



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**JAQUELINE MARLENE CARDOSO
MARIA TEREZA DE OLIVEIRA CALAGE**

A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE

**FLORIANÓPOLIS
2012**

**JAQUELINE MARLENE CARDOSO
MARIA TEREZA DE OLIVEIRA CALAGE**

A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: PROFESSORA DOUTORA
IVONETE TERESINHA SCHÜLTER BUSS
HEIDEMANN

Supervisora: ENFERMEIRA ANA CAROLINA
SEVERINO

**FLORIANÓPOLIS
2012**



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

8ª FASE/ DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II - SEMESTRE: 2012/1

ATA DA BANCA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

A avaliação do TCC consta de duas etapas. A primeira avalia o texto escrito do TCC e a segunda a apresentação pública.

ETAPA 1

Data: 10/12/2012.	Hora: 14:00.....
Nome dos(as) Orientador(es):.....	
Nome dos Alunos(as): Maria Tereza de Oliveira Calogger e Jaqueleir Marlene Cardoso	
TÍTULO DO TCC: A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOlhIMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE.....	

SÍNTESE DA AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES SUGERIDAS NO TEXTO DO TCC PELOS MEMBROS DA BANCA

Destaca sobre o fato de manter vivo as discussões sobre a temática do acolhimento em saúde e as reflexões geradas na discussão durante a investigação do Centro de Saúde.

A Banca sugere revisão do título optando por denominação única dos sujeitos da pesquisa como Profissionais de Saúde. Revê a questão ortográfica, amplie as discussões e inclua a importância do profissional de enfermagem.

TEXTO DO TCC: (x) aprovado () aprovado mas necessita reformulações () reprovado

NOME e ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA DO TCC:

IVONETE Terezinha S. Russ Heidemann (Presidente/Orient.)
Antônio Mendes ... (2º Membro)
ANA Carolina ... (3º Membro)
..... (Outro)

NOTA DO TRABALHO ESCRITO E DEFESA DO TCC= 9,5

Assinatura dos alunos confirmando estarem cientes das avaliações efetuadas e das modificações no texto do TCC sugeridos pela banca examinadora

.....
.....
.....
.....

Florianópolis, 10 de 12. de 2012

ETAPA 2

II- AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL DO TCC

Data: 12/12/2012

Hora: 9:00hs

Local: Auditório do CCS

ELEMENTOS CONSIDERADOS NA APRESENTAÇÃO ORAL DO TCC

- a. Apresentação efetiva dos componentes do TCC com ênfase na descrição dos resultados da implementação dos objetivos
(X) Sim Em parte () Não ()
- b. Conhecimento e domínio do TCC por todos os membros do grupo
(X) Sim Em parte () Não ()
- c. Argumentação e defesa do trabalho
(X) Sim Em parte () Não ()
- d. Adequação dos recursos audio-visuais utilizados e seu manuseio
(X) Sim Em parte () Não ()
- e. Utilização adequada do tempo disponível
(X) Sim Em parte () Não ()
- f. Uso de terminologia adequada ou condizente com aspectos éticos, profissionais e estéticos
(X) Sim Em parte () Não ()
- g. Clareza na apresentação
(X) Sim Em parte () Não ()
- h. Postura adequada à comunicação com o público
(X) Sim Em parte () Não ()

OUTRAS OBSERVAÇÕES RELACIONADAS À APRESENTAÇÃO ORAL DO TCC

.....
.....
.....
.....
.....

APRESENTAÇÃO ORAL DO TCC AVALIADA POR: (nome e assinatura dos membros da examinadora)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTA DA APRESENTAÇÃO ORAL DO TCC = 10

Assinatura dos alunos confirmando estarem cientes da avaliação oral do relatório de prática assistencial (assinatura pelos alunos)

.....
.....
.....
.....

Florianópolis, 12 de 12. de 2012

Este trabalho é dedicado primeiramente a Deus, a todos nossos familiares e pessoas intimamente ligadas às nossas vidas, que no período de desenvolvimento deste trabalho nos ajudaram com paciência, carinho e compreensão, demonstrando que a superação nos momentos difíceis vale a pena, por estarmos ao lado de quem realmente se importa com nosso sucesso.

AGRADECIMENTOS

Maria agradece,

À professora Doutora Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, pela orientação e pelos constantes estímulos transmitidos durante todo o trabalho.

À colaboração do Centro de Saúde que disponibilizou campo para a realização do estágio e a supervisora Enfermeira Ana Carolina Severino, que sempre se fez disponível durante a realização deste trabalho.

A todos os profissionais da saúde, colaboradores do Centro de Saúde, que dedicaram partes de seu tempo para transmitir os conhecimentos necessários.

Aos familiares, amigos, colegas de faculdade e a todos que colaboraram direta ou indiretamente com a execução deste trabalho.

Jaqueline agradece,

Deus acima de tudo, pois é Ele que com amor incondicional determina o tempo de tudo debaixo dos céus. Obrigado Senhor.

Aos pais, Marlene e Nivaldo, pelo amor e dedicação sem igual na busca de um futuro melhor para sua única filha. É tudo por vocês e para vocês. Amores da minha vida.

À avó querida por todo carinho dedicado a sua neta amada.

À Universidade Federal de Santa Catarina na qual pude realizar minha formação.

À professora Ivonete Terezinha Buss Heidemann pela orientação como um todo, pelo incentivo na busca do conhecimento. Sua humanização e sua tranquilidade foram essenciais.

À Ana Carolina Severino por quatro anos de aprendizado e acima de tudo por ser exemplo de enfermeira dedicada e que ama aquilo que faz. Com você aprendi além dos livros e salas de aula.

Ao enfermeiro Décio Júnior Fogliatto pelas oportunidades e pelos ensinamentos. Exemplo para minha vida profissional.

À Maria Tereza por ter entrado comigo nesta pesquisa. Toda sua paciência, calma e simplicidade foram fundamentais nesse processo de construção de uma importante etapa de nossas vidas. Não poderia ter feito escolha melhor.

Às professoras do Curso de Graduação em Enfermagem pelo aprendizado proporcionado: Ivonete Terezinha Buss Heidemann, Denise Guerreiro, Mônica Motta Lino, Adriana Eich Kuhnen, Margarete Lima, Laura Cristina Lisboa, Soraia Dornelles, Ana Izabel Jatobá, Tânia Regina Scheidt e Grace Dal Sasso. Mestres que contribuíram para minha formação de forma muito especial. Guardo comigo ensinamentos que jamais serão esquecidos.

Ao professor Toni pela qualificação na banca e contribuições ao longo da pesquisa.

As amigas, Ana Karolliny Testoni e Katheri Zamprogna, sempre parceiras de estágio e noites sem dormir um agradecimento por me aturarem e me fazerem feliz. Amo vocês.

As amigas do Curso de Graduação em Enfermagem pela convivência e pela parceria sempre humorada: Aline Cunha, Aline Pires, Josilene Bernardo, Francine Souza e Juliana Souza. Muito Obrigada pelos risos que ficarão para sempre.

Aos profissionais e usuários do Centro de Saúde Tapera pelas oportunidades de crescer como acadêmica. Escolhi esse lugar para viver o mais intenso da graduação com muito carinho.

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”. Paulo Freire

CALAGE, M. T. O.; CARDOSO, J.M. **A promoção da prática do acolhimento em um centro de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

RESUMO

Introdução: Este estudo teve como objetivo compreender como os trabalhadores da saúde promovem o Acolhimento em um Centro de Saúde. Utilizaram-se como sustentação os princípios teóricos da Promoção da Saúde aliados as concepções de Paulo Freire. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa articulada com Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que consiste de três momentos dialéticos: Investigação Temática; Codificação e Descodificação; Desvelamento Crítico. A trajetória do estudo se desenvolve no interior dos Círculos de Cultura a partir do Método Paulo Freire no qual busca compreender, investigar, dialogar e refletir como os trabalhadores da saúde promovem o Acolhimento. A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde do município de Florianópolis entre os meses de agosto e novembro de 2012. Constituíram-se três Círculos de Cultura com aproximadamente uma hora de duração, com média de trinta participantes. Os partícipes foram trabalhadores da saúde do Centro de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina CEP/UFSC sob o parecer nº 108.545, em 24 de setembro de 2012. **Resultados:** A investigação temática revelou vinte temas que foram sintetizados em dez para desvelamento. Percebeu-se que os trabalhadores estão sensibilizados para a temática do Acolhimento associando com vínculo, escuta qualificada e acesso. No entanto emergiu a associação de Acolhimento com consulta de enfermagem e triagem. A falta de recursos humanos e a baixa governabilidade para sua resolução foram consideradas entraves para a realização ideal do acolhimento. **Conclusão:** a pesquisa revelou que há a necessidade de discutir sobre Acolhimento na Atenção Básica e que os profissionais utilizam desses momentos de reflexão para transgredirem o conhecimento através de suas ações em saúde. A busca pelo Acolhimento ideal existe, mas muitos entraves precisam ser vencidos, principalmente através do diálogo e do controle social.

Palavras chaves: Acolhimento; Acesso; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Promoção da Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CS - Centro de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ORGANOGRAMAS E TABELAS

Organograma I – Levantamento dos principais temas geradores.....	35
Tabela I – Itinerário freireano	39

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 INTRODUÇÃO HISTÓRICA: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO.....	16
2 OBJETIVO	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO.....	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E REORIENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	22
5 METODOLOGIA	24
5.1 CONTEXTO DA PESQUISA.....	26
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
5.3 INVESTIGAÇÃO DOS TEMAS	27
5.4 REGISTRO DOS TEMAS	28
5.5 DESVELAMENTO DOS DADOS.....	29
6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	30
7 RESULTADOS.....	31
7.1 MANUSCRITO: A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES.....	55
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO HISTÓRICA: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde foi criado a partir da Constituição Federal de 1988 onde toda população passou a ter garantido em lei o acesso à saúde pública no País. Anteriormente a este marco brasileiro o acesso aos serviços de saúde era restrito àqueles que contribuíam com a Previdência Social, os demais cidadãos eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1990a), no capítulo VIII, *da Ordem social*, e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que “o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é caracterizado por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos das três esferas do governo da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”.

Em lei no Brasil, a saúde é um direito de todos sendo dever do Estado garanti-la através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento das condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover são ações de Promoção de Saúde que garantem direito à saúde (BRASIL, 1990b).

A Constituição Federal iniciou seu exercício em 1988, mas a regulamentação do SUS foi efetivada apenas mais tarde, através das Leis Orgânicas da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990c), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, estabelecendo princípios e direcionando a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e o controle social, ao tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990c).

Apesar da regulamentação do SUS pelas leis orgânicas, ainda observava-se desafios fazendo com os interessados na saúde pública do País busquem alternativas visando à efetivação e alinhamento do SUS.

O SUS com objetivo de ampliar os serviços de saúde pública brasileira implantou em 1991 o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, o qual visava reduzir os indicadores de morbimortalidade materna e infantil no nordeste do Brasil. O PACS era considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, estratégia esta que seria estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família - PSF (SANTOS *et al.*, 2008; VERDI, 2005).

Corroborando com isso estruturou-se em 1994, criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família que posteriormente se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF), surgindo no cenário nacional como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e como marco estruturante para reorganização da prática assistencial, para que seja produzida uma nova dinâmica nos serviços de saúde, sendo estabelecida uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando a prática, direcionando a vigilância à saúde e considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (BRASIL, 2008). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se caracteriza como modelo que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar a assistência na atenção básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Ainda com vias de reafirmar o SUS o governo implanta a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2006a). Em seu Capítulo I dispõem sobre os princípios gerais desta política, os quais são relembrados para facilitar e guiar o desenvolvimento das atividades na Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com a PNAB (BRASIL, 2006a), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu a Agenda de compromisso pela Saúde, que é constituída por três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, pois o mesmo é composto por um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades das três esferas do governo (federal, estadual e municipal), sendo que cada um tem sua responsabilidade definida (BRASIL, 2010).

Entre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, podemos destacar o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS, por meio do fortalecimento e qualificação da ESF; a promoção, informação e educação em saúde através da promoção de atividade física, hábitos saudáveis de alimentação e de vida; entre outros (BRASIL, 2010).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

No sentido de fortalecer o SUS, foi implantada a Política Nacional de Humanização HumanizaSUS (PNH) lançada em 2003 constituindo-se numa estratégia fundamental para a transformação do sistema de saúde e consequente efetivação do SUS (RIOS, 2009). O foco na atenção e gestão se destaca no cenário da saúde pela necessidade de mudanças em um sistema que apesar dos grandes avanços também possui problemas que persistem sem solução, impondo a necessidade de aperfeiçoamento. A política vem para ajudar a sanar os crescentes problemas de desvalorização dos trabalhadores em saúde, a precarização nas relações de trabalho, o baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores e o vínculo frágil com os usuários, sendo sua principal ferramenta a humanização das relações (BRASIL, 2004).

Por humanização entenda-se a valorização dos sujeitos que participam do processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A PNH é norteada por valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004). A humanização deve ser entendida como uma política que implica em traduzir os princípios do SUS em modos de operar e em mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades do cidadão e a produção em saúde. (BRASIL, 2004).

Uma das diretrizes gerais da PNH destaca o reforço do conceito de clínica ampliada buscando o compromisso com o sujeito e o coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de gestão em saúde (BRASIL, 2004). A clínica ampliada tira o foco da doença e passa a ver o usuário como um sujeito integral que necessita de atenção multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Uma das marcas da PNH visa reduzir as filas e o tempo de espera com a ampliação do acesso através de um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco. (BRASIL, 2004). Na Atenção Básica a PNH estimula as práticas promocionais de saúde e as **formas de Acolhimento** e inclusão dos usuários que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o **Acesso** aos demais níveis do sistema efetivadas (BRASIL, 2004).

Visto esse crescente processo histórico, percebe-se que a Atenção Básica – eixo estruturante do SUS – vive nas duas últimas décadas a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família – um momento especial de destaque no cenário nacional ao ser assumida como uma das prioridades pelo Ministério da Saúde através dos governos das três esferas

(BRASIL, 2011). E entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao **Acesso e Acolhimento**, a efetividade e resolutividade de suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade legal.

Seguindo o cenário nacional, Florianópolis tem assumido o compromisso na luta pelo acesso e Acolhimento na Atenção Básica. Em 2011 foram promovidas “Oficinas sobre acesso na Atenção Primária à Saúde”. As oficinas partem do pressuposto que ao organizar o sistema pode-se facilitar o acesso. Tal organização é feita através do acolhimento vinculado a outras ações que foram propostas durante as oficinas (FLORIANÓPOLIS, 2011).

O Centro de Saúde onde a pesquisa foi realizada segue o modelo do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde na busca por melhora no acesso através do Acolhimento. O CS vem tentando implantar em sua rotina maneiras de atender a demanda trazida pela população de forma qualificada e resolutiva, tentando acabar com as filas madrugadoras para a marcação de consultas. Várias formas de Acolhimento já foram implantadas e o processo está cada vez mais dinâmico buscando o aprimoramento para chegar a um modelo ideal de reorganização do serviço de saúde no local. Reorganização esta que também é incentivada dentro das estratégias de Promoção da Saúde elencadas na I^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá (WHO, 2001).

Dentro desta perspectiva de reorientação dos serviços de saúde na busca pela melhoria do acesso através do Acolhimento com vias a resolutividade das demandas, decidimos realizar nosso estudo com o objetivo de compreender como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem o acolhimento em um Centro de Saúde.

Diante do exposto levantamos o seguinte questionamento base para a realização de nossa pesquisa: *Qual a compreensão dos trabalhadores da saúde sobre a promoção da prática do Acolhimento em um Centro de Saúde?*

2 OBJETIVO

- ✓ Investigar e compreender como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem o Acolhimento em um Centro de Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

O Acolhimento vem sendo discutido e abordado mais intensamente como uma ferramenta tecnológica para efetivação do Sistema Único de Saúde nos últimos anos a partir da proposta da Política Nacional de Humanização criada pelo Ministério da Saúde.

Os inúmeros desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do modelo biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população requerem transformações do setor saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento de problemas sociais e a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e comunidade (HEIDEMANN, 2008).

Na realidade, o modelo de saúde vigente apresenta inúmeras limitações e necessita incorporar reformas nos serviços de saúde e expandir as ações sanitárias para prevenir, curar, reabilitar e promover a saúde individual e coletiva. Atualmente, as **políticas de humanização**, educação permanente, cursos de capacitações e **acolhimento** tendem a incorporar a **promoção da saúde**, e podem ajudar a **reorganizar o processo de trabalho na atenção básica** (HEIDEMANN, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde o padrão de acolhida aos usuários do Sistema Único de Saúde é um desafio da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004). É dentro dessa ótica de proposta de mudança que se insere o Centro de Saúde onde se realizará a pesquisa, uma vez que vem constantemente mudando a forma de receber os usuários a qual denominam “acolhimento” na busca de um modelo ideal de atenção à saúde.

O acolhimento é uma proposta, que articulada com outras propostas (clínica ampliada, direito dos usuários, ações coletivas, entre outros) visa à mudança na oferta de um atendimento qualificado (BRASIL, 2011). Deve ser entendido como postura e prática nas ações atenção e de gestão nas unidades favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços contribuindo para a legitimação do sistema público de saúde. É um desafio para reativar os encontros a capacidade de cuidar, é considerado ainda um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS.

O acolhimento é uma ação de aproximação. Essa atitude implica em estar em relação com algo ou alguém. “ESTAR COM” / “ESTAR PERTO DE” (BRASIL, 2011). Acolhimento como uma diretriz de relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização

(PNH). A clínica ampliada e o acolhimento vêm sendo tomadas como diretrizes a serem adotadas através da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS). Todavia é preciso deixar claro que a clínica ampliada e o acolhimento não são formas que precisam ser implantadas na recepção de uma Unidade de Saúde para deixá-la humanizada. Não obstante, possamos começar um processo de mudanças mais profundas por esse caminho, ambos devem se constituir em referências ético-estético-políticas e em dispositivos que acionem e permitam a passagem de novas maneiras de se fazer coisas no setor saúde. Nesse sentido entende-se como referência ético-estético-políticas o que segue:

- ÉTICA: “compromisso de reconhecimento do outro, acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida” (BRASIL,2011).

- ESTÉTICA: “traz para as relações do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e para a construção da nossa própria humanidade” (BRASIL,2011).

- POLÍTICA: “compromisso coletivo de envolver-se, potencializando (emponderamento dos sujeitos) protagonismos e vida nos diferentes encontros” (BRASIL,2011).

Portanto, o acolhimento implica em uma mudança organizacional que envolve novas possibilidades de se fazer clínica e gestão e de se produzir relações com dignidade e cidadania. O acolhimento envolve a participação de sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, envolve ainda as relações intra e intergrupos e transformação nos modos de comunicação. Uma mudança organizacional envolve o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivo (BRASIL, 2011).

O grande desafio da construção e efetivação do SUS é transpor os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. É preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso (todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde). Isso deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que provoquem mudanças nas práticas dos serviços. Alterar a situação requer compromisso das três esferas do governo, dos trabalhadores de saúde e da sociedade civil (participação e controle social). Os processos de produção de saúde ocorrem dessa forma: com trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos em interação e diálogo constantes (BRASIL, 2011).

Quando se trata de acolhimento tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada de duas diferentes formas (BRASIL, 2011):

- como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambas as noções tem sua importância, mas quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e vínculo. Na verdade, as pessoas são recebidas sem serem necessariamente acolhidas, o que acarreta uma situação produtora de mais demanda e adoecimentos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E REORIENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Nos últimos 30 anos, o conceito de Promoção da Saúde vem sendo elaborado por diferentes autores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais. As várias conferências internacionais e publicações de caráter conceitual, e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para esta área (BUSS, 2003).

A Promoção da Saúde como uma estratégia efetiva para a melhoria da saúde e qualidade de vida surgiu como produto de uma mudança na maneira de pensar provocada pelo Relatório Lalonde (Canadá, 1974). Fatores sociais e ambientais e estilos de vida começaram a ser considerados importantes determinantes da saúde (WHO, 2001).

Pouco mais de uma década depois, em 1986, acontece a Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá, sendo fundamental para a ampliação e abrangência do conceito tradicional de saúde (WHO, 2001).

A Carta de Ottawa surge como resposta às expectativas por uma nova saúde pública. Define que as principais estratégias da ação promotora de saúde são: o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária; a **reorientação dos serviços de saúde** e a construção de políticas publicam saudáveis (WHO, 2001).

Desde sua divulgação, a Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2003). As conferências internacionais de promoção: 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005; as conferências regionais: 1992, 1993, incluindo-se também nesta relação a corrente de “saúde populacional” de 1996 e a Rede de Megapaíses de 1998 também trouxeram contribuições importantes para a corrente moderna da promoção à saúde.

A promoção da saúde é entendida de uma forma ampliada e não somente como um momento anterior à doença, deve ser vista como um modo de fazer saúde, em que as pessoas são vistas em sua autonomia, no seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva, ocorrendo transformações nas suas condições de vida. A concepção da promoção da saúde pode contribuir com a transformação das práticas de saúde, mas apresenta, ainda, ambigüidades e contradições internas importantes que precisam ser revistas e analisadas (HEIDEMANN, 2011, pg. 02).

Reorientação do Sistema de Saúde

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde, conforme a Carta de Ottawa deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a Promoção da Saúde (WHO, 1986).

Para a reorientação dos serviços de saúde, é necessário que estes adotem uma visão ampliada e intersetorial, respeitando as peculiaridades culturais individuais e coletivas, objetivando dessa forma, uma vida mais saudável à população.

Essa reorientação exige também, que se dedique uma atenção especial à investigação em saúde e as alterações a introduzir na educação e formação dos profissionais desta área. Tal perspectiva deve levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (WHO, 1986).

É nesse contexto em que o se inserem a prática do acolhimento e acesso. Ao efetivar o acolhimento de forma adequado podemos inferir que todos estão trabalhando juntos no sentido de fazer com que o SUS se torne um modelo com elevado nível de atenção à saúde. Deve-se orientar o sistema no sentido da Promoção da Saúde ao mesmo tempo em que coexiste a responsabilidade pelos serviços clínicos e de urgência, sendo nesse ponto que muitas vezes aparece a dificuldade de trabalhar o acolhimento, uma vez que as unidades não estão preparadas para trabalharem com demanda espontânea, agendada e com os casos de urgência (BRASIL, 2011). A reorientação dos serviços requer uma mudança de atitude (atitude de acolher) e reorganização dos serviços de saúde trabalhando as necessidades globais dos indivíduos abordando-o de forma integral, últimas palavras estas que vão ao encontro da humanização no cuidado que o SUS preconiza e onde o acolhimento é uma ferramenta para efetivação (BRASIL, 2004). É dentro da ótica de Promoção da Saúde da Carta de Ottawa e da Política Nacional de Humanização que o **acolhimento e acesso** devem ser trabalhados.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com caráter participativo, pautada no referencial teórico de Promoção da Saúde entrelaçada ao Método Paulo Freire, conhecido como Itinerário Freireano. Esta metodologia apresenta três fases que ocorrem de forma simultânea, intimamente ligadas e recorrentes: Investigação Temática com levantamento dos temas geradores; Codificação e Descodificação; e Desvelamento Crítico ou problematização (FREIRE, 2005). A pesquisa qualitativa se entrelaça com o pensamento freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN, 2006).

A fase de Investigação Temática se caracteriza pela inauguração do diálogo caminhando para construção da educação e pensamento crítico entre os participantes e os mediadores da pesquisa. Nessa fase ocorre a identificação dos temas geradores extraídos da realidade vivencial dos sujeitos, através do universo vocabular, palavras e temas extraídos do cotidiano.

Os temas geradores são amplos e constituem a realidade do universo dos educandos/usuários, problematizada pelo diálogo entre educador/coordenador e educando/usuário. Esta problematização vai ocorrendo na medida em que os problemas são levantados através do diálogo, no qual os educandos participantes começam a falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação (HEIDEMANN, 2006).

Na fase de Codificação e Descodificação os temas geradores são problematizados e contextualizados em torno das situações reais dos sujeitos através do diálogo que busca a ampliação do conhecimento de maneira crítica.

Os temas geradores são codificados e descodificados através do diálogo e por meio dele, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo onde vivem. Os temas são problematizados, contextualizados, substituídos em sua visão mágica inicial, por uma visão crítica e social do assunto discutido (HEIDEMANN, 2006).

Na Codificação e Descodificação a proposta é que seja feita uma análise da situação vivida, num momento dialético em que os participantes passam a admirar, refletir sobre sua ação. É neste momento que refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes

de transformar o mundo (HEIDEMANN, 2006). É uma fase de tomada de consciência, onde são descobertos novos temas geradores, relacionados aos iniciais (HEIDEMANN, 2006).

No processo da Descodificação, os indivíduos estarão exteriorizando sua visão do mundo, sua forma de pensá-lo, sua percepção fatalista das dificuldades encontradas na realidade; e na medida em que, ao fazê-lo, vão percebendo como atuavam ao viverem a situação analisada, têm uma percepção diferenciada da realidade, e, ampliando o horizonte do perceber, mais facilmente vão se surpreendendo, na sua “visão de fundo”, com as relações dialéticas entre uma dimensão e outra da realidade. Isso ocasiona o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento (FREIRE, 1987).

Na Descodificação, os indivíduos, cindindo a codificação como totalidade, apreendem o tema ou os temas nela implícitos ou a ela referidos. Este processo de descodificação que, na sua dialeticidade, não morre na cisão, que realizam na codificação como totalidade temática, se completa na re-totalização de totalidade cindida, com que não apenas a compreendem mais claramente, mas também vão percebendo as relações com outras situações codificadas, todas elas representações de situações existenciais (FREIRE, 1987).

O Desvelamento Crítico ou Problematização é a fase onde há a tomada de consciência da situação compartilhada, descobrindo os limites e as possibilidades do que foi levantado na primeira fase. Representa a realidade e as possibilidades (FREIRE, 2005; HEIDEMANN, 2006).

É a última etapa do Itinerário Freireano onde temos o processo de ação-reflexão-ação, capacitando as pessoas para o aprendizado e evidenciando a necessidade de ações concretas no âmbito cultural, social e político com finalidade de ter “situações limite” e superar as contradições (HEIDEMANN, 2006). Segundo Freire (1997), o objetivo é promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas.

Durante esta etapa, para a problematização do tema (realizada pelo animador/facilitador junto aos seus sujeitos), é preciso buscar os núcleos principais dividindo-o em unidades de aprendizagem que devem ser expostas em uma dada sequência, para, após, juntar novamente estas partes, retornando à totalidade da questão para melhor conhecer o assunto. Trata-se da tomada de consciência da realidade vivida, que, através de uma nova reflexão, passa a ser transformada (HEIDEMANN, 2006).

As etapas descritas se desenvolvem dentro dos **Círculos de Cultura** que são uma estratégia de ação e reflexão para o desenvolvimento consciente da organização e mobilização social. Idealizado por Paulo Freire, é constituído por um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida,

compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e elaborar coletivamente estratégias concretas de intervenção.

Nas palavras de Paulo Freire: *“Os Círculos de Cultura são precisamente isso: centros em que o povo discute os seus problemas, mas também em que se organizam e planificam ações concretas de interesse coletivo”*.

A ação e reflexão de educadores e educandos ao redor de situações existenciais, abordando temas como saúde, educação, cidadania e qualidade de vida, têm levado a realização de vários trabalhos com Círculo de Cultura na área da saúde, principalmente na enfermagem (HEIDEMANN, 2006).

5.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis na região leste do estado de Santa Catarina e conta com uma população de 421.240 (quatrocentos e vinte um mil e duzentos e quarenta) habitantes, segundo IBGE/2010. A rede de Atenção Básica à Saúde do município está fundamentada na Estratégia de Saúde da Família – ESF, dividida em cinco distritos sanitários com 48 Centros de Saúde e outros serviços de saúde como: 04 Policlínicas Municipais, 02 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Serviços de Atenção Psicossocial, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A escolha do local foi realizada considerando os interesses e objetivos da pesquisa, assim como, a disponibilidade de acesso ao campo de pesquisa. O Centro de Saúde eleito para pesquisa localiza-se no Distrito Sanitário Sul, apresenta 4 (quatro) equipes de Estratégia Saúde da Família denominada por 260, 261, 262 e 263; 2 equipes de Saúde Bucal e profissionais do NASF. O horário de funcionamento é das 08 horas às 12 horas no período da manhã e das 13 horas às 17 horas no período da tarde de segunda à sexta-feira.

O Centro de Saúde conta com profissionais e trabalhadores de diversas áreas: quatro (04) enfermeiras assistenciais em saúde da família, três (03) médicos – sendo dois (02) especialistas em Saúde da Família – cinco (06) técnicos de enfermagem (dois afastados), dois (02) cirurgiões-dentistas e dois (02) auxiliares de saúde bucal (ASB) e um (01) técnicos de saúde bucal (TSB), 17 ACS registrados como recursos humanos da unidade, porém a grande maioria afastada por diferentes motivos (perícia, férias, entre outros). A unidade possui ainda uma (01) psicóloga, três (03) assistentes administrativos, dois (02) estagiários e duas (02) auxiliares de serviços gerais. O Centro recebe também apoio dos seguintes profissionais do

NASF: educador físico, assistente social, farmacêutico, psicólogo, pediatra e psiquiatra. O coordenador do Centro da Saúde é um enfermeiro.

O Centro de Saúde oferece à comunidade os serviços de clínica geral com consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento odontológico, matriciamento e consulta individual com os profissionais do NASF, cuidados básicos de enfermagem (curativos, administração de medicação, verificação de pressão arterial e glicemia), vacinação, teste do pezinho, preventivo do câncer de colo uterino, distribuição de medicamentos na farmácia, visitas domiciliares, fornecimento de glicosímetros e fitas para insulínodépendentes, encaminhamento para marcação de consultas especializadas e exames, entrega de resultados de exames na recepção, grupos de apoio à saúde e atividade de educação em saúde.

São desenvolvidos programas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde: Saúde da Família, Hora de Comer, Bolsa Família, Controle de Diabéticos e Hipertensos, Capital Criança, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Pré-Natal, Programa Nacional de Imunizações, Saúde do Idoso, “Floripa livre de Cigarro” visando à erradicação do Tabagismo.

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram trabalhadores da saúde – efetivos e contratados – cadastrados nos recursos humanos do Centro de Saúde. Os sujeitos foram selecionados considerando como critério de inclusão: o interesse e aceite em participar do estudo mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a idade superior a 18 anos, estar cadastrado nos recursos humanos do Centro de Saúde.

A pesquisa contou com a colaboração de trinta e dois trabalhadores da saúde, com média de trinta participantes nos três encontros.

5.3 INVESTIGAÇÃO DOS TEMAS

A investigação dos temas ocorreu no período entre agosto e novembro de 2012. No transcorrer desses três meses foram realizadas as etapas da Investigação Temática, a Codificação e Descodificação e o Desvelamento Crítico, abordados em três Círculos de Cultura, com intervalo de um mês entre eles. Os Círculos de Cultura tiveram a duração média de uma hora e aconteciam durante as reuniões gerais do Centro de Saúde. Optou-se pela

realização durante as reuniões mensais de planejamento em conjunto com o coordenador do Centro de Saúde e a Enfermeira de uma das áreas de abrangência do Centro de Saúde. O momento foi considerado propício, pois os trabalhadores já estão reunidos e sensibilizados para o tema Acolhimento, uma vez que rotineiramente é tomado como pauta de reunião.

O ambiente do Círculo de Cultura foi disposto de forma que favorecesse o diálogo entre os participantes e mediadores da pesquisa. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e realizada a explicação da importância da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

No primeiro Círculo de Cultura buscou-se a investigação temática a partir da percepção dos participantes sobre “Acolhimento”. Para dinamizar o diálogo os participantes foram instigados com os seguintes questionamentos: *“Para você o que é acolhimento? Quem pode/deve realizar o acolhimento? Quais os pontos positivos de realizar o acolhimento? Quais os pontos negativos de realizar o acolhimento?”*. Os temas geradores foram sendo levantados, reduzidos e desenvolvidos no decorrer dos Círculos. No segundo encontro realizou-se o resgate das temáticas levantadas e uma breve introdução ao tema “Acolhimento” nos serviços de saúde dentro do Sistema Único de Saúde no Brasil. E foi lançado o seguinte questionamento para os sujeitos: *“Todos aqui presentes realizam o Acolhimento?”*. No terceiro Círculo de Cultura realizou-se a retomada dos temas geradores, codificação e descodificação dos temas e trabalhou-se principalmente em cima do desvelamento crítico onde os sujeitos puderam atuar como unidades críticas e possuidoras de conhecimento e poder. Desenvolveu-se durante as etapas um contínuo processo de ação, reflexão e ação perante o tema abordado.

5.4 REGISTRO DOS TEMAS

Para o registro dos dados foram utilizados “diários de campo” anotados no programa do Windows®: Word. A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos temas coletados, foram feitas gravações de áudio durante os círculos de cultura com o consentimento prévio dos profissionais e trabalhadores. Esses dados posteriormente foram transcritos.

Após cada Círculo de Cultura com os participantes da pesquisa eram realizados encontros complementares com o orientador do estudo para reflexão dos temas emergidos e encaminhamento para o próximo círculo.

5.5 DESVELAMENTO CRÍTICO DO TEMA

A desvelamento dos dados ocorreu de forma concomitante com a Investigação Temática, que prevê o processo analítico e sob o olhar das pesquisadoras e orientadora de acordo com a fundamentação teórica da Política Nacional de Humanização, Acolhimento e Promoção da Saúde.

6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde envolvendo seres humanos, foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, bem como os princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem. No primeiro encontro do estudo ficou acordado entre os participantes e mediadores da pesquisa que tudo que dialogaríamos seria sigiloso. Quanto às publicações, seria preservada a ética e o sigilo dos participantes do estudo.

A pesquisa foi submetida ao parecer Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina CEP/UFSC e obteve aprovação sob o parecer nº 108.545, em 24 de setembro de 2012 (Anexo A).

Para o consentimento dos participantes, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) conforme determinado pelo Conselho Nacional de Saúde (1996) Resolução n. 196, sendo necessário quando realizada pesquisa com seres humanos, bem como, também foi entregue à instituição envolvida.

O TCLE foi apresentado e justificado a cada participante da pesquisa. O mesmo foi lido e salientado quanto a participação de forma espontânea e que possível recusa ou não adesão, não implicaria em qualquer prejuízo ou constrangimento. Enfatizado o respeito ao sigilo, a ética e a confiança no grupo. O anonimato foi mantido através de do agrupamento dos sujeitos nas categorias de profissional ou trabalhador da saúde.

7 RESULTADOS

7.1 MANUSCRITO: A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO.

A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO*

UNDERSTANDING OF OCCUPATIONAL HEALTH AND EMPLOYEES ON PROMOTION OF RECEPTIVENESS

COMPRESIÓN DE SALUD OCUPACIONAL Y EMPLEADOS EN LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS DE RECEPCIÓN

Jaqueline Marlene CARDOSO¹

Maria Tereza de Oliveira CALAGE²

Ivonete Teresinha Schülter Buss HEIDEMANN³

Ana Carolina SEVERINO⁴

RESUMO

Este trabalho objetivou compreender como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem o Acolhimento em um Centro de Saúde. Pesquisa de abordagem qualitativa articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire, consistindo de três momentos: investigação temática; codificação e decodificação; desvelamento crítico. Constituíram-se três Círculos de Cultura com aproximadamente uma hora de duração e média de trinta participantes, ocorridos entre agosto e outubro de 2012. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais e trabalhadores de um centro de saúde. A análise dos temas investigados foi realizada à luz do referencial teórico da Promoção da Saúde e acolhimento. A investigação revelou vinte temas geradores, que foram reduzidos e agrupados em dez temas após codificação. Compreendeu-se que há divergências nas concepções dos sujeitos participantes sobre o conceito de acolhimento e como este ocorre muitas vezes na forma de Consulta de

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso: A Concepção dos profissionais e trabalhadores sobre a promoção da prática do acolhimento em um Centro de Saúde.

¹ Enfermeira. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS). E-mail: jaquelinemarlene2009@gmail.com

² Enfermeira. Rua Rui Barbosa, 343 ap.701, Agrônômica – Florianópolis/SC. CEP: 88025-300. E-mail: mariacalage@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem (USP_RP). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS). E-mail: ivonete@ccs.ufsc.br

⁴ Enfermeira especialista em Saúde da Família da Rede de Atenção Primária à Saúde em Florianópolis.

Enfermagem. Emergiu a crítica pela Política de Acolhimento ser feita por gestores distantes da realidade, dificultando a implementação do acolhimento ideal.

Palavras Chave: Acolhimento; Acesso; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Research in a qualitative approach articulated with the methodology referential of Paulo Freire. Consists in three moments: thematic investigation; codification and decoding; critical uncover. Objective: understand how the health professionals and workers promote the Receptiveness in a Health Center. Was constituted three Circles of Culture with approximately one hour of duration and with thirty participants average, happened between August and October of 2012. The research subjects were health professionals and workers of a health center. The research thematic analyses happened in the light of the theoretical reference of Health Promotion. The research revealed twenty originators themes, that were reduced and grouped in ten themes after some reflection. It was understood that are divergences in the conceptions of the participants subjects about the idea of receptiveness and how it occurs so many times in the form of a Nursing Consultation as part of a process. Was emerged the criticism about the concept of the practice of receptiveness was being doing by managers that are very distant from the reality which difficult an ideal implementation of the receptiveness practice.

Keywords: Home, Access, Health Promotion, Primary Health Care, Family Health.

RESUMEN

Estudio cualitativo se articula con el marco metodológico de Paulo Freire, que consta de tres etapas: investigación temática, la codificación y decodificación, revelando crítico. Dirigido a comprender como los profesionales y trabajadores de salud promueven un Centro de Salud en el Hogar se formaron tres círculos Cultura aproximadamente una hora de duración, con un promedio de treinta participantes, ocurrieron entre agosto y octubre de 2012. Los sujetos del estudio fueron profesionales y trabajadores de la salud en un centro de salud. El análisis de los temas de investigación que se llevó a cabo a la luz del marco teórico de la Promoción de la Investigación de Salud reveló veinte temas generadores, que se dio a conocer en diez temas. Se entiende que los participantes sujetos a darse cuenta de que el anfitrión no sea así, es necesario colocar, hora y profesional específica. Eso host está comprometido a satisfacer las necesidades de los usuarios que solicitan servicios de salud, en busca de anfitrión ideal inquietante.

Palabras clave: Inicio, Access, Promoción de la Salud, Atención Primaria, Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde nasceu como resultado de um processo histórico de luta da população. Garantido na Constituição Federal de 1988 foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde de 1990 e até hoje vem passando pelo processo de efetivação. Políticas, portarias e normas são formuladas buscando o aprimoramento do que é considerado um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo.

No sentido de fortalecer o SUS, foi implantada a Política Nacional de Humanização HumanizaSUS (PNH) lançada em 2003 constituindo-se numa estratégia fundamental para a transformação do sistema de saúde e consequente efetivação do SUS (RIOS, 2009). A PNH tem foco na atenção e gestão se destacando no cenário da saúde pela necessidade de mudanças em um sistema que apesar dos grandes avanços também possui problemas que persistem sem solução, impondo a necessidade de aperfeiçoamento. A PNH vem para ajudar a sanar os crescentes problemas de desvalorização dos trabalhadores em saúde, a precarização nas relações de trabalho, o baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores e o vínculo frágil com os usuários, sendo sua principal ferramenta a humanização das relações (BRASIL, 2004).

Por humanização entende-se a valorização dos sujeitos que participam do processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A PNH é norteada por valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004). A humanização deve ser entendida como uma política que implica em traduzir os princípios do SUS em modos de operar e em mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades do cidadão e a produção em saúde. (BRASIL, 2004).

Uma das diretrizes gerais da PNH destaca o reforço do conceito de clínica ampliada buscando o compromisso com o sujeito e o coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de gestão em saúde (BRASIL, 2004). Uma das marcas da PNH visa reduzir as filas e o tempo de espera com a ampliação do acesso através de um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco. (BRASIL, 2004). Na Atenção Básica a PNH estimula as práticas promocionais de saúde e as formas de acolhimento e inclusão dos usuários que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas (BRASIL, 2004).

Visto esse crescente processo histórico, percebe-se que a Atenção Básica – eixo estruturante do SUS – vive nas duas últimas décadas a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família – um momento especial de destaque no cenário nacional ao ser assumida como uma das prioridades pelo Ministério da Saúde através dos governos das três esferas (BRASIL, 2011).

Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao **Acesso e Acolhimento**, a efetividade e resolutividade de suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade legal.

Seguindo o cenário nacional, Florianópolis tem assumido o compromisso na luta pelo acesso e acolhimento na Atenção Básica. Em 2011 foram promovidas “Oficinas sobre acesso na Atenção Primária à Saúde”. As oficinas partem do pressuposto que ao organizar o sistema pode-se facilitar o acesso. Tal organização é feita através do acolhimento vinculado a outras ações que foram propostas durante as oficinas (FLORIANÓPOLIS, 2011).

O Centro de Saúde pesquisa foi realizada segue o modelo do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde na busca por melhora no acesso através do acolhimento. O CS vem tentando implantar em sua rotina maneiras de atender a demanda trazida pela população de forma qualificada e resolutiva, tentando acabar com as filas madrugadoras para a marcação de consultas. Várias formas de acolhimento já foram implantadas e o processo está cada vez mais dinâmico buscando o aprimoramento para chegar a um modelo ideal de reorganização do serviço de saúde no local. Reorganização esta que também é incentivada dentro das estratégias de Promoção da Saúde elencadas na Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá (WHO, 2001).

Assim, o acolhimento deve ser entendido como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção e qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade buscando a reorientação dos serviços de saúde. O mesmo é definido ainda como uma tecnologia de encontro que possibilita uma ação técnico-assistencial onde o processo de trabalho com foco nas relações pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social e profissional/profissional.

O SUS nesse espaço em que existe teve seus grandes avanços, mas também tem problemas e desafios que persistem. O padrão de acolhimento aos usuários nos serviços de saúde é um desses desafios e precisa ser trabalhado para contribuir com a efetivação do sistema de saúde.

Dentro desta perspectiva de reorientação dos serviços de saúde na busca pela melhoria do acesso através do acolhimento com vias a resolatividade das demandas, decidimos realizar nosso estudo com o objetivo de compreender como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem o acolhimento em um Centro de Saúde.

Diante do exposto levantamos o seguinte questionamento base para a realização de nossa pesquisa: *Qual a compreensão dos profissionais e trabalhadores da saúde sobre a promoção da prática do acolhimento em um Centro de Saúde?*

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com caráter participativo, pautada no referencial teórico de promoção da saúde entrelaçada ao Método Paulo Freire, conhecido como itinerário freireano. Esta metodologia apresenta três fases que ocorrem de forma simultânea, intimamente ligadas e recorrentes: investigação temática com levantamento dos temas geradores; codificação e descodificação; e desvelamento crítico ou problematização (FREIRE, 2005).

A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina. A rede de Atenção Básica à Saúde do município está fundamentada na Estratégia de Saúde da Família – ESF, dividida em cinco distritos sanitários. O Centro de Saúde eleito para pesquisa localiza-se no Distrito Sanitário Sul e apresenta quatro (04) equipes de Estratégia Saúde da Família.

Os participantes foram profissionais e trabalhadores da saúde – efetivos e contratados – cadastrados nos recursos humanos do Centro de Saúde. Para tal consideramos como profissionais da saúde as profissões de ensino superior regulamentadas na área da saúde no Brasil (medicina, enfermagem, odontologia e psicologia, além das profissões do NASF). Como trabalhadores de saúde aqueles que atuam no Centro de Saúde e interferem direta ou indiretamente na produção de saúde/doença (Agente Comunitário de Saúde, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal/técnicos de higiene bucal, auxiliares administrativos e de recepção).

A pesquisa contou com a colaboração de trinta e dois sujeitos profissionais e trabalhadores da saúde, com média de trinta participantes nos três encontros.

A investigação dos temas ocorreu no período entre setembro e novembro de 2012. No transcorrer desses três meses foram realizadas as etapas da investigação temática, a codificação e descodificação e o desvelamento crítico, abordados em três Círculos de Cultura,

com intervalo de um mês entre eles. Os Círculos de Cultura tiveram a duração média de uma hora e aconteceram durante as reuniões gerais do Centro de Saúde. O momento foi considerado propício, pois os profissionais e trabalhadores já estão reunidos e sensibilizados para o tema “Acolhimento”, uma vez que rotineiramente é tomado como pauta de reunião.

No primeiro Círculo de Cultura buscou-se a investigação temática a partir da percepção dos participantes sobre “Acolhimento”. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e realizada a explicação da importância da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para dinamizar o diálogo os participantes foram instigados com os seguintes questionamentos: *“Para você o que é acolhimento? Quem pode/deve realizar o acolhimento? Quais os pontos positivos de realizar o acolhimento? Quais os pontos negativos de realizar o acolhimento?”*. Os temas geradores foram sendo levantados, reduzidos e desenvolvidos no decorrer dos Círculos. No segundo encontro realizou-se o resgate das temáticas levantadas e uma breve introdução ao tema “Acolhimento” nos serviços de saúde dentro do Sistema Único de Saúde no Brasil. Destacando-se o seguinte questionamento para os sujeitos: *“Todos aqui presentes realizam o Acolhimento?”*. No terceiro Círculo de Cultura realizou-se a retomada dos temas geradores, codificação e descodificação dos temas e trabalhou-se o desvelamento crítico onde os participantes puderam atuar como unidades críticas e possuidoras de conhecimento e poder. Desenvolveu-se durante as etapas um contínuo processo de ação, reflexão e ação perante o tema abordado.

Para o registro dos dados foram utilizados “diários de campo” anotados no programa do Windows®: Word em um computador. A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos temas coletados, foram feitas gravações de áudio durante os círculos de cultura com o consentimento prévio dos profissionais e trabalhadores. Esses dados posteriormente foram transcritos para o mesmo programa de computador supracitado.

O desvelamento dos dados ocorreu de forma concomitante com a Investigação Temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico e sob o olhar das pesquisadoras e orientadora de acordo com a fundamentação teórica da Política Nacional de Humanização, Acolhimento e Promoção da Saúde.

A pesquisa foi submetida ao parecer Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina CEP/UFSC e obteve aprovação sob o parecer nº 108.545, em 24 de setembro de 2012 (Anexo A).

Para o consentimento dos participantes, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) o qual foi apresentado e justificado a cada

participante da pesquisa. O mesmo foi lido e salientado quanto a participação de forma espontânea e que possível recusa ou não adesão, não implicaria em qualquer prejuízo ou constrangimento. Enfatizado o respeito ao sigilo, a ética e a confiança no grupo. O anonimato foi mantido através denominando os sujeitos pela categoria profissional.

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde envolvendo seres humanos, foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, bem como os princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

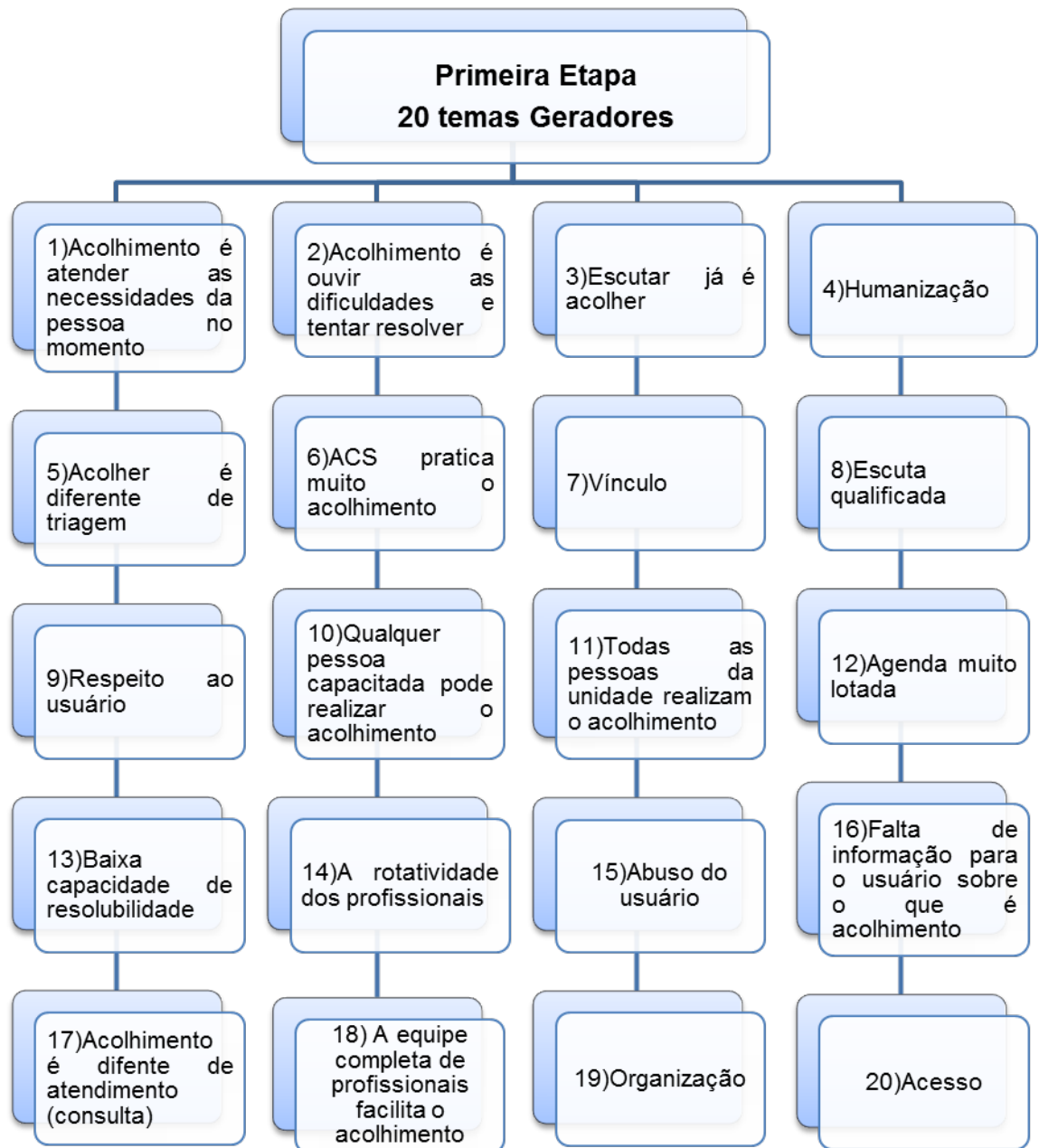
RESULTADOS

1º Momento

Este constituiu na etapa do Itinerário Freireano, a Investigação Temática, ocorrendo o levantamento de temas geradores a partir da realidade dos sujeitos da pesquisa. De maneira geral, houve a participação de 28 (vinte e oito) profissionais e trabalhadores da saúde, durante o período de aproximadamente uma (01) hora da reunião geral mensal do centro de saúde. Para auxiliar na identificação dos temas, foram realizados quatro questionamentos: *1) O que você entende por acolhimento? 2) Quem realiza o acolhimento? 3) Pontos positivos do acolhimento? 4) Pontos negativos do acolhimento?* As respostas foram escritas em cartazes para visualização, não havendo influência nas falas das participantes por parte das mediadoras.

Foram investigados no Círculo de Cultura 20 temas geradores, sendo que muitos deles foram mencionados por mais de um sujeito. A partir disto, essas temáticas foram agrupadas e dispostas em um organograma.

Organograma I – Investigação dos principais Temas Geradores



Fonte:- Círculo de Cultura realizado em um Centro de Saúde de Florianópolis, 2012.

Em relação às temáticas levantadas, percebemos que há uma divergência em como os profissionais e trabalhadores percebem acolhimento. A maioria dos sujeitos tem uma visão ampliada do conceito de acolhimento, entendendo que o mesmo depende de escuta qualificada, de vínculo, de acesso, da equipe de saúde da família completa.

“Quanto maior o vínculo, maior o acolhimento” (Profissional da Saúde).

No entanto percebemos um entrave quando se fala sobre o momento em que o acolhimento ocorre e quais encaminhamentos devem ser dados. Para alguns profissionais/trabalhadores, o acolhimento ocorre durante uma escuta independente de resolução ou ação de saúde, compreensão que difere da fala de outros participantes que afirmam que acolher significa ouvir com o encaminhamento da demanda.

A nomenclatura utilizada para denominar o acolhimento também emergiu durante os Círculos. Percebeu-se durante o diálogo que os usuários acreditam que o acolhimento é uma consulta de enfermagem ou triagem com hora determinada para acontecer. Isso traz problemas com a população que por vezes não se sente acolhida quando é mandada para casa porque não há vaga na agenda dos profissionais para uma consulta de acolhimento. Ainda nesse mesmo raciocínio os participantes revelaram que a população adota um modelo de saúde médico-centrado, onde muitas vezes, o usuário espera passar pela consulta de acolhimento com o enfermeiro para ser encaminhado para o médico. Os profissionais/trabalhadores não compartilham a ideia do modelo centralizado no médico, porém acham que é uma situação difícil de desconstruir e que precisa de tempo, visto que a população está culturalmente educada dessa maneira, fato esse agravado pelo fato do sistema de saúde estar inserido em um estado historicamente paternalista.

“Usuário acha que acolhimento é consulta” (Trabalhador da Saúde).

Estas repostas referentes ao que consideram o que é acolhimento revela que os sujeitos tem compreensão de acolher, porém ainda mostram dúvidas de como realizar o acolhimento ideal e seu real significado. Por se tratar de temas que despertaram grande interesse nos sujeitos dialogou-se que, nos próximos Círculos de Cultura apresentaríamos os temas geradores na busca da resposta do que realmente é acolhimento através de uma construção de saberes para a realização do acolhimento ideal.

2º Momento

O diálogo nos Círculos de Cultura aconteceu de forma horizontal, onde as pesquisadoras buscaram apenas mediar de forma amistosa, com o mínimo de interferência e respeitando as necessidades e interesse de cada participante. A medida que os temas foram surgindo, eram desvelados de acordo com o interesse dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

No segundo encontro utilizou-se de instrumentos que trouxeram para os participantes da pesquisa a realidade da temática preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizado o resgate dos temas geradores do primeiro Círculo de Cultura e apresentado de forma oral através de recursos digitais. O resgate das temáticas possibilitou destacar para os sujeitos da pesquisa o conhecimento que eles têm sobre o assunto, seja este um conhecimento convergente ou divergente do preconizado pelo SUS.

Após a apresentação sobre o tema Acolhimento no SUS foi lançado o seguinte questionamento aos participantes: *Todos aqui realizam o Acolhimento?*

Durante o diálogo os participantes se expressaram com as seguintes falas:

“Acredito que todos aqui realizam o acolhimento quando possível” (Trabalhador da Saúde).

“É impossível realizar o acolhimento como o SUS preconiza. É uma política criada por gestores distantes da realidade da Atenção Básica. A política é formulada, mas não é dado o recurso para implementá-la” (Profissional da Saúde)

“Quantos pacientes a gente tá mandando embora sem escutar. Me dá uma angústia, a gente não consegue, cobertor é curto” (Profissional da Saúde).

“No Brasil a Equipe de Saúde da Família é responsável por quatro mil pessoas, não dá para trabalhar com esse número... em Cuba um médico da família é responsável por seiscentas pessoas... aí sim dá para trabalhar, posso fazer visita domiciliar para o recém nascido... mas aqui não, ainda mais com as áreas de risco social (Profissional da Saúde).

“Temos que criar estruturas que facilitem o acesso” (Profissional da Saúde).

“Quando a equipe está completa é melhor para realizar o acolhimento” (Profissional da Saúde).

“A estrutura da recepção é muito precária, dificulta o diálogo, dificulta o acesso, o acolhimento” (Profissional da Saúde).

“A população é leiga e carente de informações sobre o sistema de saúde e sobre acolhimento... às vezes chega na unidade querendo ser atendido pelo pediatra... então respondo o que o paciente está precisando e não o que ele está querendo... é difícil não conseguirmos acolher a todos” (Profissional da Saúde).

“Cultura médica da população que não entende a capacidade de cada profissional... individualismo... eu primeiro e eu agora” (Profissional da Saúde).

“A recepção depende de tempo, mas a demanda está aumentada, pessoas novas estão sendo atendidas” (Trabalhador da Saúde).

A intenção foi despertar nos participantes a reflexão sobre a concepção de acolhimento, o que é abordado nas políticas de acolhimento e a real possibilidade de promover na prática cotidiana de um Centro de Saúde. No final do segundo Círculo todos acreditaram que não deveria ter um fim e que era necessário continuar a discussão.

3º Momento

A fase de Desvelamento Crítico ocorreu no terceiro e último Círculo de Cultura, participando vinte e oito (28) sujeitos. Os vinte (20) temas geradores que emergiram do primeiro círculo de cultura foram resgatados em dez (10) temas o acolhimento que serão destacados na tabela I .

Para enriquecer a reflexão sobre os temas geradores foi utilizada uma dinâmica onde os 28 profissionais e trabalhadores foram divididos em dois grupos e orientados a resgatar nos cartazes os temas geradores relacionados ao Acolhimento. Esses cartazes foram expostos e em grande grupo todos passaram a refletir as causas e consequências dos temas. Em seguida buscou-se a reflexão sobre como solucionar, qual direcionamento dar e quem pode fazê-lo. Nesse momento intensificou-se a tomada da consciência crítica e a descoberta de situações

limites. Os cartazes foram transferidos para uma tabela, disposta a seguir:

Temas Geradores	Codificação/descodificação		Desvelamento Crítico
Entraves/Problemas	Causas dos entraves para a implantação do acolhimento ideal	Consequências dos entraves para a implantação do acolhimento ideal	Como solucionar? Quem pode solucionar os entraves que prejudicam a implantação do Acolhimento ideal no Centro de Saúde?
Acolhimento é diferente de atendimento (consulta)	Visão centrada no médico; os usuários desejam consultar somente com os médicos.	Médicos sobrecarregados, desvalorização dos demais profissionais	Desconstrução cultural da população.
Acolhimento é atender as necessidades da pessoa no momento	Imediatismo; profissionais com visão de atendimento paternalista.	Responsabilidade pela saúde dos usuários centrada no profissional.	Desconstrução cultural dos profissionais.
Equipe completa de profissionais facilita o acolhimento	Falta de profissionais/Equipes incompletas/ Proporção inadequada Equipe de Saúde Bucal; baixa remuneração; dificuldade de acesso ao bairro; ausência de plano de carreira salarial na prefeitura.	Demanda reprimida; Dificuldade de organizar o serviço; estresse do profissional e da população; profissional preso ao consultório.	Reivindicação da população pelos seus direitos através do Conselho Local de Saúde.
A rotatividade de profissionais	Agressão verbal e física da população com os profissionais.	Faltam profissionais assim diminui a capacidade de resolubilidade.	Incentivo e apoio da Secretaria Municipal de Saúde.
Humanização	Área de risco social/ interesse social; áreas em que a população procura mais o Centro de Saúde e a demanda sobrecarregada.	Queda na qualidade da Consulta; Profissionais mais estressados.	Redistribuição das áreas de interesse social. Precisa-se de mais profissionais e mais espaço. Aumentar o número de Equipes, incluindo Saúde Bucal.
Agenda muito lotada	Dificuldade de agendamento; aumento no número de usuário; poucos profissionais.	Sobrecarga dos profissionais; estresse dos usuários.	Contratação de profissionais realizada através da Secretária de Saúde.
Organização	Espaço físico insuficiente/ Área física inadequada para demanda; população aumentada.	População espera em filas na rua.	A Reforma da unidade depende do Ministério da Saúde.
Acesso	Demanda exorbitante; a população aumentou, porém não contrataram mais profissionais; muitos dependem exclusivamente do SUS no bairro.	Profissionais não dão conta da demanda elevada.	Construção de outra Unidade de Saúde no bairro.
Acolher é diferente de triagem	Tempo de consulta insuficiente; profissionais com demanda de trabalho elevada.	Necessidade de realizar triagem ao invés de acolhimento.	Construção de outra Unidade de Saúde no bairro.
Baixa capacidade de resolubilidade	Falta de capacitação para acolhimento; gestor que elabora a política esta longe da prática; as capacitações oferecidas não abordam o Acolhimento.	Profissionais não capacitados para o Acolhimento.	A realização de capacitação voltada para o Acolhimento organizada pela Secretaria Municipal de Saúde; a política do Acolhimento deve ser formulada considerando a realidade e os recursos da prática.

Tabela 1 - Itinerário Freireano

Na busca pela resolução dos entraves para a realização de um acolhimento ideal os sujeitos se depararam muitas vezes com a dependência de instâncias maiores dentro do Sistema Único de Saúde. Contratar profissionais, melhorar infraestrutura, realização de capacitações voltadas para temática são situações de pouca governabilidade para os profissionais e trabalhadores. No entanto os mesmos refletiram que apesar de depender de instâncias maiores a população tem grande importância nesse processo quando reflete e busca exercer seu papel de controlador social. Os profissionais e trabalhadores sabem que uma população participativa ajuda a construir saúde.

As questões relacionadas aos recursos humanos e infraestrutura que emergiram são consideradas um grande entrave para a realização do acolhimento: equipes incompletas, alta rotatividade de profissionais, escassez de capacitações voltadas para os profissionais, agenda muito lotada pelo aumento da demanda populacional, equipes com áreas de interesse social, estrutura física precária e falta de recursos materiais para as equipes de odontologia. Os participantes da pesquisa atribuem a capacidade de resolução desses entraves à Secretária Municipal de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Especificamente sobre a Política Nacional de Humanização que traz o acolhimento como importante ferramenta para efetivação do SUS, os profissionais demonstraram que vínculo, acesso e escuta qualificada são termos constantes em seu vocabulário e nas ações de saúde do cotidiano. No entanto pode-se perceber que a nomenclatura e as associações com consulta de enfermagem, triagem, e consulta de acolhimento são pontos a serem trabalhados e desvelados, uma vez que para fazer acolhimento é necessário compreender que o mesmo não faz parte de um processo se restringindo a uma sala ou recepção; é um processo com vistas a resolutividade que o usuário vivência dentro do sistema de saúde de forma humanizada.

Uma reflexão trazida pelo grupo referiu-se a possibilidade de ampliação do conhecimento sobre temas tão importantes como o acolhimento para Atenção Básica e como isso ajuda na construção dos profissionais e trabalhadores. Na realização das fases do processo do Itinerário Freireano, buscou-se usar o diálogo como principal ferramenta para construção do conhecimento. Assim, tendo consciência da importância do diálogo e do controle social na produção de saúde a pesquisa finalizou buscando a participação no Conselho Local de Saúde, apresentando os resultados encontrados com o intuito de construir um documento para encaminhar a Secretária Municipal de Saúde juntamente com o relatório da pesquisa.

DISCUSSÃO

O resultado desse estudo permitiu refletir e ampliar a compreensão sobre a concepção da promoção da prática do Acolhimento em um Centro de Saúde na Atenção Básica.

O desvelamento dos temas geradores durante a realização dos Círculos de Cultura permitiram uma aproximação com as concepções sobre acolhimento que os profissionais e trabalhadores têm diante de sua realidade. Considerando que o SUS tem trabalhado em cima de políticas de humanização e realização da prática do acolhimento, ficou evidente que existe a necessidade de refletir sobre a temática nos serviços de saúde.

No que se refere a concepção de acolhimento Souza *et all* (2008) destaca que apesar de o acolhimento ser, ainda, processo em construção nas unidades de saúde da família, os profissionais reconheceram que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários.

A discussão sobre o acolhimento na unidade ou, especificamente, a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, demonstrou que ocorrem relações conflituosas no serviço de saúde, principalmente na relação entre os profissionais e usuários. As relações médico-paciente é uma situação que se manifesta, principalmente na hegemonia do trabalho médico. Para Ramos, Lima, 2003, a possibilidade de consultar um médico definido, que atue em atenção primária, está relacionada a um melhor acesso aos serviços de saúde.

Os participantes percebem, ainda dificuldade para a realização das suas ações por conta da alta demanda de usuários, que atualmente se intensifica pela falta de recursos humanos, motivo este que foge da sua governabilidade. Gomes e Pinheiro, 2005, identificaram alguns fatores que dificultam a implantação da ESF, como a falta de financiamento, despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no ESF, formato padrão/rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais, insuficiência de mecanismos de relação do PSF com outros serviços, precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares, dinâmica urbana complexa, violência urbana, tráfico de drogas e armas e dificuldade da interação de novos saberes. Estes aspectos influenciam na lógica do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Souza et al (2008) também afirmam que os entraves desvelados no último círculo para implementação do acolhimento ideal foram encontrados em seu estudo, destacando que a pressão da demanda se reflete em sobrecarga de trabalho, comprometendo agendas de atividades grupais intra-equipe e com os usuários gerando a estresse e cansaço, ficando

evidente que os profissionais carecem também de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador).

Os Círculos de Cultura proporcionaram momentos de discussões, despertando aos participantes reflexões na busca da transformação, visando a melhor organização do trabalho e conseqüente melhoria das ações de saúde, mas que ainda necessita de encaminhamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa pesquisa, acreditamos que conseguimos alcançar nosso principal objetivo proposto inicialmente, ou seja, compreender como os profissionais e trabalhadores de saúde promovem o Acolhimento em um Centro de Saúde de Florianópolis.

A abordagem adotada para pesquisa contribuiu para que houvesse uma maior aproximação entre as participantes, além de facilitar o diálogo, a troca de informações e a liberdade para se expressarem.

As temáticas levantadas por meio dos Círculos de Cultura revelaram aspectos relacionados à realidade vívida dos participantes. Percebemos que os profissionais/trabalhadores estão empoderados na lógica da ESF, pois conhecem suas atribuições, valorizam o trabalho em equipe e sua eficácia, realizam trabalho multiprofissional, enfatizam a importância da promoção da saúde, trabalham com o indivíduo e coletivo de forma integral. Porém, há necessidade de estimular o empoderamento comunitário, o controle social para que ocorra uma melhor compreensão do processo trabalho dos profissionais de saúde.

Apesar de termos enfrentando algumas dificuldades, como tempo reduzido para a realização dos Círculos de Cultura, também tivemos a felicidade de contarmos com a excelente adesão dos participantes, assim, estamos certas que com o passar do tempo foi possível superar as adversidades e promover momentos agradáveis e reflexivos, permitindo a troca de informações e compreensão a cerca dos temas dialogados. Fica, portanto a recomendação para continuidade do processo de diálogo e construção de conhecimento sobre aa temáticas acolhimento, acesso e humanização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Humanização HumanizaSUS**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 1990c. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>> Acesso em: 19 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Aprova as **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução n. 196, de 10 de outubro 1996.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 39ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

HEIDEMANN, I.T. S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Riberão Preto – Universidade de São Paulo, 2001. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). <https://b-com.mci-group.com/Registration/Default.aspx?EventCode=IUHPE10> Acesso em novembro de 2012.

RAMOS, D. D. & LIMA, M. A. D. S., Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão**. São Paulo, Áurea Editora, 2009.

SOUZA et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa, Canadá, November, 1986.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse trabalho que buscou compreensão dos profissionais e trabalhadores sobre a promoção da prática do acolhimento em um Centro de Saúde, acreditamos que os objetivos foram alcançados. O exercício do diálogo foi a peça fundamental para que o processo de ação-reflexão e ação ocorresse.

A pesquisa demonstrou a preocupação com a prática do acolhimento na Atenção Básica e foi ao encontro do que os profissionais e trabalhadores do Centro de Saúde já explora. A pesquisa apenas acrescentou, principalmente através do processo de reflexão que desvelou inúmeras situações ainda submersas no cotidiano da prática no local.

Durante os Círculos de Cultura investigou-se temáticas que assumiram notória interferência na qualidade do acesso e acolhimento. Através do diálogo os sujeitos participantes puderam codificar e decodificar culminando mais tarde no desvelamento da situação. Foi um processo de construção e ampliação do conhecimento embasado na troca de saberes através do diálogo. Criou-se um espaço de intenso saber e discussão que fez os participantes transgredirem o conhecimento.

O processo de desvelamento tornou os sujeitos protagonistas do processo de criação de ações de saúde, foi um exercício em prol da autonomia dos sujeitos. Percebeu-se ainda possibilidades e limitações dos sujeitos e do contexto que os envolve, demonstrando que ações na busca da compreensão do acolhimento devem ser intensificadas. O papel do controle social fez presente quando os participantes concluíram que as limitações podem ser superadas com a participação popular.

O referencial metodológico utilizado na pesquisa possibilitou uma troca horizontal e recíproca entre os participantes que trabalharam na construção e protagonismo das ações de saúde com intervenções junto à realidade. O itinerário de Paulo Freire permite uma ação constante de troca e crescimento. Mesmo assim, como pesquisadoras encontramos alguns entraves no transcorrer da pesquisa como o tempo limitado – agravado pela greve dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina que nos impossibilitou de entrar no campo de pesquisa em tempo hábil – de duração da pesquisa, além do curto espaço de tempo/hora para cada Círculo de Cultura. Apesar disso, percebeu-se o compromisso e interesse dos participantes com a pesquisa, demonstrando a necessidade de espaços para diálogo, além disso, ficou evidente que com maior espaço de tempo mudanças mais concretas poderiam ter ocorrido.

Como recomendação, enfatiza-se que existe a necessidade de espaços dialógicos entre os profissionais e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e destes com os usuários buscando a promoção da melhoria da qualidade do acesso e do acolhimento. Além disso, estimula-se a realização de pesquisas utilizando a abordagem metodológica de Paulo Freire, uma vez que esse possibilita o emponderamento dos sujeitos através do diálogo e da construção horizontal de saberes.

Destaca-se que o Acolhimento precisa ser fortalecido na Atenção Básica, pois este é um caminho para a humanização das relações e efetivação do Sistema Único de Saúde. No entanto como tudo no SUS o acolhimento deve ser construído com vistas a participação popular. Espera-se que a experiência e os resultados obtidos neste estudo sirvam de estímulo para a realização de outras pesquisas e que o diálogo seja sempre a base de todas as relações.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M.W de. **Acolhimento:** concepções e práticas de trabalhadores de uma unidade local de saúde. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BARRETO, V. **Paulo Freire para Educadores**, São Paulo: Arte & Ciência, p.106-115. 1998.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização HumanizaSUS.** Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 1990c. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>> Acesso em: 19 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Aprova as **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução n. 196, de 10 de outubro 1996.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. *Educação como prática da liberdade*. 22º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo - USP, 2006.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas**. Projeto de Pesquisa, (Edital MCT/CNPq 014/2011 - Jovens Pesquisadores) – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - NEPEPS. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2011.

_____. HEIDEMANN, Ivonete T. S. Buss et al. *Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções*. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, 2006.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão**. São Paulo, Áurea Editora, 2009.

SANTOS, S.M.R, *et al.* *Consulta de Enfermagem no Contexto da Atenção Básica de Saúde*, Juiz de Fora, MG. **Revista Texto e Contexto da Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, Jan-Mar 2008.

VERDI, M.; COELHO, E.B.S. Cap. 3 – Sistema Único de Saúde: um direito de todos e dever do Estado. In: VERDI, M. BOEHS, A.E., ZAMPIERI, M.F.M. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: Textos Fundamentais. Volume I – Saúde Coletiva e Saúde da Criança.** Departamento de Enfermagem – CCS/UFSC. Florianópolis, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canadá, November, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DA PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Nome da pesquisa: **A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE
SAÚDE**

Este projeto tem como objetivo principal **Compreender como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem o Acolhimento em um Centro de Saúde** e será desenvolvido sob supervisão da Enf^o Ana Carolina Severino, sob orientação da Prof^a Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pelas acadêmicas da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Jaqueline Marlene Cardoso e Maria Tereza de Oliveira Calage, com as quais posso entrar em contato no momento que desejar.

Minha participação no estudo é voluntária, posso recusar a participar do mesmo sem que isso me traga algum malefício, e em caso de desistência em qualquer fase do estudo será necessário apenas à comunicação para uma das pesquisadoras.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro não terei nenhum tipo de recompensa ou remuneração.

Estou ciente de que os dados referentes ao estudo serão sigilosos e privados, assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os Círculos de Cultura serão realizados no Centro de Saúde da Tapera. A coleta de dados acontecerá durante estes círculos através do diálogo, gravação e transcrição das informações obtidas.

Poderei solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir deste.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso eu os solicite, e que serão utilizados para, além dos benefícios ao Centro de Saúde, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas.

Qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Acadêmicas de Enfermagem Responsáveis pela Pesquisa:

Jaqueline Marlene Cardoso / Maria Tereza de Oliveira Calage

Telefones para contato: (48) 9685 - 1151 / (48) 8433-3433

Orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Telefone para contato: (48) 3721-9480

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Jaqueline Marlene Cardoso

Maria Tereza de Oliveira Calage

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ (participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária no desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

ANEXOS

ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE
ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PROJETO DE PESQUISA

Título: A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE.

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06533012.6.0000.0121

Pesquisador: Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 108.545

Data da Relatoria: 24/09/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "A promoção da prática do acolhimento em um Centro de Saúde" é um Trabalho de Conclusão de Curso de duas acadêmicas do Curso de Enfermagem que pretende investigar uma das ferramentas de efetivação da Política Nacional de Humanização criada em 2003 e que estrutura o Sistema Único de Saúde. O Centro de Saúde onde será realizada a pesquisa segue o modelo do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde na busca por melhora no acesso através do acolhimento. O CS vem tentando implantar em sua rotina maneiras de atender a demanda trazida pela população de forma qualificada e resolutive, conforme consta no Relatório de Pesquisa. O estudo contará com 40 sujeitos, profissionais e trabalhadores da saúde, efetivos ou não, integrantes da Estratégia de Saúde da Família das equipes básicas: enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde; integrantes das equipes complementares: nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais; que desenvolvem atividades em grupos no Centro de Saúde e trabalhadores que atuam na recepção da unidade e nos serviços de administração.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem o Acolhimento em um Centro de Saúde.

Objetivo Secundário:

Investigar como os profissionais e trabalhadores da saúde promovem a prática do acolhimento em um Centro de Saúde. Dialogar nos círculos de cultura sobre a promoção da prática do acolhimento em saúde; Refletir sobre a promoção da prática do acolhimento em saúde com os profissionais e trabalhadores em um Centro de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o Relatório de Pesquisa, não há riscos para os sujeitos. Entretanto, é necessário considerar que a metodologia para coleta de dados será realizada durante a reunião mensal dos profissionais e isso poderá gerar constrangimento à participação do sujeito.

Quanto aos benefícios, cita-se "compreender sobre a importância da promoção do acolhimento dos profissionais e trabalhadores do centro de saúde beneficiará a melhoria do seu processo de trabalho".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No Relatório de Pesquisa, conta que a metodologia utilizada será a do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que compreende três fases: Investigação Temática; Codificação e

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Descodificação e Desvelamento Crítico. A coleta de dados será realizada durante 03 (três) encontros de Círculos de Cultura, com duração média de 1 hora.

Prevê-se que os Círculos de Cultura sejam realizados em um espaço de tempo durante as reuniões mensais do Centro de Saúde que ocorrem uma vez ao mês. Para o registro dos dados serão utilizados diários de campo e gravações de áudio, com o consentimento prévio dos profissionais e trabalhadores.

O projeto de pesquisa apresenta adequada fundamentação teórico-metodológica para a investigação, detalhando os procedimentos metodológicos dos "Círculos de Cultura".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados os seguintes documentos: projeto de pesquisa, Relatório de Pesquisa, Folha de Rosto da CONEP, TCLE, documento de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Em resposta ao Parecer Consubstanciado foi apresentado uma nova versão do TCLE, que atende às exigências da Resolução CNS 196/96.

Recomendações:

No cronograma apresentado no Relatório de Pesquisa consta que a "Realização da coleta de dados: Círculos de Cultura" será realizada entre 06/08/2012 31/10/2012. Conforme a Resolução CNS 196/96, a coleta de dados só poderá ser realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética. Caso a coleta de dados já tenha sido realizada o presente parecer perde a validade, ainda mais se considerarmos a inadequação do TCLE anteriormente apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência apresentada no Parecer Consubstanciado foi atendida. Portanto, recomenda-se a aprovação do projeto "A promoção da prática do acolhimento em um Centro de Saúde" pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo Colegiado.

FLORIANOPOLIS, 26 de Setembro de 2012

Assinado por:

Washington Portela de Souza

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br