necessidades da comunidade é um desafio possível e passível de concretizar, haja vista que a Atenção Primária precisa se adequar à realidade e se inserir na concepção de participante ativo e organizador das redes de atenção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E O ACOLHIMENTO EM SAÚDE

Mesmo com dificuldades na efetivação dos princípios do SUS, é possível conceber a base doutrinária desse sistema como bem fundamentada, pois é compreendida como uma política de estado e não somente de governo, bem como está em coerência com os modelos de sistemas nacionais de saúde de outros países referências em saúde pública, os quais possuem semelhança principalmente em relação ao acesso universal, à equidade, ao controle social e à Atenção Primária como coordenadora do cuidado (CAMPOS, 2012).

O SUS precisa ser cuidado para que se evitem retrocessos em suas conquistas já realizadas, mas também porque se apresenta em um processo de construção permanente, dessa forma possibilitando que as demandas e necessidades em saúde dos usuários sejam consideradas (BRASIL, 2013). Logo, repensar e reorganizar os modelos de gestão e atenção à saúde no Brasil é de fundamental importância, uma vez que são esses modelos os norteadores da efetivação do cuidado com os indivíduos e os coletivos.

É fundamental a existência de serviços de saúde em número adequado para se obter uma cobertura populacional justa, mas principalmente que estes serviços não trabalhem isoladamente, e sim de maneira complementar, na perspectiva de redes de atenção. Logo, a APS possui grande importância para compor essas redes, uma vez que se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios e, assim, proporcionando cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva (BRASIL, 2013).

De acordo com Silva, Casotti e Chaves (2013), o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar - segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual política da Atenção Básica - pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária.

Dentro dessa perspectiva, a territorialização se estrutura por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico asseguram os princípios e as diretrizes do SUS (PEREIRA; LIMA, 2009), dentre elas, o

acolhimento à demanda espontânea.

Sabemos que a atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde e é oportuno lembrar que a equipe deverá assumir e definir instrumentos de trabalho a serem utilizados e o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado.

O acolhimento pode ser considerado uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho se torna espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e a construção da autonomia dos usuários (CECÍLIO, 1994; MERHY, 2002).

É importante definirmos a compreensão de tecnologia aplicada ao contexto de produção da saúde, ou seja, ao analisarmos o processo de trabalho em saúde, podemos explicá-lo através de suas três dimensões tecnológicas: (1) tecnologias duras, representadas pelas máquinas, normas, estruturas organizacionais; (2) tecnologias leve-duras, representadas pelos saberes estruturados, normas e rotinas (como a clínica e a epidemiologia); e (3) tecnologias leves (tecnologias de relações como a produção de vínculo e o acolhimento) (MERHY, 2002).

Em estudo realizado para identificar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e sua interferência na produção do cuidado, Rossi e Lima (2005), encontraram que, para que haja uma consolidação do acolhimento, é necessário ter um olhar voltado para a centralidade do usuário e, para isso, é importante utilizar abordagens construtivas e dialógicas.

Embora não haja uma forma específica de realizar o acolhimento, há uma compreensão de que é o ato de receber o usuário do serviço de saúde com uma escuta qualificada, ou seja, para além de questões puramente técnicas de diagnóstico, mas um espaço de criar possibilidades de cuidado entre a equipe de saúde e o usuário (BRASIL, 2013).

Para obtenção de êxito nas práticas e processos de acolhimento, muitos aspectos técnicos, políticos e institucionais necessitam ser mobilizados, não bastando ações normativas, burocráticas ou discursivas, mas sim arranjos organizacionais que possibilitem a adaptação dinâmica às necessidades dos coletivos. Logo, percebe-se que o mais importante não é a definição em si de acolhimento, mas o quão claro e explícito é a noção adotada situacionalmente pelos atores envolvidos, revelando suas perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, o acolhimento pode ser compreendido nas seguintes dimensões: (1) como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; (2) como tecnologia de cuidado; e (3) como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013).

Sabemos que colocar em ação o acolhimento como uma diretriz operacional implica uma nova atitude de mudança, uma nova prática de se fazer saúde. O acolher aos usuários e o entender aquilo que dizem é um pré-requisito para a escuta qualificada, sendo essa postura o que de melhor se pode fazer por eles. Sempre que acontece um novo atendimento a um usuário com problemas de saúde deve-se garantir o acesso, organizando-se os serviços de saúde por nível de atenção. Esse ponto é conhecido como *Porta de Entrada*. Conceitua-se *Porta de Entrada* como o primeiro ponto de início e deve ser de fácil acesso a cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde (STARFIELD, 2002).

Maximizar o acesso para a atenção primária é importante, principalmente para apoiar sua inclusão no sistema de saúde (DESCOVI, 2009). É necessária a organização dos serviços oferecidos e a Classificação de Risco em níveis de atenção: Atenção Primária, Média ou Alta Complexidade. O padrão de acolhida aos usuários de uma unidade de saúde surge como um grande desafio: no mesmo momento que humaniza o atendimento, contribui para a organização dos serviços oferecidos, a partir da escuta e da relação de confiança que se estabelece no binômio usuário e equipe de saúde (PINTO, 2013).

O acolhimento representa a escuta qualificada com a proposta de classificação de risco e a resolutividade dos problemas e ou necessidades identificadas (FRANCO; FRANCO, 2012). Passa pela prática que tem como princípios a solidariedade, a compreensão e a generosidade no trato com os usuários dos serviços de saúde, fazendo com que eles se sintam bem-vindos e à vontade no grupo que os acolheu. Pode-se desenvolver a confiança, a autoestima e a cooperação na melhoria de sua saúde e de sua qualidade de vida (PINTO, 2013).

Para Sussekind et al. (2016), a humanização é uma prática que visa aproximar os serviços profissionais e estruturas físicas, dos usuários, para que eles se sintam mais à vontade e confiantes em relação à atenção que lhes é dada. Tem como princípio tornar o ambiente da saúde mais agradável e solidário, transformando-o em um lugar de saúde e não de doença, ampliando, com isso, as possibilidades de melhora e cura dos usuários dos serviços. As necessidades de saúde e as formas de como lidar com elas têm fundamentação científica, porém o usuário também define o que vem a ser, para ele, necessidade de saúde, além da ciência e de profissionais de saúde.

Um grande volume de necessidades que podem ser atendidas na Atenção Básica precisa ser acolhido, ter escuta qualificada e ser problematizado. É o que se chama de demanda de baixo risco e que tem sua resolutividade na própria unidade, apesar de não estarem programadas (SUSSEKIND et al., 2016). Quando isso não acontece, ocorrem os retornos repetidos, queixas, reclamações e busca por outros serviços mais resolutivos.

Os usuários de ações programadas apresentam momentos de adoecimento que os levam a procurar a atenção de profissionais das unidades de saúde. Se não são acolhidos no momento em que essa premência se estabelece, perdem a confiança na resolutividade de sua necessidade e, por esse motivo, podem construir a imagem de que a unidade só deve ser procurada quando o usuário está bem e, se ele adoecer, procura uma unidade de pronto atendimento. Esse fato reforça a imagem de que Unidades Básicas de Saúde não são importantes e que a qualidade dos serviços é inferior aos serviços especializados (BRASIL, 2011c).

Salientamos a importância de acordar, em equipe, a forma como os diferentes profissionais se posicionarão na participação do acolhimento: o que é imediato, o que se pode encaminhar e a organização das agendas dos diferentes profissionais. Dessa maneira, há um aumento da capacidade clínica da equipe de saúde, descentralizando ou se restringindo, por meio de uma triagem para o atendimento médico. A escuta se amplia e a chance de se perceber riscos e vulnerabilidade aumenta, como também a realização de intervenções mais aceitas (BRASIL, 2011c).

A reorganização do processo de trabalho está associada ao acolhimento no atendimento à demanda espontânea. Uma proposta que pode ocorrer na implantação do acolhimento é identificar um local específico, com profissional disponível em horário predeterminado e com ações normativas a serem seguidas; porém, essa proposta se mostra insuficiente frente à abrangência do acolhimento. É como se estabelecer novas barreiras, impedindo o acesso. Adotar o acolhimento como diretriz demanda grandes transformações no atendimento nas unidades. É um conjunto de ações integradas, envolvendo todos os atores sociais presentes na unidade, pois não depende só do empenho de um, mas de todos os envolvidos no ato de cuidar (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Para Merhy (2002), o acolhimento é resultado da responsabilização pelos usuários dos serviços de saúde, respondendo às suas necessidades manifestadas, numa demonstração de exercício pleno de cuidado à luz de parâmetros humanitários.

Alguns modos de realizar o acolhimento podem ser empregados, como sugestão para unidades de saúde, a partir da identificação de fluxos que o usuário desenha ao entrar nas unidades em busca de cuidado. Os fluxogramas são instrumentos que representam esses fluxos, conforme suas demandas por serviços de saúde (PINTO et al., 2012). Percebem-se três fluxos distintos de usuários quando buscam o cuidado nas unidades: (1) Ações de Saúde Programadas e Agendadas como consultas médicas, odontológicas ou de enfermagem em todo o ciclo de vida e grupos educativos; (2) Ações de Saúde específicas como curativos, imunização, inalação, medicamentos, aferição de pressão arterial e sinais vitais, medidas antropométricas e coleta de

exames; (3) Ações de Saúde sem programação e sem agendamento prévio porque o usuário define que “quer” ou “necessita” de cuidado quando é estabelecido por profissionais de saúde ou pelo próprio usuário. Esse último fluxo é o que demanda ações de acolhimento com recepção técnica e escuta qualificada. O profissional de saúde analisará a necessidade e também identificará o risco e a vulnerabilidade que podem se encontrar no campo biológico, subjetivo relacional ou social. Prioriza as ações podendo resolvê-las com ações programadas ou ações específicas na própria unidade ou então encaminha com segurança e responsabilização (BRASIL, 2011c).

Entendemos que as necessidades de saúde estão relacionadas à produção e reprodução social e à acessibilidade às ações de saúde. E que o cuidado em saúde deve ser planejado tendo em vista as necessidades e os serviços de saúde que devem estar dispostos para tratar tais necessidades, compreendendo seus significados e os sujeitos implicados no processo de produção e consumo à saúde (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Nesse sentido está a importância da APS que, entre os papéis essenciais nas redes de atenção à saúde, deve cumprir: a capacidade de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde da população, a capacidade de acolher e orientar os fluxos e contra fluxos de usuários entre os componentes das redes (MENDES, 2008).

É importante pensar em uma transformação no processo de trabalho nesses serviços de saúde, no sentido de potencializar a capacidade dos profissionais para identificar riscos e agravos e adequar as respostas às queixas trazidas pelos usuários (BRASIL, 2004a), modificando a visão do profissional sobre o modelo biomédico, voltado para a cura da doença, diferentemente do modelo humanizado, que é voltado para a promoção da qualidade de vida, da autonomia e da integralidade da assistência (ACIOLI, 2009).

Neste estudo, utilizamos as dimensões de acesso e acolhimento, entendendo que o acesso se refere à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário (MISHIMA et al., 2010). E em consonância ao que dizem Medeiros et al. (2010), consideramos que dar acolhimento não significa garantir a resolução completa dos problemas trazidos pelos usuários, mas dar atenção, estar aberto à escuta, valorizar as queixas e identificar necessidades, sejam estas individuais ou coletivas.

Para Ferri et al. (2007), a assistência prestada à população deve satisfazer as necessidades dos usuários na sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional, cultural e social. Partindo desses conceitos, pressupomos que a APS tem potência para desenvolver ações de acesso e acolhimento para atender ao usuário.

Considerando que as mudanças propostas para um modelo voltado a atender as

necessidades do usuário e comunidade na microclínica das eSF requerem ações que visam novos conceitos a serem incorporados na educação em saúde, Cardoso (2012) utilizou rodas de educação permanente na Atenção Básica, visando contribuir para a transformação das práticas de saúde, melhorando a qualidade do cuidado e promovendo a humanização da assistência, dentre outros, e chegou à conclusão de que as rodas representam um importante espaço coletivo de discussão nas UBS.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A reflexão sobre a educação permanente em saúde (EPS) é necessária no sentido de se rever o processo de trabalho das equipes, pois redirecionar o processo de trabalho em saúde exige motivação e empenho dos profissionais de saúde. Assim, buscamos uma nova estratégia de ensinar acolhimento para profissionais de saúde, por meio de oficinas pedagógicas/rodas de conversa (PINTO, 2013).

Essa postura resulta de uma necessidade intelectual e essencial para reconhecer e conhecer os problemas no mundo do trabalho na ESF. A partir dessa decisão, procuramos identificar qual a questão fundamental da educação permanente em saúde, eixo estruturante na construção do produto que se refere à capacitação de profissionais de saúde para o acolhimento, tornando-os mais sensíveis, competentes e solidários em sua prática profissional (PINTO, 2013).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe a incorporação de ações educativas no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, enfatizando a importância da discussão de problemas vivenciados a partir da realidade observada e dos conhecimentos e experiências relatadas, para a melhoria do desempenho, o desenvolvimento de novas competências, com vistas à transformação da cultura local (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

A EPS, nesta perspectiva, é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é a atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis,

contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, para melhorar a saúde da população (FARAH, 2003). A EPS pode ser definida, ainda, como processo de aprendizagem no trabalho, que levanta problemas e necessidades de natureza pedagógica e, a partir da reflexão, busca estratégias de enfrentamento, preferencialmente nos ambientes de trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e admite que o conhecimento tem origem na identificação das necessidades e na busca de soluções para os problemas encontrados (MOTTA, 2005).

A aprendizagem significativa de Ausubel (1968) é aquela em que o significado do novo conhecimento é adquirido, atribuído, construído por meio da interação com algum conhecimento prévio (*subsunçor*), especificamente relevante, existente na estrutura cognitiva do aprendiz. A aprendizagem é significativa quando novos conhecimentos (conceitos, ideias, proposições, modelos, fórmulas) passam a significar algo para o próprio aprendiz, quando ele ou ela é capaz de explicar situações com suas próprias palavras, quando é capaz de resolver problemas novos (MOREIRA, 2003).

A problematização é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Para melhor compreensão, ressaltamos o conceito de aprendizagem significativa na concepção de Ausubel (1968), o qual afirma que a aprendizagem significativa gera a sensação de que se pode reaprender o conhecimento do passado e a predisposição não pode ser confundida com motivação. Quem aprende deve ter predisposição para aprender, uma razão ou necessidade, assim como interesse em compreender, entender o tema pretendido. Aprender e entender dá satisfação. É uma relação afetiva e o aprender precisa fazer sentido para o aprendiz.

O professor deve propor situações que façam sentido para o aluno e levar em consideração seus conhecimentos prévios (MASINI; MOREIRA, 2008). Essa concepção revela a importância de se dialogar com os conhecimentos prévios, reforça que o homem está em permanente formação e, em suas relações no cotidiano, produz conhecimento e sabedoria, fatores que transformam sua maneira de conduzir a vida e o trabalho. Entretanto, nos serviços de saúde ainda prevalecem as capacitações pontuais, organizadas de forma vertical, com conteúdos padronizados, visando à atualização de categorias específicas, desconsiderando a

realidade local e as necessidades dos trabalhadores, o que produz pouco impacto e modificação nas práticas de saúde (CARDOSO, 2012).

Para Ausubel (1968), a aprendizagem tem um significado de organização e integração do material em sua estrutura cognitiva, que significa um conteúdo total de ideias de certo indivíduo e sua organização. O fator de destaque é aquilo que o aluno já sabe. Nessa teoria, a palavra de comando é a interação: interação entre conhecimento novo e conhecimento prévio (MOREIRA, 2012). Concordamos com o autor, que a interação é a característica chave da aprendizagem significativa e os conhecimentos anteriores ficam mais ricos, mais elaborados e adquirem novos significados pela interação, tornando-a receptiva. Os materiais educativos devem ser significativos e o aprendiz deve apresentar vontade e predisposição para aprender.

Nesse sentido, ampliamos o olhar para além de formação de profissionais, e sim de trabalhadores da Saúde, ou seja, o trabalhador deixa de ser um expectador de cursos e capacitações para ser promotor e disparador de discussões acerca da sua realidade cotidiana, numa perspectiva coletiva junto à equipe de saúde e população, tornando-se ator no processo de implementação da política de educação permanente (SARRETA, 2009).

Portanto, a EPS nasceu a partir dos conflitos, das insatisfações dos indivíduos com sua realidade de trabalho, propondo o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho em saúde, o qual se caracteriza pela relação recíproca entre trabalho e interação, em que a comunicação é condição essencial para a articulação (SANTOS; COUTINHO, 2014).

As ações da ESF devem estar apoiadas na lógica da EPS a fim de qualificar e reorganizar os processos de trabalho, na qual pressupõe que os profissionais de saúde observem a realidade em que estão inseridos, elencando os problemas das situações de trabalho e suas estratégias de enfrentamento e resolução, reforçando a mudança do modelo de atenção, visto que proporciona o protagonismo dos atores envolvidos e a transformação das práticas de atenção, gestão e produção de políticas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Conforme aponta Ceccim (2005), para ocupar o lugar ativo na educação permanente em saúde, precisamos trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos, ou seja, deixarmos de ser os sujeitos que vimos sendo (clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora).

Um estudo de Campos, Sena e Silva (2017), através da análise da literatura sobre a evolução da educação permanente em saúde de 1970 a 2016 de textos em inglês, português e espanhol, verificaram que, no Brasil, ocorreu um avanço conceitual na educação permanente, apesar de algumas desconexões com os processos de trabalho dos profissionais.

Com base nessas premissas, compreendemos que os referenciais teóricos da aprendizagem significativa - e colocá-los em prática - são elementos fundamentais para os processos educativos em diferentes níveis. Desse modo, acreditando na potencialidade do processo de EPS e do trabalho em equipe para o desencadear da ampliação da capacidade do cuidado e de resolução dos problemas de saúde e de vida da população, mergulharemos, na seção a seguir, no referencial da problematização que subsidia este estudo, a qual ocorre na relação ação-reflexão-ação e tem por meta o desenvolvimento da consciência crítica. E isso somente pode ser executado por meio do diálogo entre os sujeitos, o que traz sentido à vida humana.

3 ANÁLISE DE SITUAÇÃO

O município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, criado em dois de outubro de 1914, possui IDH 0,736 (alto) com população de 494.013¹, 11 distritos (entre os quais a alguns se tem acesso por vias fluviais e outros por vias terrestres) e 88 bairros no distrito-sede, que é a cidade de Porto Velho. A Estratégia de Saúde da Família iniciou na cidade em 2006, na UBS Ernandes Índio e na UBS José Adelino. Atualmente, o município possui 80 equipes de Saúde da Família, um NASF e uma equipe de Consultório na Rua (IBGE, 2017).

O município de Porto Velho aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), instituído pelo Ministério da Saúde em 2011, que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, inclusive com acréscimo financeiro no recurso fundo a fundo (BRASIL, 2012a). Para isso, o Programa propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O PMAQ é organizado por ciclos, tendo seu primeiro ciclo ocorrido entre 2011 e 2012; o segundo ciclo entre 2013 e 2014 e o terceiro ciclo de 2015 a 2018. O método de certificação das notas é baseado na autoavaliação das equipes, na análise dos indicadores produzidos pelas equipes de Saúde da Família e na avaliação externa.

No Estado de Rondônia, quem executa a avaliação externa é a Universidade Federal de Rondônia - UNIR. A avaliação externa consiste em visita *in loco* nas unidades básicas de saúde, visando coletar dados sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família, bem como a análise da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e a oferta de serviços.

Porto Velho aderiu ao PMAQ com 56 equipes no primeiro ciclo, 60 equipes no segundo e 80 equipes no terceiro ciclo. As certificações das equipes de Porto Velho, nos dois primeiros ciclos, foram classificadas conforme Quadro 1, a seguir:

¹ Por determinação judicial, o Município de Porto Velho-RO teve suspensos os resultados do CENSO IBGE 2015, devendo-se utilizar como válidos, até futura decisão em contrário, a população estimada para 2014, que foi de 494.013 habitantes. Processo Judicial nº 12316-40.2016.4.01.4100 - Seção Judiciária de Rondônia.

QUADRO 1 - CERTIFICAÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO VELHO NO PMAQ

1º CICLO (2011-2012)			2º CICLO (2013-2014)		
Muito acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média
7	39	10	0	2	58

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB. DAB/MS/2017.

A eSF Osvaldo Piana, INE 00001627, localizada na UBS homônima, CNES 2493942, situada na Av. Campos Sales, nº 891, bairro Areal, possui 4 ACS, 1.800 pessoas cadastradas e a UBS possui uma abrangência de 12.000 pessoas. A eSF Osvaldo Piana aderiu ao PMAQ somente a partir do segundo ciclo e apresenta os seguintes dados da avaliação dos indicadores conforme quadros a seguir.

No Quadro 2, abaixo, observa-se uma fragilidade do processo de trabalho da equipe por não realizar busca ativa de gestantes acompanhadas e nem as que poderiam iniciar o pré-natal no primeiro trimestre.

QUADRO 2 - INDICADORES DA SAÚDE DA MULHER DA ESF OSVALDO PIANA NO 2º CICLO DO PMAQ. PORTO VELHO - 2012

Saúde da Mulher	Resultado 2º ciclo da eSF Osvaldo Piana				
	Equipe	Município	Estrato	Estado	Brasil
Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	44,55	40,91	51,02	36,06	52,25
Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	*	6,28	6,98	6,83	7,14
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	55,56	77,02	83,18	81,57	83,73
Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	84,6	91,54	90,26	92,08	92
Proporção de gestantes com vacina em dia	85,56	93,96	92	94,65	93,67
Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais	*	0,1	0,05	0,05	0,06

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB. DAB/MS/2017.

* não houve dados

No quadro 3, vemos uma baixa cobertura de crianças pesadas e uma baixa proporção de crianças com calendário vacinal atualizado, evidenciando um processo de trabalho ruim voltado para a saúde da criança. Porém visualizamos um bom trabalho no que tange ao estímulo ao aleitamento materno exclusivo.

QUADRO 3 - INDICADORES DA SAÚDE DA CRIANÇA DA ESF OSVALDO PIANA NO 2º CICLO DO PMAQ. PORTO VELHO - 2012

Saúde da Criança	Resultado 2º ciclo da eSF Osvaldo Piana				
	Equipe	Município	Estrato	Estado	Brasil
Média de consultas de puericultura por criança cadastrada	*	4,75	4,86	3,39	5,24
Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	76,88	88,64	74,5	80,36	73,76
Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	92,08	94,43	94,51	96,76	95,42
Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	7,5	61,34	83,38	78,81	87,24
Média de consultas médicas para menores de um ano	*	2,61	3,55	3,14	3,75
Média de consultas médicas para menores de cinco anos	*	1,67	2,04	2,06	2,23

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB. DAB/MS/2017.

* não houve dados

No quadro 4, a seguir, podemos visualizar uma atenção ruim, voltada para os principais agravos das doenças crônicas no que tange ao cadastramento dos usuários.

Não há dados das médias de atendimento pelo motivo de tais informações não terem sido enviadas à base de dados do Ministério, que na época era o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

QUADRO 4 - INDICADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS DA ESF OSVALDO PIANA NO 2º CICLO DO PMAQ. PORTO VELHO - 2012

Doenças Crônicas	Resultado 2º ciclo da eSF Osvaldo Piana				
	Equipe	Município	Estrato	Estado	Brasil
Proporção de pessoas com diabetes cadastradas	52,51	65,48	71,9	61,76	73,68
Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas	68,33	73,14	69,29	72,74	74
Média de atendimentos por diabético	*	7,1	5,24	5,62	5,33
Média de atendimentos por hipertenso	*	8,42	3,75	3,61	3,93

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB. DAB/MS/2017.

* não houve dados

No quadro 5, não visualizamos resultados, portanto, entendemos que, como não houve envio de produção para a base federal, no caso do SIAB, a análise foi inviabilizada.

QUADRO 5 - INDICADORES DE PRODUÇÃO GERAL ESF OSVALDO PIANA NO 2º CICLO DO PMAQ. PORTO VELHO 2012

Produção Geral	Resultado 2º ciclo da eSF Osvaldo Piana				
	Equipe	Município	Estrato	Estado	Brasil
Média de consultas médicas por habitante	*	1,6	1,27	1,44	1,44
% consultas médicas para cuidado continuado/programado	*	21,92	21,51	18,71	21,46
% consultas médicas de demanda agendada	*	58,79	55,75	50,23	50,19
% consultas médicas de demanda imediata	*	19,29	22,74	31,06	28,35

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB. DAB/MS/2017.

* não houve dados

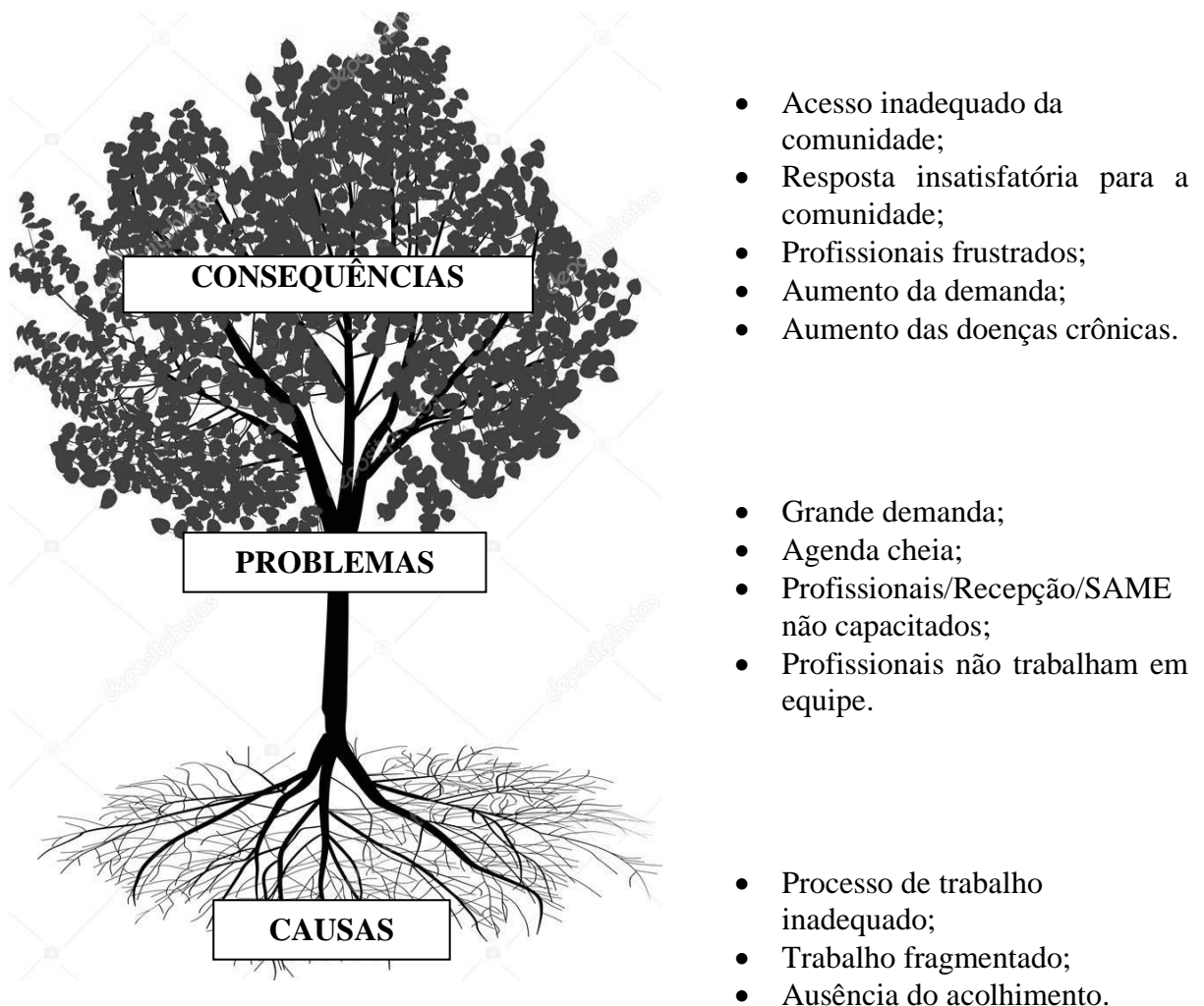
Outro dado importante extraído do PMAQ, no segundo ciclo (2013-2014), foi a certificação mediana ou abaixo da média - em relação ao acolhimento à demanda espontânea - observada na avaliação externa da equipe, corroborando com a decisão de desenvolvermos o presente estudo.

3.1 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

ÁRVORE DE PROBLEMAS

Os principais problemas encontrados pela Equipe de Saúde Osvaldo Piana no diagnóstico situacional, segundo dados do e-SUS e outros produzidos pela própria equipe, usando o método de coleta de informações pela estimativa rápida participativa, estão evidenciados na Figura 1.

FIGURA 1 – ÁRVORE EXPLICATIVA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO ACOLHIMENTO. ESF OSVALDO PIANA. PORTO VELHO - 2017



Fonte: Diagnóstico Local de Saúde. eSF Osvaldo Piana. Porto Velho, 2017.

A equipe identifica uma crescente demanda de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, o que reflete sempre numa agenda cheia. Um dos problemas destacados foi a

falta de capacitação tanto da equipe quanto dos profissionais que trabalham na UBS como, por exemplo, os que trabalham na recepção, no que tange ao melhor controle sanitário do seu território e a melhor abordagem dentro da unidade.

Outra dificuldade importante a ser destacada é o tipo de acolhimento dado ao usuário do território quando chega à unidade. Nos casos de demanda espontânea, não há critérios de risco ou vulnerabilidade e muitas vezes o usuário é orientado a ir embora e voltar num outro dia.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o projeto de intervenção facilita o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. Ao ser priorizado o problema, serão identificadas suas principais causas modificáveis, descritas na forma de nós crítico.

Os estudos de intervenção podem ser controlados e não controlados (GREY, 2001; ESCOSTEGUY, 2009; POLIT; BECK, 2011). Este é um estudo de intervenção não controlado, no qual todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento (ESCOSTEGUY, 2009). Assim, não há necessidade de formação de um grupo paralelo (PEREIRA, 1995; ESCOSTEGUY, 2009), uma vez que a intervenção será realizada em condições de vida real, trata-se de um estudo de efetividade (FRIEDMAN; FURBERG; DEMETS, 1998; SANTOS, 2009) além de que pode ser mensurada a partir dos resultados de intervenção (UGÁ, 2013).

O termo “estudo de intervenção” envolve os estudos em que o pesquisador controla o fator de exposição (a intervenção), ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto. Tais estudos podem ter ou não grupo controle e referir-se a indivíduos ou à comunidade (ESCOSTEGUY, 2009).

Neste estudo de intervenção, por ser realizado em uma equipe de Saúde da Família e com temática que envolve a interferência de múltiplas variáveis do processo de trabalho, além de recursos humanos e materiais, definimos considerar toda a equipe como grupo de intervenção.

4.2 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O projeto foi realizado na Unidade Básica de Saúde Osvaldo Piana, localizada na Av. Campos Sales, 891. Bairro Areal, Porto Velho/RO. O seu horário de funcionamento é das 07:00h às 19:00h de segunda a sexta-feira, com horários eventuais aos sábados para atividades programadas.

A unidade apresenta estrutura física adequada para uma gama de ações e serviços como sala de vacina, sala de procedimentos, nebulização, farmácia com Sistema Hórus implantado, laboratório, serviço de marcação de consultas, exames (SISREG) e cartão SUS, além de

consultórios médicos, de enfermagem e odontológicos. Atualmente a unidade possui 3 equipes de Saúde da Família, porém, somente uma equipe foi objeto do estudo. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal.

A UBS Osvaldo Piana possui também quatro (4) agentes comunitários de saúde, cobrindo uma população de 1.800 pessoas cadastradas via e-SUS. Na UBS também é realizado estágio de alunos dos cursos da saúde de um centro universitário privado (medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição) além da equipe de Consultório na Rua, a única equipe do estado, contando com um psicólogo, enfermeira e técnico de enfermagem.

A unidade utiliza o e-SUS, módulo PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), como sistema de informação em todos os setores, inclusive sala de vacina e sala de procedimentos. A unidade também realiza Atenção Básica no modelo tradicional, contando com 1 médico que atende à demanda geral de área não coberta pela ESF.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram do estudo a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, as atendentes do SAME, as quatro ACS da equipe de Saúde da Família Osvaldo Piana, a diretora da unidade, a odontóloga e a auxiliar de saúde bucal. Foram convidados para participar deste projeto de intervenção todos os profissionais da UBS. Houve a participação de alguns profissionais da unidade que não fazem parte da equipe, porém se interessaram nas discussões, como alguns agentes comunitários, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4.4 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO

Compuseram a intervenção os seguintes procedimentos:

- 1) Apresentação do projeto à gestão e à equipe
- 2) Proposta de Intervenção: Aplicação do Arco de Maguerez (com seus respectivos momentos/fases);
- 3) Análise das categorias temáticas e avaliação da intervenção.

A seguir, passamos a discorrer sobre cada um deles.

1 – APRESENTAÇÃO DO PROJETO À GESTÃO E EQUIPE

O diagnóstico situacional local foi realizado antes da realização do projeto de intervenção, tendo como base conceitual a disciplina de Planejamento em Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – em julho de 2017, quando a equipe de Saúde da Família estava se preparando para a avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ. Posteriormente, foi apresentado o projeto de intervenção ao Secretário Municipal de Saúde de Porto Velho e aos profissionais da eSF e diretora da unidade, em setembro de 2017, antes de ser enviado ao CEP/UNIR. Foi disponibilizada uma hora final do expediente da unidade básica de cada profissional, às quintas-feiras, no período de março a junho de 2018, para as rodas de conversa com os funcionários da eSF Osvaldo Piana.

2 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ARCO DE MAGUEREZ

A intervenção constou de oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea, com escuta qualificada de classificação de risco e vulnerabilidade pela equipe, utilizando a metodologia do Arco de Magueréz, por meio de atividades de educação permanente que compreenderam a frequência às rodas de conversa.

As rodas de conversa foram incluídas no calendário de planejamento da equipe semanalmente, às quintas-feiras, onde houve a realização das reuniões de educação permanente sobre Acolhimento na APS, utilizando o Caderno 28, volumes I e II (BRASIL, 2013). Essa forma de organização da pesquisa e o pequeno contingente de recursos humanos possibilitaram a participação de todos os profissionais da unidade por um período de uma hora semanal. O acolhimento à demanda espontânea foi realizado prioritariamente no território da equipe de Saúde da Família Osvaldo Piana, pois entendeu-se que a equipe necessitava dar uma resposta mais equânime ao território adstrito.

As rodas de conversas foram importantes no processo de coletivização da análise e produção de estratégias conjuntas para o enfrentamento do problema eleito. Foram ao todo seis rodas de conversa em que apresentamos informações acerca do SUS, da atenção primária – suas demandas e sua importância nas redes de atenção – e as redes de atenção à saúde, sempre terminando com questões disparadoras para iniciar as discussões. Houve alguns entraves quanto a transferência de algumas rodas de conversa, devido aos feriados municipais, estaduais e nacionais.

Dentre as metodologias inovadoras, a Metodologia da Problematização, com o uso do

Arco de Maguerez, se apresentou como uma possibilidade de transformação da realidade. Essa metodologia vem sendo adotada em diversas áreas, contemplando o ensino e a prática das ciências biológicas (ALVES; BERBEL, 2012; ZUGE et al., 2012), exatas (JURKEVICZ, 2010) e humanas (ZAMBON, 2011).

Segundo Berbel (1995), a Metodologia da Problematização é uma alternativa metodológica que procura problematizar a realidade ou um recorte dela, com vistas à sua transformação, em algum grau.

A Metodologia da Problematização com o uso do Arco consiste em problematizar a realidade, devido à peculiaridade processual que possui, ou seja, seus pontos de partida e de chegada; efetiva-se por meio da aplicação à realidade na qual se observou o problema, ao retornar posteriormente a essa mesma realidade, mas com novas informações e possíveis soluções, visando à transformação (BERBEL, 1998a; COLOMBO; BERBEL, 2007). O processo apenas se completa quando acontece algum grau de intervenção (BERBEL, 2012).

Com a implementação da Metodologia da Problematização por meio das etapas que compõem o Arco de Maguerez é possível, conforme Berbel (2012), estimular o raciocínio, o desenvolvimento de habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimento, mobilizar o potencial social, político e ético dos profissionais em formação, proporcionando-lhes amplas condições de relacionar teoria/prática e estimulando o trabalho junto a outras pessoas no local em que os fatos ocorrem, além de provocar alterações em todos os sujeitos envolvidos e possibilitar a aplicação das hipóteses de solução.

O Arco de Maguerez é composto por cinco etapas:

- 1- Observação da Realidade: identifica o problema;
- 2- Identificação dos Pontos-Chave: identifica possíveis fatores e determinantes do problema;
- 3- Teorização dos Conceitos: elege a forma de estudar cada ponto-chave;
- 4- Hipóteses de Solução: elabora hipóteses de solução para o problema; e
- 5- Aplicação à Realidade: elege as hipóteses que possam ser aplicadas na prática.

3 – ENTREVISTAS E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Utilizamos a entrevista como técnica complementar, seguindo um roteiro semiestruturado, contendo perguntas referentes à percepção do profissional acerca do processo de trabalho, do acolhimento, bem como os aspectos dificultadores e facilitadores para implantação do acolhimento. As respostas foram gravadas e posteriormente transcritas para

análise (APÊNDICE D). Em cada oficina realizada (etapas do Arco de Maguerez) eram feitos os questionamentos contidos no roteiro de entrevista para apreender os significados que os profissionais atribuíam aos conteúdos discutidos nas oficinas pedagógicas. As oficinas constituíram-se em um espaço democrático para realização de debates, reflexão, construção de conhecimentos e propostas para transformação das práticas em saúde.

Iniciamos o processo de análise com a transcrição das entrevistas, seguida de leituras flutuantes, “... uma atividade que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2011, p.126). Realizamos várias leituras de cada consolidado das oficinas para interpretar, de forma mais próxima, o que foi falado pelos sujeitos e também o fichamento de cada oficina, correlacionando as falas aos temas abordados, de acordo com cada pergunta e problema previamente formulado e dos novos temas que surgiram ao longo da análise.

Os discursos foram então recompostos no processo de construção e consolidação dos temas que configuravam categorias temáticas construídas a partir dos relatos dos sujeitos, objetivando a organização do conteúdo. Os dados foram analisados exaustivamente e, por similaridade de conteúdos, foram agrupados em cinco categorias de análise, quais sejam:

- 1) Processo de Trabalho;
- 2) Trabalho em equipe e atenção integral;
- 3) Acolhimento com escuta qualificada;
- 4) Dificuldades para implantar o acolhimento;
- 5) Facilidades para implantar o acolhimento.

A proposta de avaliação foi processual e contínua, acompanhando cada etapa do Arco de Maguerez, os objetivos propostos e ou desempenhos esperados no processo de capacitação e no momento de realização das atividades. Dessa forma, o processo de avaliação deste trabalho de intervenção foi realizado de modo contínuo, mediante observação e levantamento de opiniões acerca de cada etapa desenvolvida, na medida em que esta ocorria, para que, se necessário, pudéssemos ajustar condutas e/ou estratégias no intuito de manter a continuidade do processo de aplicação da intervenção.

Os instrumentos por nós utilizados na avaliação foram: pesquisas de campo com registro (do pesquisador); trabalhos em grupo; assiduidade; pontualidade; criatividade; responsabilidade e relacionamento interpessoal.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, seguimos as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Dessa forma, inicialmente encaminhamos o projeto à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, solicitando autorização para realização da pesquisa e obtivemos a aprovação (APÊNDICE A). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR (CEP), tendo sido aprovado sob o Parecer Consubstanciado nº 2.362.444, de 01 de novembro de 2017.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo receberam informações a respeito da intervenção. Após terem sido esclarecidos sobre as etapas da intervenção, aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), ficando cientes de que seus dados serão mantidos sob sigilo.

As imagens dos participantes da pesquisa podem ser usadas em todo e qualquer material entre fotos e documentos e utilizadas na Dissertação de Mestrado e em todos os demais produtos deste trabalho, desenvolvido pela Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, destinadas à divulgação ao público em geral (APÊNDICE C).

RISCOS

Considerando que a pesquisa poderia gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com algumas etapas do projeto de intervenção, estivemos à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicamos a importância da participação nas etapas da intervenção, garantindo o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade.

Os sujeitos foram codificados por números para garantir o anonimato. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi obtido de forma escrita, após explicação dos objetivos do estudo e finalidade dos resultados de avaliação.

BENEFÍCIOS

Para cada participante, ao final da entrevista, esclarecemos dúvidas e realizamos orientações sobre acolhimento à demanda espontânea. Além disso, nosso estudo contribuirá para o direcionamento do trabalho em equipe, acolhendo os usuários em suas necessidades e

com resolutividade, obtendo melhorias a curto, médio e longo prazos em relação a satisfação tanto do usuário quanto da equipe de saúde da família.

4.6 METAS

- Acolher 100% da população coberta da equipe de saúde da família que chega à unidade, por demanda espontânea, com classificação de risco e vulnerabilidade.
- Capacitar 100% da Equipe de Saúde da Família Osvaldo Piana em relação a acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mudar é difícil, mas é possível.
(Paulo Freire, 1997)

Apresentamos, nesta seção, a descrição de como ocorreram as etapas da intervenção com base no modelo de aprendizagem problematizadora, tanto as ações do pesquisador quanto as atividades desenvolvidas pelos demais sujeitos em cada momento.

Considerando-se a mudança de paradigma, que se desfaz de um contexto tradicional de aprendizagem - até então ainda muito presente nas escolas formadoras e nos treinamentos e capacitações promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) para os profissionais da Rede - para um contexto problematizador, no qual o 'aluno' é também agente transformador durante todo o seu processo de aprendizagem, é de significativa relevância considerarmos a Teoria da Complexidade (MORIN, 1980,), segundo a qual a complexidade é:

uma nova categoria fundamental na compreensão de novos paradigmas. O real é complexo. Densa é a complexidade nos organismos vivos. Eles foram sistemas abertos. Neles se dá o fenômeno da autoprodução e da auto-organização a partir do não equilíbrio dinâmico que busca novas adaptações. Quanto mais próximo ao total equilíbrio, mais próximo está o organismo vivo da sua morte. A distância do equilíbrio, isto é, a situação de caos, cria a possibilidade de uma nova ordem. O caos é generativo e o princípio das organizações de singularidades e de novidades (MORIN, 1980, p. 335).

5.1 ETAPAS DO ARCO DE MAGUEREZ

1ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ: OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

A equipe de Saúde da Família Osvaldo Piana é composta por 11 profissionais, a saber: uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, duas técnicas em enfermagem, uma técnica em saúde bucal e quatro agentes comunitárias de saúde.

Os membros dessa equipe se encontram na faixa de 30 a 50 anos; alguns profissionais, que atuam como nível médio, possuem nível superior e ocupam o cargo há mais de cinco anos na equipe; e os ACS não têm feito atualizações para atuarem no cargo. Os profissionais foram unânimes em responder que assentem a necessidade de educação permanente.

Para iniciar a discussão, abordamos os temas Atenção Primária e Seus Atributos, as Demandas Incluindo a Demanda Espontânea, Acolhimento e Acesso, utilizando a estratégia

brainstorming, que significa “tempestade de ideias”, ou seja, momento em que são discutidas as opiniões e sugestões a respeito do assunto a ser trabalhado. É um processo de aproximação dos sujeitos com o conteúdo, a fim de investigar o que eles teriam a dizer a respeito, nas oficinas.

Buscamos instigar os profissionais de saúde a exercitar a curiosidade, o pensar, o procurar uma solução para um problema que eles poderiam ou não ter com algum tipo de contato. Araújo e Rocha (2007) destacam que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios, portanto, exercem influência sobre o processo de trabalho, mas não inviabilizam o exercício da equipe. Com o desafio lançado, iniciamos, então, a observação da realidade.

A primeira questão colocada aos participantes foi: *Como posso atender os usuários com o acolhimento com classificação de risco na APS?*

Começando a oficina com esta questão, tivemos a oportunidade de verificar o que os profissionais já sabiam ou não a respeito do assunto, pois, como era o primeiro encontro, nenhuma pesquisa de teoria ou mesmo conceitos haviam sido por nós apresentados à equipe até o momento.

As experiências profissionais e pessoais dos sujeitos, naquele momento, seriam apresentadas, porém, inicialmente a questão gerou silêncio. Os profissionais de saúde olhavam uns para os outros, sem realizar nenhum comentário e, logo em seguida, voltavam seus olhares para nós, na expectativa de que apresentássemos a resposta, ou a indicação de leituras em que pudessem encontrar a resposta exata ao desafio lançado.

Essa reação dos profissionais de saúde de não falar, nesse primeiro momento, foi concebida como o passo inicial de quebra de paradigmas, pois não quebramos o silêncio como se costuma fazer na forma tradicional de aprenderem que não se exige opiniões ou críticas dos sujeitos sobre o que se está discutindo, mas uma exata reprodução da exposição feita pelo pesquisador. “Nessa visão de ensino, a aula é o espaço onde o professor fala e explica o conteúdo, cabendo ao aluno anotá-lo para depois memorizá-lo” (ANASTACIOU; PESSATE, 2006, p. 57).

Refizemos a pergunta, acrescentando que gostaríamos de ouvir o que todos pensavam sobre acesso, se sabiam o que era classificação de risco na APS, se já ouviram falar sobre demanda espontânea, ou se já vivenciaram alguma situação que pudesse caracterizar como bom atendimento aos usuários não agendados. Nesse momento, iniciou-se o processo de

comunicação pesquisador-profissionais (professor-aluno). Segundo Bordenave e Pereira (2011), o ensinar não é concebido apenas como transmissão de algo para alguém, ou simplesmente uma comunicação, o ensinar começou a integrar o fazer pensar. Segundo os autores ensinar é estimular para a identificação e resolução de problemas; é ajudar a criar hábitos de pensamento e ação.

Quando repetimos a questão (com a orientação de que gostaríamos de ouvir os profissionais de saúde a respeito de algo que vai além do atendimento “tradicional”), sabíamos que tal expressão não iria gerar dúvidas nos profissionais sobre o que isso significava, pois essa já era uma prática cotidiana.

Os profissionais, então, mesmo que ainda receosos em responder ao desafio por nós proposto, começaram a apresentar suas ideias e vivências e a discussão permaneceu durante toda aquela roda de conversa.

Os agentes comunitários participaram das discussões, principalmente na questão relativa ao acesso. Identificaram que a equipe não entendia a importância da Atenção Primária no primeiro contato do usuário e que ocorrem vários problemas que impedem a facilidade do acesso como, por exemplo, as agendas da médica e da enfermeira continuamente cheias.

Houve o enriquecimento da discussão dada às diversas formações dos participantes e, principalmente, às experiências que naquele momento estavam sendo relatadas. Outros assuntos foram levantados pelos profissionais, correlacionados ao tema da oficina, tais como: atributos da APS, em que a equipe reconheceu que realiza a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, mesmo que ainda não esteja sendo compartilhado com toda a equipe. Os principais pontos discutidos eram anotados por todos.

A metodologia da problematização utilizada para o tratamento pedagógico da roda de conversa instigou um processo de comunicação que é dinâmico e não mecânico. Desse modo, na primeira etapa do processo, os profissionais vivenciaram a dimensão reflexiva sobre os temas.

Esse momento de observação e reflexão foi muito rico de informações. Houve várias exposições dos participantes sobre suas experiências, sobre o que já viram e leram a respeito dos temas. Todos contribuíram e consideraram a aprendizagem significativa.

A aprendizagem é dita significativa quando novos conhecimentos (conceitos, ideias, proposições, modelos, fórmulas) passam a fazer sentido para o aprendiz, quando ele é capaz de explicar situações com suas próprias palavras, quando é capaz de resolver problemas novos, enfim, quando compreende. Essa aprendizagem se caracteriza pela interação entre os novos conhecimentos e aqueles especificamente relevantes já existentes na estrutura cognitiva do

sujeito que aprende, os quais constituem o mais importante fator para a transformação dos significados lógicos, potencialmente significativos, dos materiais de aprendizagem em significados psicológicos (MOREIRA, 2012).

A primeira etapa das rodas de conversa foi muito proveitosa. Analisamos que mesmo sendo muito interessante a proposta de possibilitar que os profissionais também problematizem, estabeleçam relações e críticas entre os objetos e as situações, esse processo ainda está em construção, sendo lapidado a cada experiência. Estamos aprendendo a aprender por meio de situações novas e desafiadoras. É um processo construído a cada experiência de atendimento aos usuários. Saviani (1980), Freire (1998) e Dewey (2011) defendem que o que se aprende tem relação com o local, com o método de ensino, com a interação das pessoas e com o momento de ensino.

2ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ: IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS-CHAVE

Nesta etapa, os profissionais foram instigados a elaborar situações-problema a partir de suas observações - trazendo as falhas que detectaram da realidade de saúde e, mais ainda, da realidade na qual estão inseridos. Foi de significativa importância para que a visão que eles tinham sobre fluxograma, acolhimento e processo de trabalho fosse repensada e começasse a fazer sentido para eles, uma nova forma de produzir saúde.

Nesse sentido, refletir sobre o acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permitiu ao grupo discutir sobre possibilidades de mudança nos modos de operar a assistência, uma vez que se questionavam as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2006).

Desse modo, os conteúdos tratados começaram a fazer sentido para o grupo, o que incentivou maior interesse pelas rodas de conversa e uma grande expectativa para a obtenção de resultados, conforme os participantes relataram.

Como as discussões aumentavam e a cada momento um novo elemento surgia nas falas dos profissionais, solicitamos que os participantes delimitassem os principais fatores relacionados ao problema e que necessitariam ser pesquisados para, então, tentar propor soluções para o problema identificado.

Os sujeitos realizaram uma eleição do que foi observado na realidade, apontando o que é realmente importante, identificando os pontos-chave do assunto abordado, bem como as variáveis determinantes da situação, realizando uma síntese do que seria discutido, os aspectos a serem conhecidos e melhor compreendidos de forma a buscar uma resposta ao caso (PRADO

et al., 2012).

Para direcionar as discussões lançamos as seguintes perguntas: *É possível organizar nossa demanda? Como podemos organizar o acolhimento em nossa Unidade?*

Após discussões na equipe, a forma como o trabalho era organizado na unidade foi apresentada. Para aprofundamento do tema, realizamos uma explanação dialogada sobre a política do acolhimento, emanada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). Muitos não conheciam a política mais profundamente e a participação foi bastante grande durante a apresentação.

Alguns participantes citaram que os usuários conseguem a consulta de várias formas, dentre as quais algumas se dão junto à direção da unidade, outras através de funcionários que conhecem o usuário. Isso gera uma quebra do princípio fundamental do SUS que garante a equidade. Barros e Sousa (2016) consideram a equidade como sendo a estratégia para se conseguir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso.

Outro ponto-chave observado e discutido é como deveriam ser identificados os usuários com prioridades. Os participantes, principalmente os agentes comunitários de saúde, citaram que não possuem nenhuma noção técnica do que é para ser atendido no dia. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) cita que é atribuição comum a todos os profissionais participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

3ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ: TEORIZAÇÃO DOS CONCEITOS

Segundo Villardi, Cyrino e Berel (2015), a teorização é a etapa que investiga os pontos-chave, discutindo e analisando seus determinantes e buscando informações de diversas fontes, com o objetivo de resolver os problemas e transformar a realidade.

Esta etapa da aplicação da metodologia durou quatro quintas-feiras de reuniões. Durante esse período, os pontos-chave identificados e discutidos na etapa anterior passaram a ser desenvolvidos com base no que a teoria apresenta a respeito. Assim, os temas foram embasados de acordo com o que os profissionais buscaram de seus cotidianos (mundo empírico), de artigos, documentos oficiais (Ministério da Saúde), tudo foi organizado e explicado mediante referências. Só assim poderá haver “transferência” e “generalização” da aprendizagem. Realmente, apreender fatos não é ainda aprender. As observações devem ser levantadas ao nível

da teoria. Esta é uma responsabilidade do pesquisador, no sentido de ajudar os profissionais a criar “modelos ou estruturas”, nas quais aparecem as principais variáveis do problema e suas relações recíprocas (BORDENAVE; PEREIRA, 2011, p. 129).

Partindo da proposta da metodologia, em que os profissionais podem, juntamente com o pesquisador, identificar os pontos principais a serem estudados e tendo como base o problema sobre o acolhimento à demanda com classificação de risco, não seria possível ter, logo no início dos encontros, a indicação de todas as referências.

Na primeira semana, fizemos exposição oral sobre as várias modelagens de acolhimento que tem a função de transmitir a informação, de acordo com Bordenave e Pereira (2011), porém, combinada com a atividade de trabalho em grupo, que transmite pouca informação, mas em troca, mobiliza muito mais o raciocínio analítico dos profissionais, exercitando também as habilidades de relacionamento, avaliação e solução de problemas.

A cada encontro semanal uma nova discussão se iniciava com novos elementos, os quais eram agregados ao cenário de análise. Dessa forma, os principais temas foram apresentados e precisavam ser pesquisados para fundamentar o que se observou e selecionou.

Assim, esta etapa caracterizou-se por um processo de busca, de pesquisa, de seleção dessas novas referências pelos profissionais de saúde, que seguiam nossa orientação sobre onde pesquisar. A teorização dos conceitos foi um momento que muito contribuiu para o aprendizado dos profissionais, para reorientação do processo de trabalho da equipe. A cada encontro o grupo apresentava uma nova leitura que complementava o que já havia sido pesquisado e conceituado inicialmente. Esta fase foi muito rica, pois, a partir dela, houve o avanço do grupo nas demais etapas, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Conforme reforça Vasconcelos (1993), esse momento é caracterizado pelo desenvolvimento dos pontos-chave, buscando as informações onde quer que elas estejam, seja nos livros, nos artigos, nas revistas ou mesmo em depoimentos e representações de elementos envolvidos no problema em questão.

4ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ: HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

Dentro do processo de teorização e, ao mesmo tempo, de criação, visualizamos uma espiral em que o grupo propôs as hipóteses de solução para os problemas elaborados a partir da observação dos cenários estudados.

Conforme pudemos notar, ocorreu um “vai e vem” entre teoria e criação da proposta. Portanto, nessa aplicação não houve uma separação da pesquisa e da criação, ambas se

desenvolveram concomitantemente, uma vez que a cada nova pesquisa ocorria um aperfeiçoamento da proposta. Esta etapa foi realizada em dois encontros, de acordo com a espiral, nos quais o grupo apresentou as hipóteses de solução que foram analisadas para o *feedback* do pesquisador.

Partindo de algo que já existe no cotidiano das práticas de saúde na APS, o grupo apresentou como hipóteses de solução a organização do fluxo de usuários e a implantação do formulário de acolhimento como modelo de inovação que garantisse a atenção mais resoluta aos usuários. Conforme Colombo e Berbel (2007), essas ações devem colaborar com a resolução total ou parcial do problema, ainda que não estejam acessíveis diretamente à intervenção do sujeito que está utilizando a metodologia da problematização (MP), por dependerem de outras pessoas, instâncias, níveis ou hierarquias.

As hipóteses de solução apontadas pelos participantes desse estudo, quando contrastadas com a literatura atual, mostram que aspectos básicos, exaustivamente discutidos nos textos, ainda são lacunas importantes e que os profissionais sentem necessidade na atuação de programas de educação permanente de modo a oferecer atualizações (GUIMARÃES et al., 2011).

Com a finalidade de organizar o fluxo de usuários que procuram a unidade, agendados ou não, a equipe discutiu e aprovou um fluxo com base no Caderno de Atenção Básica N° 28 (BRASIL, 2013), adaptada à realidade das demandas da comunidade e dos serviços oferecidos na UBS (Figura 2).

Ao chegar na UBS, o usuário se dirige ao SAME (Recepção) e é encaminhado conforme sua necessidade. Se estiver agendado para alguma atividade ou necessitar de algum serviço direto, é encaminhado ao setor responsável (farmácia, coleta de exames, sala de vacina, sala de procedimentos). Se o usuário não possui atividade agendada, é encaminhado para a triagem e, em seguida, será realizada a escuta qualificada, através da ficha de classificação de risco e vulnerabilidade, na própria sala da triagem ou em qualquer sala disponível da unidade.

A partir das discussões das rodas de conversa, a equipe aprovou uma ficha de classificação de risco e vulnerabilidade, que foi elaborada em conjunto, aliada à experiência das principais demandas da UBS, juntamente com o Caderno de Atenção Básica N° 28 (BRASIL, 2013). A ficha é composta de principais queixas dos usuários, classificadas conforme a gravidade (Figura 3). Com o intuito de facilitar o preenchimento pelo profissional que realiza a escuta qualificada, foi criado um link (<https://goo.gl/forms/uDgugx8lRF37qFt83>) que está disponível na aba do navegador do e-SUS.

A primeira parte da ficha é a identificação do usuário, contendo os principais dados

como nome, idade, sexo e o horário do atendimento. Também é o local para identificar se o usuário faz parte da área de abrangência da eSF, se é da área de abrangência da UBS ou fora de abrangência da UBS.

A segunda parte é o motivo da procura à UBS, onde se encontram elencadas as principais queixas dos usuários, classificadas conforme a gravidade e em cores. Vale ressaltar que os motivos classificados em azul (sem risco) são demandas exclusivas da Atenção Primária (macroprocessos das demandas administrativas) e, conforme Mendes (2015), as demandas administrativas consomem muito tempo, por isso é necessário que sejam organizadas a fim de aumentar a eficiência da APS.

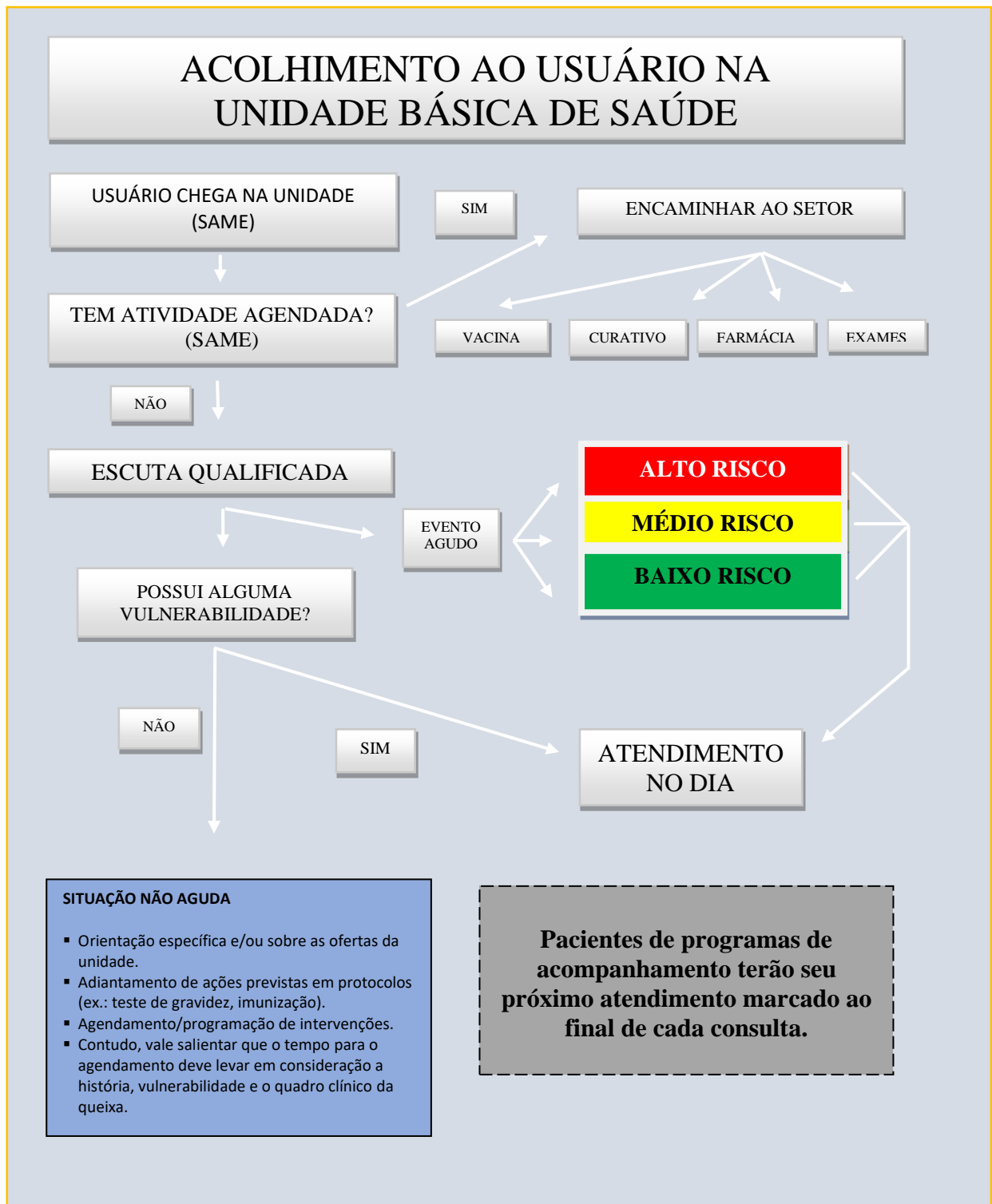
A terceira parte da ficha é elencar se o usuário possui alguma condição crônica. Com o intuito de saber se possui algum agravo além de sua queixa, essa parte identifica alguma condição crônica que precisa ser analisada pelo profissional da escuta qualificada, o que auxiliará na sua tomada de decisão.

A quarta parte mostra as principais vulnerabilidades apontadas na classificação de risco familiar de Coelho & Savassi (2004). Assim, se houver alguma vulnerabilidade apontada, o usuário terá seu atendimento no dia.

A quinta e a sexta parte contêm a classificação e a conclusão; assim, o usuário será orientado a esperar pela consulta ou sairá da UBS com seu agendamento garantido.

Se o usuário for classificado em qualquer risco e/ou possuir alguma vulnerabilidade, o atendimento será realizado no mesmo dia. Se não houver risco e/ou vulnerabilidade, o usuário será orientado sobre as ofertas de serviços da unidade, e, se for o caso, são adiantadas algumas ações como teste de gravidez, testes rápidos, dentre outros, e haverá a possibilidade de agendar sua consulta para uma data posterior.

FIGURA 2 - MODELO DE FLUXO DE USUÁRIOS NA UBS OSVALDO PIANA, 2018



Fonte: Adaptada do Caderno de Atenção Básica N° 28. Vol. I, 2013.

FIGURA 3 - FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA DA UBS OSVALDO PIANA, 2018

ESTADO DE RONDÔNIA MUNICÍPIO DE PORTO VELHO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OSVALDO PIANA					
FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA					
IDENTIFICAÇÃO	NOME: _____ Idade: _____				
	SEXO: () MASCULINO () FEMININO		HORÁRIO: ____:____		
	ÁREA DE ABRANGÊNCIA:				
	() ÁREA DA EQUIPE	() ÁREA NÃO COBERTA PELA EQUIPE	() ÁREA NÃO COBERTA PELA UBS		
MOTIVO DA PROCURA	() PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	() DIFICULDADE RESPIRATÓRIA GRAVE	() CRISE CONVULSIVA	() DOR SEVERA	RISCO ALTO
	() REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
	() DISPNEIA LEVE A MODERADA	() FEBRE	() GESTANTE COM DOR ABDOMINAL	() SUSPEITA DE IST	RISCO MODERADO
	() DIARRÉIA	() DOR DE CABEÇA	() TONTURA	() DOR TORÁCICA	
	() SUSPEITA DE VIOLÊNCIA	() HEMORRAGIAS BUCAIS	() ANSIEDADE SIGNIFICATIVA	() TOSSE COM SINAIS DE RISCO	
	() DOR DE URINA	() DOR LOMBAR LEVE	() CONFLITO FAMILIAR		RISCO BAIXO
	() TOSSE SEM SINAIS DE RISCO	() RENOVAÇÃO DE MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO	() DOR DE DENTE	() HIPER/HIPOGLICEMIA	
	() DEMANDA ADMINISTRATIVA	() RETORNO DA CONSULTA COM EXAMES	() RETORNO DA CONSULTA SEM EXAMES		SEM RISCO
() CONSULTA SEM QUEIXAS					
CONDIÇÃO DE SAÚDE	() HIPERTENSÃO ARTERIAL	() ASMA	() ANEMIA	() GESTANTE	
	() DIABETES	() DOENÇA REUMÁTICA	() CARDIOPATIA	() RENAIIS CRÔNICOS	
	() EPILEPSIA	() TABAGISTA. HÁ QUANTO TEMPO? _____	() CÂNCER		
	() USO EXCESSÍVEL DE ÁLCOOL? HÁ QUANTO TEMPO? _____				
	() TRANSTORNO MENTAL	() OUTROS _____			
VULNERABILIDADES	() ACAMADO	() DEFICIÊNCIA FÍSICA	() DEFICIÊNCIA MENTAL		VULNERABILIDADE ALTA
	() BAIXAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO	() DESNUTRIÇÃO GRAVE			
	() DROGADIÇÃO	() DESEMPREGO			VULNERABILIDADE MÉDIA
	() ANALFABETISMO	() MENOR DE 06 MESES	() MAIOR DE 70 ANOS		VULNERABILIDADE BAIXA
	() USUÁRIO HIPERTENSO	() USUÁRIO DIABÉTICO			
CLASSIFICAÇÃO	RISCO:		VULNERABILIDADE:		
	() BAIXO	() SEM RISCO	() BAIXA	() SEM VULNERABILIDADE	
	() MODERADO		() MODERADA		
	() ALTO		() ALTA		
CONCLUSÃO	() ATENDIMENTO NO DIA				
	() AGENDAR CONSULTA				

Fonte: Ficha de Classificação de Risco e Vulnerabilidade, adaptada do Caderno de Atenção Básica N° 28. Vol I, 2013.

5ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ: APLICAÇÃO À REALIDADE

A aplicação à realidade apresenta-se como a última etapa do modelo de aprendizagem. É nela que os profissionais da equipe puderam experimentar o que propuseram como solução ao problema, ou seja, colocaram em prática suas ideias por meio das hipóteses de solução, após minucioso processo de pesquisa, reflexão, análise e proposições.

De acordo com Bordenave e Pereira (2011, p. 129), na etapa de aplicação os alunos testam, contra a realidade, a validade do que foi aprendido. Os citados autores dizem que “Aí reinicia-se o ciclo, passando a outra situação-problema, que incorpore o já aprendido como um dado a mais”.

Analisando esse processo de aplicação da teoria em hipóteses elaboradas para solução de problemas reais, faz-se necessário relacionar o que, até o momento, foi apresentado com as ideias de Vázquez (1990, p. 127).

A teoria, que por si só não transforma o mundo real, torna-se prática quando penetra na consciência dos homens. Desse modo, ficam estabelecidas seus limites e a condição necessária para que se torne prática; por si só ela é inoperante e não pode substituir a ação, mas se torna força efetiva - um ‘poder material’ - quando é aceita pelos homens.

Para que as proposições do grupo se transformassem em prática realizável na UBS Oswaldo Piana, alguns pactos foram realizados pela equipe. Percebemos, com o uso da MP com o Arco de Magueréz (BERBEL, 1995), que algumas hipóteses apontadas pelos participantes, passíveis de implementação imediata, não necessitavam aguardar o término do estudo para resultar em mudanças. Então, tais hipóteses foram implementadas, como uma tecnologia importante a ser seguida pelos sujeitos e com intencionalidade de capilarização para outras UBS do município e do Estado de Rondônia, o que contribuiu para valorizar o método de intervenção e para o entendimento do caminho para intervir. Acreditamos que, a partir de uma mudança dos trabalhadores, os mesmos poderão atuar como multiplicadores em seus espaços de trabalho.

A abordagem dos sujeitos sobre o problema, ainda que em uma pequena dimensão, é importante para torná-los participantes da construção histórica da realidade, num exercício de práxis e possibilidade de formação da consciência da práxis (BERBEL, 1996). Ao elaborar as fichas que podem ser utilizadas no cotidiano do trabalho, os participantes tiveram a oportunidade de apontar o que era exequível para o serviço.

Além disso, o processo foi um momento ímpar de aproximação entre os profissionais da equipe. Eles tiveram oportunidade de compartilhar angústias, medos e soluções. Assim, na

experiência vivenciada, a implementação da MP oportunizou maior integração do grupo. Enquanto pesquisador, atuamos como moderador e, por não integrar a equipe de trabalho, isso favoreceu maior discussão e liberdade nas falas dos sujeitos.

5.2 OS TEMAS DEBATIDOS NAS OFICINAS E A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS

Foram temas de consenso: Processo de Trabalho, Trabalho em Equipe e a Atenção Integral, Acolhimento com Escuta Qualificada e Dificuldades e Facilidades para a operacionalização do acolhimento.

5.2.1 O PROCESSO DE TRABALHO

No presente estudo verificamos que a SF utilizava um cronograma de atendimento em que cada dia da semana era dedicado a uma atividade: pré-natal, puericultura, atendimento ao Hiperdia, planejamento familiar e procedimentos diversos, tais como verificação de pressão arterial, curativos, retirada de pontos, dentre outros. A demanda espontânea era constituída pelas pessoas que não estavam contempladas no cronograma do dia e apresentavam queixas diversas de febre, dor, mal-estar, pressão alta, dentre outros. O atendimento na unidade era limitado, pois há poucas consultas reservadas para o que a equipe chama de intercorrências e, muitas vezes, a população fica desassistida. Existe uma busca considerável pela consulta médica e por medicamentos.

Essa forma de organização da demanda dificulta a organização do processo de trabalho das equipes, pois, ao reservar um pequeno número de vagas para a necessidade da população, a equipe se depara com a necessidade de priorizar aqueles com maior risco. Os demais têm suas necessidades de saúde negligenciadas, gerando queixas em razão da falta de atendimento. Queixas quanto à baixa resolutividade dos serviços não são incomuns.

O processo de trabalho ainda está centrado no saber do médico, fazendo com que os outros profissionais sejam subestimados na organização da atenção à saúde. O modelo utilitarista de queixa-conduta (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013) não permite o cuidado integral, contribuindo para a baixa resolutividade do SUS (SCHRAIBER; MOTA, 2015). Não são utilizadas de forma sistemática as demais intervenções oferecidas pela equipe, como grupos operativos, entre outros.

A organização dos serviços, nessa lógica, resulta em ineficácia e pouca efetividade do

trabalho em saúde. Conforme citam Souza et al. (2014), da forma como está estabelecida, não são priorizadas as demandas e necessidades da comunidade e é determinada pelos serviços ofertados pelas unidades de saúde, sem de fato colocarem o usuário como centro das determinações no processo de trabalho.

Percebemos, nos depoimentos abaixo, a constatação do trabalho morto, direcionando o processo de trabalho dependente, quase exclusivamente, de tecnologias duras.

No dia a dia a gente tem pré-natal, bolsa família, Hiperdia, visita domiciliar, vacinação, citologia, puericultura, odontologia e atendimento na farmácia (Prof. 2).

O usuário encaminha-se ao SAME, que localiza seu prontuário no sistema e coloca no atendimento do dia. As outras demandas são encaminhadas para a técnica de enfermagem ou mesmo para a própria enfermeira. Vacina, curativo ou algum encaminhamento, a porta de entrada vai ser o SAME (Prof.4)

Na micropolítica de organização dos processos de trabalho, as tecnologias duras e leves são mais presentes no trabalho da equipe. Entretanto, há as tecnologias leves - o das relações, que é fulcral para a produção do cuidado. Para Franco Merhy (2013), o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de trabalho vivo, em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido.

Refletir sobre o processo de trabalho em saúde na ESF significa tomar a Atenção Básica como *locus* de um trabalho vivo que responde às necessidades de saúde de uma população, por meio de relações intersubjetivas. Requer, ainda, o resgate histórico da proposição da Atenção Primária em Saúde (APS), conforme conferência realizada em Alma Ata, em 1978, quando a OMS lançou a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Repensar a ESF como uma estratégia de reorganização da APS no Brasil requer a elaboração de plano de ação de acordo com a necessidade dos usuários e suas famílias, dos grupos sociais do território e das coletividades.

A ESF, para ser consolidada, necessita ser construída a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, através do fortalecimento do SUS e da organização das redes de atenção à saúde (RAS), em que a APS é o centro de comunicação com as RAS. Além disso,

implica a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da Atenção Básica à Saúde (MENDES, 2012).

É sabido que as dimensões comunicativa e instrumental não são excludentes no processo de trabalho em saúde. Devem ser articuladas e integradas, para favorecer respostas às necessidades dos usuários e para que os trabalhadores envolvidos na construção das ações em saúde produzam acordos e consensos para organizar a ação coletiva e alcançar seus objetivos (CARVALHO; PEDUZZI; MANDÚ; AYRES, 2012).

5.2.2 TRABALHO EM EQUIPE E A ATENÇÃO INTEGRAL

As oficinas potencializaram um novo “olhar” dos sujeitos pesquisados, na medida em que estes verbalizaram que o trabalho em equipe é importante para realização das ações de forma harmônica, integrando as ações específicas de cada trabalhador. Consideram um importante recurso para otimizar a qualidade ao trabalho e fortalecer os vínculos entre os profissionais de saúde.

Os entrevistados consideram que o trabalho em equipe favorece a prática colaborativa interprofissional, possibilitando a aproximação entre os diversos profissionais e estudantes das necessidades de saúde dos usuários, para o cuidado na perspectiva da integralidade. Acreditam que, com a implantação do acolhimento, haverá valorização do encontro com os usuários e entre as diferentes áreas profissionais, com articulação dos saberes especializados, para abordar a complexidade das necessidades de saúde, em oposição à formação especializada isolada.

O trabalho em equipe se caracteriza pela relação recíproca, de dupla mão, entre o trabalho e a interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI, 2011). Segundo Habermas (2012), o comum acordo só ocorrerá quando houver convicções compartilhadas no mundo da vida.

Neste estudo, observamos a vontade e a necessidade dos trabalhadores de saúde em trabalhar em equipe, conforme o depoimento abaixo:

A maior dificuldade é quando não está dentro de minhas possibilidades para resolver suas necessidades (usuários). Se tornará mais fácil quando a equipe falar a mesma língua, em especial ao atendimento ao cliente (Prof. 2).

Segundo esse depoimento, o conhecimento fragmentado, veiculado pela perspectiva uniprofissional do saber, provoca o isolamento e o recorte de frações do objeto de conhecimento, o que prejudica a resolução articulada dos problemas, dada a complexidade dos objetos de intervenção.

Isso nos remete a discutir sobre o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, que ainda é uniprofissional. Nesse modelo, os profissionais de cada área de atuação aprendem isolados das demais áreas da saúde, sobre determinada disciplina, com ênfase na racionalidade biomédica, que é hegemônica, predominante e preconiza a dimensão biológica e o substrato anatomopatológico do processo saúde-doença (BARR et al., 2005).

A integralidade como eixo norteador da formação em saúde requer a articulação dos saberes e práticas numa lógica interprofissional, a partir de um conceito ampliado de saúde, que reconhece e respeita a expressão da subjetividade do usuário, mediante o acolhimento e a responsabilização profissional, para superar as práticas centradas em procedimentos, com foco na doença (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O trabalho em equipe depende da ação interprofissional, articulado em torno do cuidado das necessidades de saúde do usuário, com participação e colaboração entre diferentes profissionais que se dedicam a reconhecer a complexidade da situação trazida pelo usuário, no respectivo contexto de vida, ao invés de um ‘pedaço do usuário’ sobre o qual deverá intervir. Essa compreensão possibilita a complementaridade das ações com a troca de saberes especializados, que são indispensáveis na resolutividade da atenção.

Outro aspecto importante apontado no depoimento se refere à comunicação, que é o principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe, e o recurso mais utilizado para propiciá-la são reuniões com diferentes modalidades, finalidades e estilos. Verificamos, entretanto, que as reuniões são pouco utilizadas pelas equipes como estratégia para estimular o diálogo e a interação entre os profissionais.

A clínica ampliada compartilhada pode constituir uma alternativa para repensar as práticas de saúde. Esse processo é estruturado por meio da construção de um projeto terapêutico singular, que requer conhecimento especializado do núcleo do saber, e também envolve os diferentes saberes para abordar a necessidade do cuidado. A clínica ampliada aumenta a possibilidade de participação dos usuários e familiares no processo de gestão dos processos terapêuticos, visto que tende a fortalecer o vínculo entre os usuários e os profissionais das equipes de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Por fim, refletimos sobre a importância da EPS enquanto uma ferramenta necessária

para a reconstrução das práticas em saúde, pois fortalece o trabalho em equipe, uma vez que as discussões são realizadas no ambiente de trabalho, incidindo sobre os “nós críticos”, com vistas a responder às necessidades de saúde dos usuários. Também auxilia a repensar as práticas dos trabalhadores, o que fortalece o trabalho cooperativo e as práticas colaborativas, tendo como eixo norteador a integralidade da atenção à saúde.

Nas palavras de Peduzzi et al. (2013), “A EPS tem como objetivo constituir uma rede de ensino e aprendizagem no exercício de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), com sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direito” (PEDUZZI et al., 2013).

5.2.3 – ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA

Para a implementação da PNH na APS, faz-se necessária uma reflexão sobre as práticas dos profissionais, “haja vista as dificuldades reais de acolhimento da população nos serviços de saúde, como pôde ser observado neste estudo, com base nas diretrizes para sua implementação”. (BRASIL, 2004b, p.13).

As diretrizes da PNH são importantes e necessárias para a transformação das práticas dos profissionais e inclusão dos usuários nas decisões relativas ao cuidado em saúde, proporcionando-lhes o protagonismo necessário nas decisões que afetam suas vidas e de suas famílias. Assim, aposta-se na capacidade transformadora dos sujeitos e na construção de redes de corresponsabilização pelo cuidado e o exercício de busca de autonomia (NAVARRO; PENA, 2013).

É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

O acolhimento é uma ferramenta importante para a organização de serviço, cuja implantação requer o apoio efetivo dos gestores. A efetivação da PNH depende tanto dos profissionais de saúde quanto da gestão. Disso decorre a importância de compreender a percepção do Acolhimento pelos profissionais na presente investigação. A efetivação do acolhimento exige o preparo da equipe diante das demandas dos usuários.

Acolhimento é uma forma de receber o cliente, observar sua necessidade, na medida do possível e procurar ajudá-lo. É escutar as queixas do usuário e dar uma resposta às necessidades do cidadão que procura tais serviços (Prof. 05).

O acolhimento é uma ferramenta extremamente importante no nosso processo de trabalho. É a recepção do usuário, é a porta de entrada dele no serviço. Momento em que se escuta sua queixa principal ou o motivo que o levou a procurar assistência. Por sua vez, espera ser bem acolhido e ter resolutividade no seu caso. Daí a importância de se fazer um bom acolhimento para que se estabeleça uma relação de confiança e segurança entre os profissionais e os usuários (Prof. 01).

Revedo a literatura, encontramos equivalência para essas denominações chamadas de ferramentas do cuidado: a primeira é a tecnologia dura, referente à necessidade de equipamentos, instrumentos ou materiais vinculados à realização de procedimentos; a segunda é a tecnologia leve-dura, relacionada ao campo do conhecimento, e a terceira é a tecnologia leve, pautada nas relações entre sujeitos. As duas últimas são as tecnologias da subjetividade e se processam nos encontros. Não existe trabalho que não envolva essas três tecnologias: a máquina (tecnologia dura), os saberes (tecnologia leve-dura) e as relações (tecnologia leve). Separadas, podem representar qualquer outro conceito, mas não é trabalho (MERHY, 2002).

Percebemos que os profissionais possuem vários conceitos sobre o acolhimento e têm na escuta como o principal momento desta ação. A análise dos depoimentos permite-nos inferir que há um consenso entre os entrevistados a esse respeito, bem como na concepção de que acolher implica não apenas essa escuta qualificada, mas também a responsabilização pela resolução do problema do usuário, direcionando essa ação de maneira ética, resolutiva e dentro dos princípios que garantem o acesso, a equidade e, principalmente, a integralidade.

Por meio do acolhimento, é possível manter as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, o acolhimento se torna uma ferramenta tecnológica essencial no cuidado em saúde. Consideramos como acolhimento a atitude do profissional que visa a escuta, a valorização das queixas, identificação das necessidades, o respeito às diferenças, enfim, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo (SCHNEIDER et al., 2008).

Merhy e Onocko (2002) afirmam que o trabalho em saúde forma redes de fluxos conectivos no interior dos processos de trabalho, expondo as várias conexões nos diversos territórios de atuação. Nos encontros entre usuários e trabalhadores é que se identificam esses fluxos.

A escuta é outro componente a ser considerado, presente na ação de acolher. A escuta foi interpretada, pelos profissionais, como um caminho para identificar fluxos de atendimento às demandas levantadas, permitindo, ainda, que se identifiquem necessidades e problemas que

precisam ser encaminhados para fluxos externos, ou outros serviços disponíveis na rede de assistência pela média ou alta complexidade. A isso se dá o nome de integralidade da saúde: a articulação entre a APS e os demais níveis de atenção.

A análise e interpretação dos dados nos permitiram perceber nos depoimentos dos profissionais o consenso no entendimento e na prática do acolhimento vivenciado por eles. Quer dizer, o acolhimento está relacionado à ação de ouvir, receber bem, resolver o problema e encaminhar. Essa percepção confirma o que está posto na revisão da literatura e vem ao encontro do entendimento de profissionais sobre o ato de acolher no contexto dos serviços de saúde. Evidenciamos, ainda, que o momento mais significativo do acolhimento, na percepção de profissionais, está no compromisso de ser resolutivo. E ser resolutivo, muitas vezes, significa dar o encaminhamento correto.

Para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de maneira integral, é imprescindível a entrada do usuário no serviço, entendido como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação. A entrada deve ocorrer de maneira acolhedora e não de forma simplificada e fragmentada de “recepção”, “triagem” ou “acesso” (FALK et al., 2010).

Isso implica em prestar atendimento com resolutividade e responsabilidade, realizando orientações e encaminhamentos, quando necessário, para a continuidade do cuidado, garantindo a eficácia do acolhimento (FALK et al., 2010).

O profissional que realiza o acolhimento aprende a lidar com o imprevisto, atenta-se à escuta qualificada, constroi um vínculo com o usuário de forma ética, busca a resolutividade dos casos, preocupando-se em não burocratizar o atendimento (BRASIL, 2013). O Protocolo de Manchester na Atenção Primária pode auxiliar o profissional na tomada de decisões com responsabilização, porém necessitam ser ajustados e adaptados neste nível de atenção, evitando a contradição com os princípios instituídos na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2013).

O depoimento do profissional 03, a seguir, merece destaque por questionar como classificar risco no e-SUS.

Se fizer uma classificação para nossa realidade aqui do posto, daí sim mudaria tudo. Porque tem paciente que vem aqui só para conversar, desabafar... daí o que eu vou jogar lá no e-SUS? Que cor ele vai me mostrar? (Prof. 03).

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010), o profissional, ao realizar a classificação, deve estar atento às principais queixas e procurar os discriminadores referentes aos níveis mais altos de prioridade. Em caso de não localização do discriminador referente à

queixa apresentada, o profissional pode classificar o paciente como “não urgente”, definido pelas cores verde e azul.

Esse tipo de conduta causa insegurança ao profissional responsável por essa prática, podendo prejudicar na resolatividade do caso.

Merhy (2002) adverte que as relações por ele designadas “trabalho vivo em ato” (neste caso, sendo a assistência à saúde e o vínculo entre profissional e usuário) não podem ser substituídas por máquinas e pela tecnologia, denominada pelo autor como “trabalho morto”.

Ao longo das oficinas, ficou evidente que os profissionais não conseguiam identificar ou identificavam incorretamente os sinais e sintomas de agravo à saúde. A maioria dos profissionais não se sentia preparada para atuar em situações de emergência; detectamos também divergências sobre o nível de conhecimento desses profissionais no atendimento das urgências/emergências, o que reforça a necessidade de capacitação e a definição de protocolos de atenção (LUMER; RODRIGUES, 2011). Estes achados corroboram com a proposta desta intervenção, no sentido da necessidade de capacitação dos profissionais para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade.

5.2.4 DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO

5.2.4.1 Dificuldades

A construção desta categoria surgiu a partir da seguinte pergunta: em sua opinião, existem fatores que podem dificultar ou facilitar a implantação do acolhimento?

O acolhimento pode ser considerado um instrumento de trabalho que está no campo das relações humanas e que se deve adequar em todos os níveis de atendimento. A responsabilidade em fazer o acolhimento pelo desenvolvimento da escuta, classificando o risco e priorizando o atendimento, é de todos da equipe. A prática do acolhimento pode acarretar, no cotidiano dos profissionais, dificuldades para uns ou facilidades para outros.

Por meio dos depoimentos dos profissionais, que emergiram não apenas das entrevistas, mas também das observações, a falta de perfil e de conhecimento do profissional sobre a temática se torna um fator dificultador à implementação desta prática na ESF.

... a boa vontade dos profissionais, porque não é fácil mesmo no início, tem que explicar, tem que orientar, a unidade fica cheia. Mas, com o tempo facilita. “... o fator que dificulta é a vontade dos profissionais de quererem implantar) (Prof 04).

Alguns profissionais não têm perfil para fazer o acolhimento (...)

(Prof. 02).

De acordo com Hammad (2010), os conceitos não são aproveitados se na prática não há melhorias na qualidade dos serviços de saúde, tanto para profissionais quanto para usuários. Os profissionais devem se comprometer com a população, proporcionando o vínculo e criando espaços de atendimento focados na valorização profissional.

Nessa categoria, identificamos, também como dificuldades, problemas dos profissionais que se sentem incapazes de realizar o acolhimento com a classificação de risco, apontando a necessidade de serem capacitados. Isso revela o pouco conhecimento e a insegurança de muitos profissionais no manejo da rede de oferta de serviços da média e da alta complexidade.

A dificuldade, às vezes, é trabalhar com a equipe que não foi capacitada e nem todo mundo fala a mesma língua. Muitas pessoas interpretam o acolhimento como se fosse uma triagem (Prof. 05).

Segundo Beck Minuzi (2008), para que haja resultado de qualidade, o acolhimento com classificação de risco deve agregar valores, visar às expectativas dos usuários, estar apropriado para a realidade local, possuir espaços e recursos necessários para a sua realização.

A partir dos depoimentos dos participantes, podemos concluir que, para haver o fortalecimento do acolhimento, se faz necessário que a equipe repasse para os usuários os múltiplos significados da ação de acolher no momento em que essa atividade acontece. É preciso entender que se trata de um momento de privilegiar os que mais necessitam, quando os profissionais se propõem a ouvir o outro. E mais, o acolhimento não deve ser confundido com triagem.

A efetivação do acolhimento como ferramenta para organização do cuidado exige que os profissionais envolvidos sejam capacitados para operacionalizá-lo, visto que a base é a escuta qualificada, pois é a escuta que permite tomar atitudes durante o “trabalho vivo”. Tais atitudes exigem um conhecimento ampliado do território e das necessidades de saúde dos distintos grupos sociais que o habitam.

Muitos são os desafios que permeiam a incorporação do acolhimento e há muito para avançar. Um dos impasses dos serviços de APS está na ampliação do acesso ao homem/mulher e usuários(as) trabalhadores(as), pois os mesmos encontram dificuldades em utilizar os serviços

de saúde, visto que os horários de funcionamento das instituições de saúde acabam conflitando com o período de trabalho (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Outra fragilidade/dificuldade apontada se refere ao atendimento às urgências nos serviços de APS, dada a baixa capacitação dos profissionais:

Não fomos capacitados para atender urgência/emergência. Não há espaço para isso, nem equipamentos e medicamentos. Quando aparece, dependendo do caso, a médica encaminha para a UPA ou para outro colega (Prof. 02).

Quando as ações assistenciais são centralizadas na figura do médico, os demais trabalhadores são coadjuvantes dos serviços e não se assumem como corresponsáveis. Mesmo que entendam que as ações em saúde devam ocorrer de forma integral e interprofissional pela equipe, os trabalhadores atuam de forma desarticulada e fragmentada. O acolhimento deve ser compreendido com a noção de inclusão dos usuários nos serviços que, de fato, se identifiquem e se proponham ações concernentes às suas reais necessidades (SILVA et al., 2010).

Na ESF ocorre, ainda de forma restrita, o atendimento de urgência. Ainda é baixo o percentual de atendimento, em virtude da falta de capacitação para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade, e existe baixa capacidade em oferecer resposta frente ao risco identificado, embora seja uma prerrogativa dos serviços de APS o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade. Torres e Santana (2009) apontam como fragilidade para o atendimento às urgências nos serviços de APS a baixa capacitação dos profissionais, bem como a precária infraestrutura das unidades e a carência de recursos humanos e de materiais/insumos.

Implantar uma assistência com responsabilidade e vínculo, ampliando o acesso do usuário por meio do acolhimento resolutivo e baseado em critérios de risco à demanda espontânea, envolve, fundamentalmente, a classificação de risco. Portanto, é de suma importância que as equipes estejam instrumentalizadas e qualificadas para a identificação de risco/vulnerabilidade do usuário. Trata-se de um processo dinâmico, em que o usuário é avaliado conforme protocolos definidos. Tais depoimentos são preocupantes, pois mostram que a equipe realiza essa ação mas sem qualificação e meios adequados; em decorrência, os objetivos não são alcançados.

O despreparo dos profissionais frente às situações de urgência é considerado um fator crítico para a saúde pública. O investimento em infraestrutura e a educação permanente são cruciais para o aprimoramento dos cuidados na Atenção Primária, uma vez que a precariedade

da assistência pode refletir na ineficácia e ineficiência do atendimento, inviabilizando ou referenciando de forma inadequada para os demais níveis de atenção, acarretando superlotação e diminuição da qualidade desses serviços (TORRES; SANTANA, 2009).

Refletir sobre essas falas nos remete ao que está posto na literatura acerca da classificação de risco. Verificamos a necessidade de se organizar a oferta dos serviços obedecendo aos fluxos de uma rede integrada entre a APS, a Média e Alta Complexidade para dar respostas aos problemas identificados.

5.2.4.2 Facilidades

Ao serem questionados quantos aos fatores facilitadores à inserção do Acolhimento com Classificação de Risco, apenas um ponto foi destacado: o respaldo profissional, conforme o depoimento em destaque:

...quando capacitada, o acolhimento com classificação nos fornece dados para que a gente trabalhe com mais tranquilidade e respaldo, e para o paciente também. Como o treinamento que você faz com a gente (Prof. 03).

A proposta ministerial prevê a capacitação dos profissionais de saúde como política de transformação nas práticas de formação, de atenção, de gestão, de participação popular e de controle social no setor saúde. A educação preconizada tem por base a aprendizagem significativa. Deste modo, serão proporcionados conhecimentos sobre acolhimento e avaliação de riscos (TORRES; LELIS, 2010).

Após a intervenção, os entrevistados, em seus depoimentos, remetem o acolhimento enquanto organizador da atenção, com o desenvolvimento de rotinas.

Olha, daqui pra frente eu acho assim: o paciente antes de vir à consulta clínica, responde um questionário sucinto. Por exemplo: queixa principal, sinais vitais se o paciente teve febre na noite anterior, se teve febre durante o dia, né? Há quanto tempo ele apresenta os demais sintomas que possam aparecer (Prof. 06).

Bittencourt e Hortale (2009) ressaltam que o Acolhimento com Classificação de Risco, além de proporcionar agilidade no atendimento, oferece ao profissional responsável por este procedimento respaldo legal ao identificar a situação de urgência que precisa ser priorizada ou não.

Para que efetivamente ocorram mudanças, o investimento em educação se constitui em uma das mais importantes estratégias. A educação é a mola propulsora para que as mudanças realmente se efetivem.

Paralela e concomitantemente, a reorganização dos serviços - com a introdução de novas metodologias/tecnologias - é primordial, como forma de oportunizar novas formas de gestão e, conseqüentemente, qualificar a assistência.

Preconizamos o acolhimento com classificação de risco como uma ação que deve permear todos os momentos, não se constituindo numa simples etapa de atendimento, conforme o que acontece com a ação de triar. Caso isso aconteça, corre-se o risco de reduzi-lo a um pronto atendimento humanizado. É necessário um novo perfil de profissional, outra postura que a equipe deve adotar para que se sinta corresponsável pela saúde de usuários de forma cidadã e solidária. O trabalho em equipe é o diferencial na Estratégia Saúde da Família, o que potencializa os recursos e viabiliza as ações com diferentes abordagens para diferentes contextos (OHARA; SAITO, 2014).

Colocar em prática o Humaniza SUS exige de trabalhadores e usuários encontros embasados no diálogo para construir relações humanizadas e respeitadas. Esses encontros não podem ser “armados” e nem com uso de “ferramentas ditatoriais” e de “tecnologias duras”. “Esse desafio implica não só colocar em análise o modo de se construírem os encontros, mas centralmente de tornar visíveis os atos cuidadores e os agires pedagógicos que esses encontros contêm” (CECCIM; MERHY, 2009, p.534).

5.3 AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

Perguntados se a participação nas oficinas correspondeu às suas expectativas, 100% dos profissionais responderam que “sim”. Para os participantes, o método utilizado se mostrou dinâmico e proveitoso por possibilitar a participação ativa de cada profissional nas oficinas. Percebemos que houve a fixação do conteúdo na medida em que os profissionais faziam suas colocações, reportando-se aos conteúdos discutidos nas oficinas anteriores.

Ficou evidenciada a surpresa da equipe, a partir do momento em que foram propostas as oficinas pedagógicas com reflexões sobre a realidade e formas de mudar as atitudes frente

aos problemas advindos da forma como as ações eram realizadas e também em relação ao acolhimento com classificação de risco. Desse modo, os profissionais citam o sentimento de satisfação da equipe com a possibilidade de mudanças reais do acolhimento com classificação de risco:

Achei que foram momentos de grande importância para a sensibilização dos profissionais da unidade de saúde acerca do papel de cada um na melhoria dos nossos serviços, no conhecimento sobre a importância do acolhimento dentro da unidade básica, nas discussões das dificuldades encontradas no dia a dia para a implementação das atividades, nas trocas de experiências e no fornecimento de materiais para a facilitação dos serviços (Prof. 01).

Segundo Campos (2007), a Estratégia de Saúde da Família deve resolver cerca de 90% a 95% dos problemas dos usuários que procuram esse setor. Deve garantir a resolutividade desses casos e oferecer estratégias que garantam um atendimento humanizado. Desse modo, a classificação de risco, quando implantada, serve como alternativa de organização do fluxo das demandas.

Nesse sentido, o presente estudo nos permitiu conhecer e problematizar o trabalho e o acolhimento da ESF da unidade de saúde Oswaldo Piana no município de Porto Velho-RO, contribuindo para compreensão dos processos que permeiam a realidade, na ótica de quem a produz e tem potencial de transformá-la. Constituiu-se um passo inicial para intervenções que favoreceram o processo de educação permanente entre os trabalhadores, dando ênfase na necessidade da substituição do modelo de atenção à saúde no SUS, a partir do reinventar das práticas e fazer dialógico, envolvendo gestão, ensino, serviço e comunidade.

Propiciar momentos de educação permanente/capacitação sobre o acolhimento foi desafiador e ao mesmo tempo gratificante, pela mudança no discurso e na prática dos profissionais, particularmente para os ACS, que passaram a adquirir maiores conhecimentos e esclareceram dúvidas mantendo um diálogo acolhedor com a família/usuário.

É a partir da prática dialógica problematizadora que se busca a articulação do conteúdo (teoria) discutido nas atividades educativas com a realidade de trabalho (prática), possibilitando que os trabalhadores de saúde desenvolvam os conhecimentos apreendidos no seu dia a dia (ARAUJO; NASCIMENTO, 2016). Portanto, o objetivo da educação dialógica não é informar para a saúde, mas transformar saberes existentes.

Ressaltamos que a classificação de risco pode se configurar como oportunidade de viabilizar o encontro humanizado, oferecendo subsídios para a atenção integral, contínua e segura. No entanto, a utilização desta ferramenta na APS exige análise constante, tendo em vista que o protocolo impactou positiva e negativamente no acesso do usuário. Assim, as demandas organizacionais precisam ser identificadas e estudadas por gestores, profissionais e usuários, para que a APS se torne, de fato, um espaço mais apropriado para o atendimento dos usuários e suas famílias, com foco em suas realidades e necessidades (DUARTE et al., 2015).

Temos consciência de que nosso estudo apresenta limitações por considerar uma realidade específica de uma única equipe, o que nos impossibilita generalizar seus resultados. Todavia, sua importância está na possibilidade de impulsionar a realização de novas pesquisas sobre o acolhimento com classificação de risco na APS, bem como reproduzir as oficinas para outras equipes de Saúde da Família, na perspectiva de sua real implantação no município de Porto Velho-RO.

Devemos considerar, ainda, a necessidade de estudos que avancem no aspecto da avaliação do impacto da intervenção na adesão dos profissionais na ação educativa. Além disso, vivenciar essa experiência nos permitiu fazer inferências acerca da implementação dessa metodologia em unidades básicas de saúde e é oportuno citarmos algumas: um planejamento criterioso deve anteceder o início das atividades e é necessário flexibilidade de horários para reunir os grupos; o coordenador das atividades deve ter conhecimento da metodologia adotada, conhecimento técnico sobre a temática que pretende trabalhar e, ainda, ter aproximação com a unidade, local de desenvolvimento da estratégia; a atividade demanda muito tempo do coordenador que, idealmente, deve se dedicar a ela. Esses aspectos podem ser limitadores à sua aplicação.

6 CONCLUSÃO

Atender bem aos usuários sempre foi o objetivo de todos os profissionais de saúde, independentemente de sua categoria ou do estabelecimento. Porém, quando se trata da atenção primária, considerada a porta de entrada do sistema, esse objetivo passa a ter uma configuração peculiar, por estar entre um sistema de saúde e a comunidade. Precisamos observar que todos os determinantes sociais atuam direta ou indiretamente na vida do indivíduo e do coletivo, cabendo à equipe de Saúde da Família e/ou unidade básica de saúde estarem prontas para absorver a demanda, com responsabilidade e respeito.

As rodas de conversa foram produtivas, pois abriram espaço tanto para a importância da educação permanente na rotina da equipe, quanto para o fortalecimento do vínculo entre os seus componentes.

Através do diagnóstico situacional de saúde, identificamos vários problemas, suas causas e suas consequências, o que serviu de base para a aplicação da metodologia da problematização do Arco de Maguerez no processo de planejamento da equipe.

Na metodologia da problematização, houve uma ampla discussão sobre os principais problemas e, através das cinco etapas do Arco de Maguerez, a equipe observou a falta de um acolhimento dito “humanizado” (observação da realidade), identificou os principais problemas que ocorrem no acolhimento à demanda espontânea – tais como a falta de um fluxo de usuários e uma alta demanda (pontos-chave), discutiu sobre os motivos pelos quais esses problemas existem (teorização dos conceitos), sugeriu um fluxo de usuários na UBS e uma ficha de classificação de risco e vulnerabilidade que atenda à demanda espontânea (hipóteses de solução) e, por fim, aplicou o fluxo de usuários na UBS e a ficha de classificação de risco e vulnerabilidade (aplicação à realidade).

Com o intuito de averiguar a concepção da equipe após as rodas de conversa sobre a ótica do acolhimento, a equipe respondeu a um roteiro de entrevista e as respostas foram agrupadas nos seguintes tópicos: processo de trabalho, trabalho em equipe e a atenção integral, acolhimento com escuta qualificada e dificuldades e facilidades.

No processo de trabalho, a equipe evidenciou a forte tendência das tecnologias duras e leve-duras, além da centralidade do trabalho no profissional médico. No trabalho em equipe, foi observada a fragmentação dos saberes dos profissionais, prejudicando a resolução articulada dos problemas. Na escuta qualificada, a equipe possui uma boa definição de acolhimento e, após as rodas de conversa, os participantes expandiram seus olhares e entenderam que todos precisam acolher de forma humanitária, praticando o ouvir, o entender e o agir.

As rodas de conversa foram exitosas pois promoveram a capacitação dos profissionais no acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, cada membro se sentiu inserido no processo, redimensionando o papel de cada um.

A criação de um fluxo de atendimento ao usuário - não só da demanda espontânea como também a de todo usuário que chega na unidade - proporcionou uma organização que envolveu todos os trabalhadores da unidade e não somente a equipe de Saúde da Família, objeto deste estudo.

A elaboração de uma ficha de classificação de risco e vulnerabilidade apresentou a opção de acolher qualquer usuário que chega à unidade com qualidade e satisfação pelo profissional que acolhe. É interessante mencionarmos que essa ficha está em constante modificação; quando há informação nova - seja uma condição crônica ou um motivo de procura que não estavam elencados na ficha – isso é discutido e acrescentado. Com o passar do tempo, a equipe terá uma base de dados importante acerca do perfil clínico epidemiológico da comunidade que procura a unidade por demanda espontânea, auxiliando no planejamento não só da equipe de Saúde da Família quanto da própria unidade básica de saúde.

As rodas de conversa foram úteis na ampliação da qualificação técnica dos profissionais, pois foram dialogados desde os princípios do SUS e da Atenção Primária, passando pela importância do conhecimento das demandas inerentes à APS, e pela participação da Atenção Primária como centro comunicador das redes de atenção à saúde. As rodas de conversa foram proveitosas, pois estimularam a equipe a se organizar com mais propriedade e conhecimento técnico associado ao diagnóstico situacional da comunidade, além de reconhecerem que o processo de trabalho precisa ser organizado de um modo que a oferta de serviços seja compatível com as necessidades da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: Maneiras de Fazer de Grupos da Sociedade Civil. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. pp. 161-170.
- ALVES, E.; BERBEL, N.A.N. A resolução de problemas no contexto de um currículo integrado de enfermagem. In: **Cienc Cuid Saude**, Maringá, 11(suplem.), pp.191-8, 2012.
- ANASTASIOU, L. G. C.; PESSATE, L. A. **Processo de ensinagem na Universidade**. 6. ed. Joinville: Univille, 2006.
- ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: Uma Experiência de Pesquisa-Ação na Mudança do Processo de Trabalho em Saúde. In: **Rev. APS**, v. 10, n. 2, pp. 106-115, jul./dez. 2007.
- ARAUJO, D.V. de; FELIX, L. G.; SILVA, L. C. da; SILVEIRA, M. de F. de A. Acolhimento no programa de Saúde da Família: Um caminho para a humanização da atenção à saúde. In: **Cogitare Enfermagem**. Londrina, Universidade Federal do Paraná, v. 9, n. 1, pp. 71-78, 2004. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1707/1415>. Acesso em 12 ago. 2017.
- ARAUJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. In: **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pp. 455-464, Abr, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 Jun 2018.
- ARAUJO, B. O.; NASCIMENTO, M. A. A. **Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família**: em busca da resolubilidade da produção do cuidado. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.
- AUSUBEL, D.P. **Educational psychology**: a cognitive view. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. Arq. Bras. In: **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, pp. 10-17, Jan./Abr. 2011. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/69/67>. Acesso em 25 ago 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective interprofessional education**: arguments, assumption & evidence. London: Blackwell, CAIPE; 2005.
- BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. In: **Saude Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, pp. 9-18, Mar. 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Jun 2018.

BECK, C. L. C; MINUZI, D. O. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. In: **Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v. 34a, n. 1-2, pp. 37-43, 2008.

BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez**. Uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL, 2012.

_____. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? In: **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 2, n. 2, pp. 139-154, Fev. 1998a.

_____. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da práxis. In: **Semina: Ci. Soc./Hum.**, Londrina, v.17, Ed. Especial, pp. 7-17, 1996.

_____. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. In: **Semina: Ci. Soc./Hum.**, Londrina. v.16, n. 2, pp. 9-19, 1995. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/9458/8240>. Acesso em 26 Jan. 2019.

BITTENCOURT, R.J., HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, pp.1439-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**, 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2**. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em 7 fev 2019.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Documento Síntese para Avaliação Externa. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 25 abr. 2017.

_____. **Portaria Nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 20 de julho de 2012a.

_____. Presidência da República. **Decreto no 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 12 ago 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cadernos de Textos. **Cartilhas de Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. 5. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p.13

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 8.080**, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em 7 mai 2017.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. In: **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, pp.849-59, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>. Acesso em 03 set 2018.

CAMPOS, G.W. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed.. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pp. 301-310, 2007.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf> Acesso em: 25 jun 2017.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.de; SILVA, K.L. Permanent professional education in healthcare services. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 Fev 2019. Epub Aug 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. In: **Rev Saúde Soc**, São Paulo, v.21, supl. 1, pp.18-28, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002. Acesso em 25 set 2017

CARVALHO, B. G.; PEDUZI, M.; MANDÚ, E.N.T.; AYRES, J.R.C.M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, v.20, n.1, pp.19-26, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In: **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** 2005; 9 (16): 161-77.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: **Physis Rev Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 24 ago 2018.

CECCIM, R. B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. In: **Interface comunic.. Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p.531-42, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>. Acesso em 10 nov. 2018.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. In: **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v.28, n. 2, p.121-46, 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733/2999> Acesso em 12 jul 2017.

DESCOVI, C. A. **A Prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência**. 35 fls., 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem - Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24280/000746567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 16 set 2018.

DEWEY, J. **Experiência e Educação**. 2 ed. Petrópolis, RJ. Vozes. 2011.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. In: **Gestão e Saúde**. Brasília, v. 3, n. 1, pp. 520-530, 2012.

DUARTE, E. D.; SILVA, K. L.; TAVARES, T. S.; NISHIMOTO, C. L. J.; SILVA, P. M.; SENA, R. R. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, pp.1009-17, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01009.pdf
Acesso em 22 nov 2018.

ESCOSTEGUY, C. C. Estudos de intervenção. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2009.

FALK, M. L. R.; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A. de; MOTTA, M. S. da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. In: **Revista de APS**. UFJF-MG, v. 13, n. 1, pp. 4-6, jan/marc, 2010.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? In: **Revista APS**. Juiz de Fora: v. 6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em:
<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>. Acesso em 21 mai 2017.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. In: **Interface comunic. Saúde. Educ**. Botucatu. v. 11, n. 23, pp. 515-29, set/dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>
Acesso em 10 set 2017.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15. n. 2, pp. 345-353, 1999. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em 15 ago. 2017.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com Classificação de Risco e a Micropolítica do Trabalho em Saúde: a experiência de Silva Jardim – RJ. In: **Rev. APS.**, UFJF-MG, v.15, n. 2, pp. 227-223, abr/jun 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde** Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.
Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281632632_Livro-Trabalho-e-Producao_do_Cuidado_em_Saude-2013MERHYFRANCO. Acesso em 01 jul 2018.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1998.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIEDMAN, L. M.; FURBERG, C. D.; DEMETS, D. L. **Fundamentals of clinical trials**. 3rd ed. New York: Springer; 1998.

GREY, M. Desenhos experimentais e quase experimentais. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 98-109.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Manchester Triage Group, 2010.

GUIMARÃES, E. A. A.; ARAÚJO, G. D.; BEZERRA, R.; SILVEIRA, R. C.; OLIVEIRA, V. C. Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência. In: **Ciencia y Enfermería**. Bogotá, v. XVII, n. 3, pp.13-23, 2011. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art10.pdf>. Acesso em 25 jan 2019.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo I: Racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

HAMMAD, V. M. **A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde**. 29 fls. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Núcleo de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2303.pdf>. Acesso em 10 out 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Canais: **Cidades: Porto Velho**. População. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ro/porto-velho/panorama>. Acesso em 18 set 2017.

JURKEVICZ, M. R. A. **Avaliação da aprendizagem e formação do profissional de relações públicas: um estudo utilizando a metodologia da problematização**. 230 fls. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, 2010.

LUMER, S.; RODRIGUES, P. H. A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. In: **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**. UFJF-MG, v. 14, n. 3, pp. 289-295, jul/set. 2011. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/898>. Acesso em 25 set 2018.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. In: **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 4, dez. 2009. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16399>. Acesso em 20 jun 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16399>.

MASINI, E. F. S.; MOREIRA, M. A. **Aprendizagem Significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos**. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2008.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em Saúde**. 2005. Disponível em: <http://abennacional.org.br>.

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. In: **Rev Salud publica**. Bogotá, v.1 2, n. 3, p. 402-413, jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>. Acesso em 15 ago 2017.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. In: **Rev Med**. Minas Gerais, Belo Horizonte, v.18, supl. 4, S3-S11, 2008.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, A. C.; PAULA, V. G.; DOMINGOS, M. M. L. N. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. In: **Rev Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, pp. 148-156, mai/jun, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_20.pdf. Acesso em 25 jul 2017.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. In: **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, pp. 19-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>. Acesso em 15 ago 2017.

MOREIRA, M. A. Mapas Conceituais e Aprendizagem significativa. In: **Revista Chilena de Educação Científica**, v. 4, n. 2, pp. 38-44, 2012.

_____. Linguagem e Aprendizagem significativa. Conferência de encerramento do **IV Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa**. Maragogi, AL, Brasil, 8 a 12 de setembro de 2003.

MORIN, E. **La méthode 2: La vie de la vie**. Paris: Suil, 1980.

MOTA, P. de P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do Processo de trabalho no Programa Saúde da Família**. 2009, 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais.

MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Mar. 2005. Disponível em: www.redeunida.org.br. Acesso em 13 out. 2017.

NAVARRO, L.M.; PENA, R.S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. In: **Revista de Psicologia da UNESP-SP**, v. 12, n. 1, pp. 64-73, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n1/a07.pdf>. Acesso em 25 set 2018.

OHARO, E. C. C.; SAITO, R. X. de S. (Orgs.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. In: **Programa Saúde da Família**. 3 ed. São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. In: **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 66, pp.158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em 25 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Alma - Ata Declaration**. Washington: Unicef /WHO, 1978.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C. de; SILVA, J. A. M. da. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. In: **Physis**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>. Acesso em 24 ago2018.

PEDUZZI, M.; NORMAM, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP-SP**. v. 47, n. 4, pp. 977-983, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em 25 ago 2018.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.1 ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia e prática**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, S. et al (org.). Tecendo Redes: Os Planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS – A Experiência de Volta Redonda. In: PINTO, M. de F. da R. **Uso de fluxogramas como ferramenta de análise de linhas de cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

PINTO, M. F. R. **Acolhimento na Atenção Básica: uma proposta de capacitação para profissionais de saúde**. 2013, 102f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) - Programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente. Fundação Osvaldo Aranha.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Trad. SALES, D. R. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PRADO, M. T. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. In: **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, pp. 172-177, jan-mar 2012.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. In: **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 58, n. 3, pp. 305-310, Jun 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672005000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 Jul 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>.

SANTOS, I. S. Evaluation of nutritional programs's impact. In: **Rev Nutr.**, Campinas, n. 22, pp.141- 50, 2009.

SANTOS, A. R.; COUTINHO, M. L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, pp.708-724, jul./set, 2014. Disponível em:
http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/695/pdf_586. Acesso em 10 set. 2017.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP. São Paulo: Cultura Acadêmica, 248p, 2009. Disponível em:
http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS.pdf. Acesso em 20 nov. 2017.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez, 1980.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. In: **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 1, p. 81-9. mar., 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09.pdf>. Acesso em 26 set 2018.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y, Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu-SP, v. 13, n .31, pp.303-14, out/dez 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>. Acesso em 21 mai 2017.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. In: **Cienc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, pp.1467-73, 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. In: **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>. Acesso em 24 jun 2017.

SILVA, L. M. V. da; ESPERIDIÃO, M. A.; VIANA, S.V.; ALVES, V. S.; LEMOS, D.V. S.; CAPUTO, M. C. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.10, Supl. 1, pp. 131-143 nov 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500012. Acesso em 22 nov 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; ALBUQUERQUE, V. S.; CAVALCANTI, F. O. L.; COTTA, R. M. M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? In: **Cienc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.159-70, 2013.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. In: **Rev. Esc. Enferm. USP** São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, fev 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100028&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 fev 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>.

SOUZA, M.C. de; ARAÚJO, T. M. de; ANDRADE, F. A. de; FRANÇA, A. de J.; SOUZA, J. N. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. In: **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 38, n.2, pp.139-148, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/necessidades_saude_producao_cuidado_unidade.pdf. Acesso em 01 jul 2018.

SUSSEKIND, A. C.; MUNARI, D. B.; PEIXOTO, M. K. A. V.; RIBEIRO, L. C. M. Forças impulsionadoras e restritivas do trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família. In: **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 30, n. 3, pp. 1-10, jul./set. 2016.

TORRES, A. A. P.; SANTANA, B. P. Atuação dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente às situações emergenciais. In: XVIII CIC - Congresso de Iniciação Científica, XI ENPOS - Encontro de Pós-Graduação e I Mostra Científica da Universidade Federal de Pelotas. 2009. Pelotas. **Anais**. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/cs/cs_00783.pdf. Acesso em 25 out 2018

TORRES, H. C.; LELIS, R. B. Oficinas de formação de profissionais da equipe de saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. In: **Revista Ciência y Enfermería**. Colômbia, v. XVI, n 2, p. 107-113, 2010. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_11.pdf. Acesso em 10 set 2018.

UGÁ, M. A. D. et al. A efetividade do sistema de saúde brasileiro: uma avaliação através de indicadores referentes a condições evitáveis. In: **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 2, ago. 2013. ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/495>. Acesso em 18 jun 2018.

VASCONCELOS, I. A metodologia enquanto ato político da prática educativa. In: CANDAU, V. M. **Rumo a uma nova didática**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

VILLARDI, M. L, CYRINO, E. G, e BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: _____. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52.

ZAMBON, R. E. **Contribuições da metodologia da problematização para a formação do assistente social**. 2011. 206 fls. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

ZUGE, S. S.; PADOIN, S. M. M.; BRUM, C. N.; TRONCO, C. S. A metodologia problematizadora na prevenção de acidentes em central de material e esterilização. In: **Cogitare Enferm.** UFPR-PR, v. 17, n. 1, pp. 162-5, Jan/Mar, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26392/17585>. Acesso em 30 jun 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Solicitamos que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada: “Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em uma Equipe de Saúde da Família de uma Capital da Amazônia Ocidental”. Tal autorização nos permite ter acesso aos profissionais de saúde da equipe de saúde da família da UBS Osvaldo Piana e demais profissionais que lá trabalham. Asseguramos que em nenhum momento serão divulgados os nomes dos entrevistados, nem tampouco as informações relatadas, quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Agradecemos a colaboração, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Karley José Monteiro Rodrigues
Mestrando Pesquisador
Fone para contato: 98448-2417
E-mail: rodrigues26@hotmail.com

Eu, ORLANDO JOSÉ DE SOUZA RAMIRES, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa bem como o acesso a outros documentos solicitados pelo pesquisador, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos profissionais de saúde e do gerente da unidade serão preservados.

Porto Velho, de de 2017.

ORLANDO JOSÉ DE SOUZA RAMIRES
Secretário Municipal de Saúde de Porto Velho

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em uma Equipe de Saúde da Família de uma Capital da Amazônia Ocidental”. Este estudo pretende implantar o acolhimento à demanda espontânea na Equipe de Saúde da Família do Osvaldo Piana em Porto Velho de modo a garantir maior resolubilidade, acessibilidade e longitudinalidade na atenção ao usuário.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

A identidade das participantes não será revelada, os dados serão mantidos em sigilo, e poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa será de forma voluntária, sem nenhum tipo de remuneração ou gasto. Não há riscos previstos para as participantes deste estudo.

Para esclarecimentos de dúvidas procurar pelo médico mestrando Karley José Monteiro Rodrigues, pesquisador responsável pelo estudo, no telefone (69) 98448-2417 ou e-mail rodrigues26@hotmail.com.

Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia: Fones: (69) 2182-2111 ou 9 8434 4761; e-mail: cepunir@yahoo.com.br

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desse estudo, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, 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.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção deste termo

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador Karley José Monteiro Rodrigues, orientando da Dra. Katia Fernanda Alves Moreira do projeto de pesquisa intitulado “Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em uma Equipe de Saúde da Família de uma Capital da Amazônia Ocidental” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos de livre e espontânea vontade (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos destinados à divulgação ao público em geral. Ainda **autorizo**, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) out-door; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros), artigos, banner e demais produtos oriundos do presente estudo (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados,

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto n.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto n.º 5.296/2004). Assino a presente autorização em duas (2) vias de igual teor e forma.

Porto Velho, ____ de _____ de 2017

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 – Como é organizado o trabalho da(s) equipe(s)?
- 2 – O que você entende sobre trabalho em equipe?
- 3 – O que é para você o acolhimento?
- 4 – Em sua opinião, o que significa Acolhimento com Classificação de Risco na APS?
- 5 - Que dificuldades e ou facilidades você encontra ao realizar o acolhimento com classificação de risco?

AVALIAÇÃO DAS RODAS DE CONVERSA

- 1 - O que você achou das rodas de conversas?

- 2 - Qual(ais) proveito(s) você incorporou na sua rotina de trabalho?

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR

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

Título da Pesquisa: Acolhimento à demanda espontânea em uma equipe de saúde da família de uma capital da Amazônia Ocidental

Pesquisador: KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 78538017.4.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.362.444

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Pró-Saúde em Saúde da Família, intitulado: "Acolhimento à demanda espontânea em uma equipe de saúde da família de uma capital da Amazônia Ocidental."

Objetivo da Pesquisa:

Implantar o acolhimento à demanda espontânea na Equipe de Saúde da Família do Osvaldo Piana em Porto Velho de modo a garantir maior resolubilidade, acessibilidade e longitudinalidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que a pesquisa poderá gerar dúvidas e desconfortos mínimos, tais como incômodo com algumas etapas do projeto de intervenção, o pesquisador estará à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicar a importância da participação nas etapas da intervenção, e garantindo o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade.

Benefícios:

Para cada participante, ao final da entrevista, serão esclarecidas dúvidas e realizadas orientações sobre acolhimento à demanda espontânea. Além disso, o estudo contribuirá para o direcionamento do trabalho em equipe, acolhendo os usuários em suas necessidades e com resolutividade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sendo um estudo considerado relevante, pois é esperado após desenvolver este projeto que, inicialmente em uma equipe de saúde da família, possa expandir e servir de base para as outras equipes do município garantindo assim uma assistência de qualidade aos usuários de um determinado território por meio de mudança de conceitos, visões, trabalho em equipe e valorização do trabalhador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados atenderam todos os requisitos exigidos pela Resolução 466/12 CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência. Sou de parecer favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1005026.pdf	28/09/2017 12:42:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/09/2017 12:42:16	KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	28/09/2017 12:25:24	KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	28/09/2017 11:50:13	KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	28/09/2017 11:47:12	KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_GESTOR.pdf	28/09/2017 00:05:04	KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO VELHO, 01 de Novembro de 2017

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)